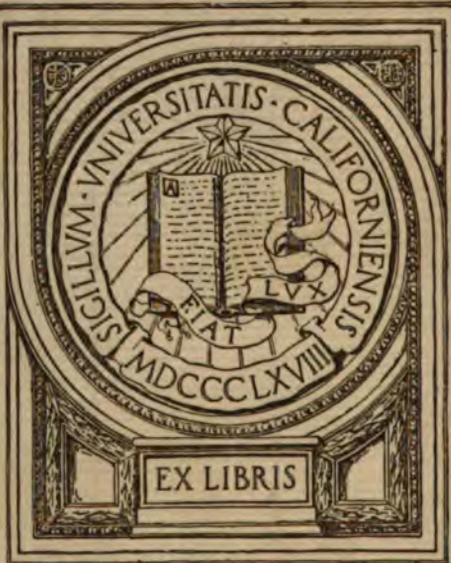


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY



EX LIBRIS

www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

1

2

3

www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Fondée le 22 Juin 1889

Et reconnue Établissement d'utilité publique le 12 Janvier 1898.

BULLETIN DES SÉANCES

15^e ANNÉE — 1904

www.libtool.com.cn

BULLETIN

www.libtool.com.cn

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉ PAR MM. LES DOCTEURS

**E. BODIN, BRODIER, P. DÉHU, ÉTIENNE,
LENGLET, MILIAN**

SECRÉTAIRES DES SÉANCES

SOUS LA DIRECTION

DE

M. le Docteur DU CASTEL

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

~~~~~  
15<sup>e</sup> ANNÉE. — 1904  
~~~~~

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
PABIS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1904

www.libtool.com.cn

LIBTOOL
COM.CN

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

DÉCRET

Portant déclaration d'utilité publique.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,

Sur le rapport du **Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts** ;
Vu la demande formée par le président de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie** à l'effet d'être reconnue comme établissement d'utilité publique ;

Vu les statuts de ladite société ;

Vu la situation financière ;

Vu les avis du **Préfet de la Seine** en date du 6 septembre 1894 et du **Recteur de l'Académie** en date du 13 octobre 1894 ;

Ensemble les autres pièces à l'appui ;

La section de l'Intérieur, des Cultes, de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, du **Conseil d'État** entendue ;

DÉCRETS :

ART. I. — La **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**, fondée le 22 juin 1889, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

ART. II. — Les statuts sont approuvés tels qu'ils sont annexés. Aucune modification ne pourra être apportée sans l'autorisation du **Gouvernement**.

ART. III. — Le **Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts** est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 12 janvier 1895.

Signé : **CASIMIR-PÉRIER.**

Par le **Président de la République** :

Le Ministre de l'Instruction-publique et des Beaux-Arts,

Signé : **G. LEYGUES.**

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ

ANNEXÉS AU DÉCRET DU 12 JANVIER 1895

TITRE PREMIER. — But et Siège de la Société.

ARTICLE PREMIER. — L'Association dite : **Société Française de Dermatologie et de Syphillographie**, fondée le 22 juin 1889, à Paris, a pour but de :

- 1° Répandre parmi les médecins la connaissance des maladies cutanées et syphilitiques ;
- 2° Mettre en lumière, au profit de la science, les matériaux, qui, jusque-là, restaient en grande partie enfouis dans les hôpitaux spéciaux.

ART. 2. — Elle a son siège à Paris.

TITRE II. — Composition de la Société.

ART. 3. — La Société se compose :

- 1° De membres titulaires ;
- 2° De membres correspondants étrangers ;
- 3° De membres honoraires ;
- 4° De membres donateurs ;
- 5° De membres bienfaiteurs ;
- 6° De membres auxiliaires.

Pour être membre titulaire, il faut : 1° être présenté par deux membres au moins de la Société, être agréé par le Comité de direction et être élu au scrutin secret par les trois quarts au moins des suffrages exprimés ; 2° payer un droit d'admission de 10 francs et une cotisation annuelle dont le minimum est de 20 francs.

La cotisation peut être rachetée en versant une somme égale à vingt fois le montant de la cotisation annuelle.

Le Comité de direction peut conférer le titre de donateur ou de bienfaiteur aux membres qui ont versé une somme de 500 francs (1^{er} cas) au minimum, ou de 1,000 francs (2^e cas) au minimum.

TITRE III. — Comité de Direction

ART. 4. — Le Comité de direction se compose : du président, de trois vice-présidents, du secrétaire général, du trésorier et de cinq membres, soit au total de onze personnes élues directement, au scrutin secret, par l'Assemblée générale, pour une année au moins et pour cinq années au plus.

Les membres sortants sont rééligibles.

Le président, les trois vice-présidents, le secrétaire général et le trésorier constituent à la fois le Bureau du Comité de direction et le Bureau de l'Assemblée générale de la Société.

Au Bureau seront adjoints les anciens présidents et vice-présidents élus présidents d'honneur.

Le Comité se réunit autant que possible tous les deux mois, et chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du quart de ses membres.

La présence du tiers des membres du Comité de direction est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire général.

ART. 5. — Les délibérations du Comité de direction relatives à l'acceptation des dons et legs, aux acquisitions et échanges d'immeubles, sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 6. — Les délibérations du Comité de direction relatives aux aliénations d'immeubles ou des valeurs provenant du fonds de réserve, constitutions d'hypothèques, baux à long terme et emprunts ne sont valables qu'après l'approbation par l'Assemblée générale.

ART. 7. — Le trésorier représente la Société en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il agit avec l'autorisation du Comité de direction, sauf pour l'administration courante, et dans les cas d'urgence.

Il n'acquiesce aucune dépense si elle n'a été préalablement autorisée par le Conseil et ordonnée par le secrétaire général.

ART. 8. — Toutes les fonctions de la Société sont gratuites.

TITRE IV. — Ressources de la Société.

ART. 9. — Les ressources annuelles de la Société se composent :

- 1° Du droit d'admission et des cotisations et souscriptions de ses membres ;
- 2° Des subventions qui pourraient lui être accordées ;
- 3° Du produit des ressources créées à titre exceptionnel, et, s'il y a lieu, avec l'autorisation du Gouvernement ;
- 4° Enfin du revenu de ses biens et valeurs de toute nature.

ART. 10. — Le fonds de réserve comprend :

- 1° La dotation ;
- 2° Le dixième de l'excédent des ressources annuelles ;
- 3° Les sommes versées pour le rachat des cotisations ;
- 4° Le produit des libéralités autorisées sans emploi.

Le fonds de réserve est placé en rentes nominatives 3 p. 100 sur l'État ou en obligations nominatives de chemin de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'État.

TITRE V. — Moyens d'action de la Société.

ART. 11. — Les moyens d'action de la Société sont :

- 1° Le *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* ;

- 2° Les publications et mémoires ;
- 3° Les conférences et cours organisés par les soins de la Société, soit à Paris, soit en province ;
- 4° Les expositions et musées spéciaux ;
- 5° Les prix et récompenses décernés à la suite de concours.

ART. 12. — La Société peut se diviser en différentes Commissions spéciales et annuelles.

ART. 13. — Aucune publication ne peut être faite au nom de la Société sans l'examen préalable et l'approbation du Bureau.

TITRE VI. — Assemblée générale.

ART. 14. — L'Assemblée générale des membres de la Société se réunit au moins une fois par an, sur convocations individuelles. Son ordre du jour est réglé par le Comité de direction.

Elle entend les rapports sur la gestion du Comité de direction, et sur la situation financière et morale de la Société.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, et pourvoit au renouvellement des membres du Comité de direction.

Elle délibère en outre sur toutes les questions qui doivent lui être soumises en vertu des présents statuts.

Le rapport annuel et les comptes approuvés par l'Assemblée générale sont adressés à tous les membres de la Société, au préfet du département de la Seine et au ministre de l'Intérieur.

TITRE VII. — Dispositions spéciales.

ART. 15. — La qualité de membre de la Société se perd :

1° Par la démission ;

2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par l'Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, votant au scrutin secret, à la majorité des deux tiers des membres présents, sur le rapport du Comité de direction, et après que le membre intéressé aura été dûment mis en demeure de fournir ses explications oralement ou par écrit.

ART. 16. — Les présents statuts ne pourront être modifiés que sur la proposition du Comité de direction ou de vingt-cinq membres de la Société après qu'elle aura été soumise au Bureau au moins un mois avant la séance de l'Assemblée générale.

L'Assemblée générale et extraordinaire, spécialement convoquée à cet effet, ne peut modifier les statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

L'Assemblée générale doit se composer du quart, au moins, des membres en exercice.

La délibération de l'Assemblée générale est soumise à l'approbation du Gouvernement.

ART. 17. — L'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de la Société, et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre, au moins, la moitié plus un des membres en exercice. Ses résolutions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents et soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 18. — En cas de dissolution, prévu par l'article précédent, l'Assemblée générale, ~~délibérant dans les conditions~~ prévues par cet article, attribue l'actif de la Société à un ou plusieurs établissements analogues, publics ou reconnus d'utilité publique.

Toutefois, si le nombre des membres prévu par l'article précédent n'est pas atteint, il sera statué, après une seconde convocation, quel que soit le nombre des présents.

L'Assemblée générale désignera un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Ces délibérations sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 19. — Il sera procédé de même au cas de retrait de la reconnaissance de l'Association comme établissement d'utilité publique. Dans le cas où l'Assemblée générale se refuserait, soit à délibérer sur l'attribution de l'actif, soit à nommer le commissaire-liquidateur prévu à l'article précédent, il y serait pourvu par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Les détenteurs de fonds, livres et archives appartenant à l'Association s'en dessaisissent valablement entre les mains du commissaire liquidateur désigné par ledit décret.

ART. 20. — Un règlement intérieur, adopté par l'Assemblée générale, et approuvé par le ministre de l'Intérieur après avis du ministre de l'Instruction publique, arrête les conditions de détail propres à assurer l'exécution des présents statuts.

Il peut toujours être modifié dans la même forme.

RÈGLEMENT

TITRE PREMIER. — But et composition de la Société.

ARTICLE PREMIER. — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie est une société exclusivement scientifique.

ART. 2. — En principe, elle exige de ses membres le diplôme de Docteur en médecine, ou, quand ils sont étrangers, un titre similaire.

ART. 3. — Exceptionnellement, elle peut admettre dans son sein des savants qui, sans titre médical officiel, se sont créés une notoriété spéciale par leurs travaux scientifiques ; elle les nomme membres auxiliaires.

ART. 4. — Les membres correspondants étrangers sont présentés par le Comité de direction, et nommés par l'Assemblée générale de la Société ; leur élection n'a lieu que s'ils réunissent les trois quarts des suffrages exprimés.

ART. 5. — La Société peut conférer le titre de membre honoraire de la Société.

Les anciens présidents et vice-présidents peuvent être élus présidents d'honneur, auquel cas ils font partie du Bureau et du Comité de direction, à perpétuité et sans nouvelle élection.

TITRE II. — Composition et fonctions du Bureau.

ART. 6. — Le Bureau comprend un président, trois vice-présidents, un secrétaire général, un trésorier, un bibliothécaire-archiviste et six secrétaires des séances ; il peut comprendre également un ou plusieurs présidents honoraires : l'un des vice-présidents et deux des secrétaires des séances doivent être nécessairement choisis parmi les membres titulaires résidant dans les départements.

ART. 7. — Le président, les vice-présidents, les cinq membres du Comité et les secrétaires annuels sont nommés pour un an.

Le secrétaire général, le trésorier et l'archiviste-bibliothécaire sont nommés pour trois ans.

Ils peuvent être temporairement remplacés par l'un des secrétaires des séances.

ART. 8. — Le président, ou, en son absence, l'un des vice-présidents, dirige les séances.

Les présidents honoraires peuvent également diriger les séances.

Le secrétaire général prépare l'ordre du jour de chaque réunion, annonce les pièces de la correspondance, rédige et signe tous les actes de la Société ; il dirige l'impression des comptes rendus.

L'archiviste-bibliothécaire garde les procès-verbaux des séances, ainsi que les livres, mémoires, correspondances, images, analyses, pièces et instruments offerts à la Société ; il les classe et en dresse chaque année un catalogue.

Les secrétaires des séances sont chargés de la rédaction et de la lecture des procès-verbaux; ils font les comptes rendus des séances, en rédigent les bulletins et les font imprimer, sous la direction du secrétaire général.

Le trésorier fait toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société; il encaisse toutes les recettes, il signe les bordereaux et les solde.

Chaque année, il rend ses comptes au Comité de direction, qui délègue spécialement un de ses membres pour les vérifier.

Les comptes du trésorier doivent être arrêtés au 31 décembre de l'année précédente.

Ils doivent être soumis en février ou mars au Comité de direction.

L'Assemblée statutaire ne se prononce sur les comptes du trésorier qu'après avoir entendu le rapport du Comité de direction.

TITRE III. — Fonctions du Comité de direction.

ART. 9. — Toutes les affaires concernant la Société sont confiées au Comité de direction.

Le Comité est plus particulièrement chargé :

- 1° De la publication des travaux ;
- 2° De la gestion financière ;
- 3° De tout ce qui peut intéresser la dignité de la Société.

TITRE IV. — Des séances.

ART. 10. — La Société se réunit à Paris, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, de 9 à 11 heures du matin, le premier jeudi de chaque mois, sauf les jours fériés et au mois d'avril, où la réunion de la Société se tient en assemblée générale, le lundi de Quasimodo.

Les vacances de la Société ont lieu pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre.

Des séances supplémentaires peuvent être demandées et votées par la Société.

Une session supplémentaire peut avoir lieu en province.

ART. 11. — Toute communication d'une personne étrangère à la Société ne pourra être lue en séance qu'après autorisation du Comité de direction.

Toutefois le Bureau pourra autoriser une présentation de malade ou de pièce.

ART. 12. — Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

- 1° Lecture et adoption de procès-verbal ;
- 2° Correspondance ;
- 3° Présentations de malades ;
- 4° Communications originales et présentations de pièces. La Société peut, sur l'avis du Bureau, intervertir cet ordre.

TITRE V. — Recettes.

ART. 13. — La cotisation annuelle de 20 francs est payable d'avance, c'est-à-dire dès le premier jour de la nouvelle année.

Le recouvrement en est assuré par le trésorier.

ART. 14. — Au cas où la cotisation est rachetée par le versement d'une somme de 400 francs, égale à vingt fois son montant, le versement peut être effectué en quatre annuités consécutives de 100 francs chacune.

ART. 15. — Tout membre qui a laissé s'écouler une année entière sans verser le montant des droits fixés par les statuts est considéré comme ne faisant plus partie de la Société ; il doit préalablement avoir reçu deux avertissements officiels.

TITRE VI. — Publications.

ART. 16. — Chaque année, le nombre de feuilles publiées gratuitement dans le Bulletin sera limité à 30. Si ce chiffre est dépassé, l'excédent des dépenses d'impression sera réparti proportionnellement entre ceux des membres qui auront franchi la moyenne établie par le Comité de direction, d'après l'étendue des communications faites dans l'année.

ART. 17. — Les membres titulaires seuls ont droit à la publication de leurs travaux.

ART. 18. — Les communications des membres correspondants pourront, après avis du Comité de direction, être publiées, à la condition qu'ils en payent les frais.

TITRE VII. — Modifications au règlement.

ART. 19. — Toute proposition de modification à apporter dans le règlement devra être présentée par dix membres titulaires et soumise au Comité de direction, qui l'approuvera ou la combattra au sein de la Société.

PRIX ZAMBACO

Le docteur Zambaco-Pacha, de Constantinople, a versé à titre de membre bienfaiteur, à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, une somme de quinze mille francs. La Société consacre le revenu de cette somme à la fondation d'un prix qui portera le nom de Prix Zambaco.

RÈGLEMENT

ARTICLE PREMIER. — Le prix Zambaco sera décerné, tous les deux ans, par la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, à l'auteur du meilleur travail présenté au concours sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéréologie.

ART. 2. — La valeur du prix sera de huit cents francs.

ART. 3. — Le prix Zambaco sera décerné dans la séance générale annuelle de la Société.

ART. 4. — Seront admis à concourir les auteurs français et les auteurs étrangers.

ART. 5. — Les travaux envoyés au concours doivent être inédits et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devant être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné, les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent avoir été transcrits, copiés, écrits à la machine, ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés francs de port, sous pli recommandé, au Secrétaire général de la Société dont le nom et l'adresse seront indiqués pour chaque programme du prix.

ART. 6. — Les travaux envoyés au concours devront être déposés avant le 30 novembre de l'année qui précède celle où le prix devra être décerné.

ART. 7. — Les mémoires déposés deviennent la propriété de la Société; il en pourra être pris copie par les auteurs dans des conditions déterminées.

ART. 8. — La Société décidera, pour chaque prix, s'il y a lieu de mettre au concours un sujet déterminé ou si le sujet est laissé libre et au choix de chaque concurrent.

Si la Société désigne le sujet du prix, la commission chargée de cette désignation sera composée de cinq membres tirés au sort dans le sein du Comité de direction.

www.libtool.com.cn

MEMBRE BIENFAITEUR

LE DOCTEUR **Zambaco-Pacha.**

MEMBRES TITULAIRES ⁽¹⁾

MM. LES DOCTEURS :

- Abadie**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 49, boulevard Hausmann.
Archambault (Paul), 20, rue de l'Hospitalité, Tours.
Arnoz, professeur de thérapeutique à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27 bis, pavé des Chartrons, Bordeaux.
Aubert, médecin de l'Antiquaille, 32, rue Victor-Hugo, Lyon.
Audouard, ancien interne des hôpitaux de Paris, 6, rue Mairan, Béziers.
Audrain, 26, rue Jean-Romain, Caen (Calvados).
Audry (Ch.), professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique à la Faculté de médecine, 7, rue de la Concorde, Toulouse.
Augagneur, professeur à la Faculté, 10, rue du Plat, Lyon.
Ayrignac, 22, rue de Maubeuge.
* **Balzer**, médecin de l'hôpital St-Louis, 8, rue de l'Arcade.
Bar, agrégé à la Faculté, accoucheur de l'hôpital St-Antoine, 122, rue La Boétie.
Barbe, ancien interne des hôpitaux de Paris, 10, rue Frédéric-Bastiat.
Barrié, ancien interne de l'hôpital St-Louis, Bagnères-de-Luchon.
* **Barthélemy**, médecin de St-Lazare, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 21, rue de Paradis.
Bastian, ancien médecin de la Marine, médecin à Saint-Gervais-les-Bains.
Baudouin, ancien interne, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 21, rue du Mont-Thabor.
Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon, 85, boulevard Haussmann.
Béclère, médecin de l'hôpital St-Antoine, 122, rue de la Boétie.
Bénard, 9, rue Royer-Collard et Saint-Christau.
Bernard (Jean), médecin-adjoint de l'hôpital, Amiens.
Bernard (Eugène), 2, rue de l'Abreuvoir, Alger.
* **Besnier (Ernest)**, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 59, boulevard Malesherbes.
* **Beurmann (de)**, médecin de l'hôpital St-Louis, 40 bis, faubourg Poissonnière.

(1) Les noms qui sont précédés d'un astérisque sont ceux des membres fondateurs.

MM. Bissertié, 113, rue Montaigne.**Bizard**, médecin-adjoint du dispensaire de salubrité, 29, rue de Maubeuge.**Bodin**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 17 bis, quai de Château-briand, Rennes.**Bonnet**, 1, rue d'Italie, à Nice.**Brault**, professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées à l'École de médecine d'Alger.**Brocq**, médecin de l'hôpital Broca-Pascal, 63, rue d'Anjou.**Brodier (L.)**, ancien chef de clinique à la Faculté, 52, rue de Moscou.**Brousse**, professeur agrégé chargé du cours de clinique dermatologique à la Faculté de Montpellier, rue St-Guilhem, Montpellier.**Bruchet**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 9, rue du Caire.**Bureau**, ancien interne des hôpitaux, médecin suppléant des hôpitaux, Nantes.**Burlureaux**, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 72, rue de Lille.**Carle**, chef de clinique, 19, rue Confort, Lyon.**Cartier**, médecin principal de la Marine, 25, rue Lauriston, Toulon.**Castel (Du)**, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital St-Louis, 241, boulevard St-Germain.**Cayla**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 31, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.**Charmeil**, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Lille, 134, boulevard de la Liberté, Lille.**Chatin**, 63, rue du Cardinal-Lemoine, Paris et Uriage (Isère).**Chompret**, 182, rue de Rivoli.**Couillaud**, chirurgien de l'hôpital Lavigerie, Biskra.**Créquy**, ancien interne des hôpitaux, 99, boulevard Magenta.**Danlos**, médecin de l'hôpital St-Louis, 89, rue d'Amsterdam.**Darbois**, 73, boulevard St-Michel.**Darier**, médecin de l'hôpital de la Pitié, ancien chef du laboratoire de la Faculté à l'hôpital St-Louis, 8, rue de Rome.**Déhu**, 59 bis, rue Jouffroy.**Degrals**, 46, rue Paradis.**Doyon**, associé de l'Académie de médecine, médecin inspecteur à Uriage (Isère) et 27, rue de Jarente, Lyon.**Dron**, chirurgien de l'Antiquaille, 6, rue Pizay, Lyon.**Dubois-Havenith**, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 19, rue du Gouvernement-Provisoire, Bruxelles (Belgique).**Dubreuilh (W.)**, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27, rue Ferrère, Bordeaux.**Duguet**, membre de l'Académie de médecine, agrégé à la Faculté médecin de l'hôpital Lariboisière, 60, rue de Londres.**Dumont**, à St-Vaury (Creuse).**Ehlers**, professeur à l'Université, 6, Laxegade, Copenhague.**Emery**, chef de clinique adjoint à l'hôpital St-Louis, 4, rue de Rome.**Eraud**, ex-chef de clinique à la Faculté de médecine, 24, rue Victor-Hugo, Lyon.**Étienne**, agrégé à la Faculté, 17, place de la Carrière, Nancy.

- MM. Eudlitz**, 26, rue Lemer cier.
- Fabre**, membre correspondant de l'Académie de médecine, à Commentry (Allier).
- Ferras**, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Luchon (H^{te}-Garonne).
- Ferras (Jean)**, Luchon (H^{te}-Garonne).
- Fournier (Alfred)**, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 77, rue de Miromesnil.
- Fournier (Edmond)**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 77, rue de Miromesnil.
- Fournier (H.)**, 11, rue de Lisbonne.
- Frêche**, chef de clinique dermatologique, 42, cours Tourny, Bordeaux.
- Fredet**, ancien interne des hôpitaux, professeur honoraire à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, à Royat (Puy-de-Dôme).
- Galezowski**, 103, boulevard Haussmann.
- Galippe**, chef de laboratoire à la Faculté, 12, place Vendôme.
- Gastou**, ancien chef de clinique, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 47, rue de Rome.
- Gaucher (Ernest)**, professeur à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, 11, rue de St-Pétersbourg.
- Gilbert**, professeur à la Faculté, médecin de l'hôpital Broussais, 27, rue de Rome.
- Glénard**, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris, 99, boulevard Haussmann.
- Guéridaud**, à Clamart (Seine), et à St-Gervais-les-Bains (H^{te}-Savoie).
- Hallopeau**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 91, boulevard Malesherbes.
- Haushalter**, agrégé à la Faculté de médecine, 4, rue de Rigny, Nancy.
- Hermet**, 121, boulevard Haussmann.
- Heulz**, à la Bourboule (Puy-de-Dôme) et 6, rue de la Bienfaisance, Paris.
- Horand**, chirurgien de l'Antiquaille, 99, rue de l'Hôtel-de-Ville, Lyon.
- Hudelo**, médecin des hôpitaux, 8, rue d'Alger.
- Humbert**, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Ricord, 11, rue Baillif.
- Hutinel**, professeur de pathologie interne à la Faculté, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, membre de l'Académie de médecine, 7, rue Bayard.
- Jacquet**, médecin de l'hôpital St-Antoine, 52, rue du Général-Foy.
- Jeanselme**, médecin de l'hôpital Tenon, 16, rue du Général Foy.
- Josias**, médecin de l'hôpital Bretonneau, 3, rue Montalivet.
- Jullien**, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, chirurgien de St-Lazare, 12, rue de la Chaussée-d'Antin.
- Lacapère**, 4, rue Volney.
- Lafay**, 34, rue de la Chaussée-d'Antin.
- Laffite (J.)**, ancien interne des hôpitaux, 42, rue d'Amsterdam.
- Langenhagen (de)**, ancien interne des hôpitaux, à Luxeuil.
- Lapersonne (de)**, professeur à la Faculté de médecine, 56, avenue Montaigne.

- MM. Laussedat**, à Royat (Puy-de-Dôme).
Lavarenne (de), 8, rue de Florence.
Le Blond, médecin de St-Lazare, 53, rue d'Hauteville.
Legrain, médecin-major à l'hôpital militaire de Bougie (Algérie).
Lemonnier, à Flers (Orne).
Lenglet, 9, rue Vezelay.
Le Pileur, médecin de St-Lazare, 15, rue de l'Arcade.
Leredde, ancien assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 4, rue de Villejust.
Lévi-Bing, 8, rue Léonie.
Malherbe (M.), 4, rue du Général Meunier, Nantes.
Marfan, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 30, rue La Boétie.
Maritoux, à Uriage (Isère).
Marmonnier, 18, rue de la République, Marseille.
Marty, médecin du Dispensaire de salubrité, 23, rue St-Denis.
Mauriac, médecin honoraire de l'hôpital Ricord, 15, rue Caumartin.
Melchior (Robert), chirurgien des hôpitaux, 38, rue Sainte, Marseille.
Mendel, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 123, faub. St-Honoré, Paris.
Méneau, médecin à la Bourboule, 261, rue Judaïque, Bordeaux (Gironde).
Merklen, médecin de l'hôpital Laennec, 19, rue de Téhéran.
Meynet, chef de clinique à la Faculté, 8, rue d'Oran, Lyon.
Mireur, médecin des hôpitaux, 1, rue de la République, Marseille.
Milian, chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 11, rue de Naples.
Moreau, 47, rue Rempart-St-Etienne, Toulouse.
Morel-Lavallée, médecin de l'hôpital de la Pitié, 30, rue du Rocher.
Moty, professeur agrégé au Val-de-Grâce, médecin de l'hôpital St-Martin, rue des Récollets.
Nélaton, chirurgien de l'hôpital St-Louis, agrégé à la Faculté, 368, rue St-Honoré.
Nicolas, à la Bourboule (Puy-de-Dôme).
Oudin, ancien interne des hôpitaux de Paris, 12, rue de Belzunce.
Pallier, ancien interne des hôpitaux de Paris, 24, rue des Martyrs.
Paris, chef de clinique adjoint de la Faculté, Paris.
Perrin, professeur de clinique dermatologique à l'École de médecine, 142, rue de Paradis, Marseille.
Portalier, 350, rue St-Honoré.
Queyrat, 25, boulevard Latour-Maubourg.
Raymond (Paul), agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.
Raynaud, directeur de la Santé, médecin de l'hôpital civil, 7, place de la République, à Alger.
Renault (Alexandre), médecin de l'hôpital Ricord, 2, square La Bruyère.
Renaut (J.), professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux, 6, rue de l'Hôpital, Lyon.
Rénon (Louis), médecin des hôpitaux, 51, avenue Montaigne.
Reumaux, médecin des épidémies, médecin du dispensaire municipal, Dunkerque.
Rey, professeur à l'École de médecine, 2, rue du Bab-Azoun, Alger.

- MM. **Ricard**, agrégé, chirurgien de l'hôpital St-Louis, 68, rue Pierre-Charron,
Richelot (G.), agrégé, membre de l'Académie de médecine, chirurgien
de l'hôpital St-Louis, 32, rue de Penthièvre.
Riocreux, 44, rue Ste-Placide.
Rist, ancien interne des hôpitaux, 51, rue Galilée.
Rück, ancien chef de clinique, à Bagnères-de-Luchon; l'hiver, à Saint-
Raphaël.
Sabatié, 111, boulevard Beaumarchais.
Sabouraud, chef du laboratoire de la Ville à l'hôpital St-Louis, 62, rue
de Caumartin.
Sabrazès, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, 2, rue Jean-Bur-
guet, à Bordeaux.
Saint-Germain (de), ancien assistant de consultation à l'hôpital Saint-
Louis, 200, rue de Courcelles.
Sauvineau, ancien interne des hôpitaux, 42 bis, rue des Mathurins.
Schmitt, professeur à la Faculté, 51, place St-Jean, Nancy.
Sée (Marcel), ancien interne, assistant adjoint de consultation à l'hôpital
Saint-Louis, 2, rue Lavoisier.
Sevestre, médecin de l'hôpital Bretonneau, membre de l'Académie de
Médecine, 53, rue de Châteaudun.
Sibut, ancien interne de St-Lazare, 21, boulevard St-Martin.
Sottas, ancien interne des hôpitaux, 113, rue St-Dominique.
Souplet (Abel), ancien interne à l'hôpital St-Louis, 30, rue Bonaparte.
Spillmann, professeur à la Faculté, rue des Carmes, Nancy.
Suchard, ancien interne des hôpitaux de Paris, préparateur au Collège
de France, 75, rue Notre-Dame-des-Champs.
Sulzer, 22, rue de Tocqueville.
Tavernier, ex-chef de clinique à la Faculté de Lille.
Tenneson, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, 89, boulevard
Montparnasse.
Terson, ancien interne des hôpitaux, 10, place de Laborde.
Thibierge (Georges), médecin de l'hôpital Broca-Pascal, 64, rue des
Mathurins.
Trousseau, médecin des Quinze-Vingts, 57, boulevard Haussmann.
Verchère, chirurgien de St-Lazare, ancien chef de clinique chirurgi-
cale de la Faculté, 101, rue du Bac.
Vérité, 13, rue Spontini.
Veyrières, à la Bourboule (Puy-de-Dôme), et 4, place St-Michel, Paris.
Viennois, à Peyrin, par Roman (Drôme).
Weil, 9, rue de Naples.
Wickham (Louis), médecin adjoint de l'hôpital Saint-Lazare, ancien
chef de clinique, 20, rue Washington.
Zambaco-Pacha, ancien interne des hôpitaux de Paris, associé national
de l'Académie de médecine, ancien chef de clinique médicale de la
Faculté, 19, rue Kouloglou, Constantinople.

MM. les Membres de la Société sont priés de faire parvenir leurs changements
d'adresse à M. le Secrétaire général.

www.libtool.com.cn

MEMBRES TITULAIRES DÉCÉDÉS

- MM. Ricord**, président d'honneur (1889).
Dreyfous, membre fondateur (1889).
Deligny (1890).
Horteloup (1893).
Hardy, président d'honneur (1893).
E. Vidal, président (1893).
Lallier, président d'honneur (1893).
Pignot (1893).
Diday, président d'honneur (1894).
Quinquaud, membre du Comité de direction (1894).
Rollet, président d'honneur (1894).
Malécot (1894).
Leloir (1896).
Feulard, archiviste (1897).
Péan (1898).
Puy-le-Blanc (1898).
Gémy (1902).
Kalindero (1902).
-

MEMBRES CORRESPONDANTS ETRANGERS

MM. LES DOCTEURS :

Amicis (Tommaso de), professeur et directeur de la clinique dermo-syphiligraphique à l'Université de Naples, médecin en chef de la section spéciale des maladies vénériennes et cutanées à l'hôpital des Incurables, membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, via Medina, 47, Naples.

Anderson (Thomas Mac-Call), professeur de clinique interne à l'Université, chef du service des maladies de peau à l'hospice Occidental de Glasgow, 2, Woodside Terrace, Glasgow.

Azua-y-Suarez, médecin de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 6, rue Villanova, Madrid.

Bayet, chef du service dermatologique de l'hôpital St-Pierre, agrégé suppléant à l'Université, 78, boulevard Waterloo, Bruxelles.

Beck-Soma, 16, Wachner boulevard, Buda-Pesth.

Behrend, professeur de dermatologie, 22, Mittelstrasse, Berlin.

Bergh, professeur de clinique, médecin en chef de l'hôpital de l'Ouest (femmes vénériennes), 19, Stromgade, Copenhague.

Bertarelli (Ambrogio), directeur de la section des maladies de peau à l'hôpital Majeur de Milan, membre du conseil sanitaire de la province de Milan, rédacteur en chef du *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, via S. Orsola, 1, Milan.

Blaschko, 104, Friedrichstrasse, Berlin.

Bock (Cæsar), professeur de clinique dermatologique à l'Université, Christiania (Norvège).

Bogdan (Georges), médecin adjoint de l'hôpital St-Spiridon, professeur de médecine légale, Iassy.

Breda, professeur de dermatologie à l'Université, Padoue.

Brodeur, ancien interne des hôpitaux de Paris, 707, rue Sherbrooke, Montréal (Canada).

Brooke (H. G.), professeur de dermatologie à Owens College, Manchester.

Bulkley (L. Duncan), médecin de l'hôpital de New-York, 531, Madison avenue, New-York.

Campana (Roberto), professeur de clinique dermo-syphilopathique à l'Université, Rome.

Castelo-y-Canalis, médecin de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 19, rue Claudio-Coello, Madrid.

Castrillon, chargé du cours de dermatologie à Santa-Fé-de-Bogota (Colombia).

- MM. **Caspary**, professeur de dermatologie à l'Université, Königsberg.
- Cavafy (John)**, médecin de l'hôpital St-Georges, 2, Upper Berkeley street, Portman square, Londres.
- Chaves (Bruno)**, ministre des États-Unis du Brésil, 15, Schwing, Vienne.
- Colombini**, professeur de dermatologie à Sassari.
- Crocker (H. Radcliffe)**, membre du Collège royal des médecins de Londres, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de l'Université, médecin des enfants à l'hôpital de l'Est, 121, Harley street, Londres.
- Cruyl**, chef du service chirurgical à l'hôpital civil et assistant à l'Université, 18, rue Longue-du-Marais, Gand.
- Dind**, professeur à la Faculté de médecine, Lausanne.
- Djaleddin-Moukhtar**, professeur à la Faculté de médecine, Constantinople.
- Doutrelepont**, professeur de dermatologie à l'Université, Bonn.
- Ducrey (Augusto)**, professeur de pathologie et clinique dermo-syphilo-pathiques à l'Université de Pise, Italie.
- Duhring (Louis A.)**, professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, 1416, Spruce street, Philadelphie.
- Düring (von)**, professeur à l'Université, Kiel.
- Elliott**, 36 East 35th street, New-York.
- Euthyboule**, médecin de l'hôpital Zeineb-Kiamil, chargé du service des maladies cutanées et vénériennes à l'hôpital français Jérémie, 5, rue Mekteb, Péra, Constantinople.
- Falcao**, directeur du service dermatologique à l'hôpital général, Lisbonne.
- Filaretopoulos**, agrégé à Athènes.
- Finger**, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, ancien chef de clinique de la Faculté, etc., I. Graben, 26, Vienne.
- Fiweisky**, médecin de l'hôpital Miasnitzkaja, médecin du dispensaire de salubrité, Karetnaja Sadowaja, 235, Moscou.
- Fox (J. Colcott)**, professeur de dermatologie à l'hôpital Westminster, médecin de l'hôpital des Enfants Victoria, membre du Collège des médecins de Londres, etc., 14, Harley street, Cavendish square, Londres.
- Galloway**, médecin de l'hôpital Charing Cross, 54, Harley street, Londres.
- Gay**, professeur de dermatologie, Kazan.
- Glück**, médecin de l'hôpital de l'État à Sarajewo.
- Godinho (Jorge)**, rue Garret, 62, Lisbonne.
- Hansen**, Bergen, Norvège.
- Haralamb**, médecin de l'hôpital Colentina, 3, strada Renascerei, Bucharest.
- Haslund (Alex.)**, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, médecin en chef de l'hôpital Communal, 62, Kjöbmagergade, Copenhague.
- Havas**, docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de BudaPest, directeur de la policlinique dermatologique, IV, rue Maria-Valéria, 7.

- MM. Hutchinson (Jonathan)**, F. R. C. S., chirurgien du London hospital et de l'hôpital des maladies de la peau, 15, Cavendish square, W., Londres.
- Hyde (Nevins)**, professeur de dermatologie, 100, State street, Chicago.
- Jacobi**, professeur à l'Université, Fribourg-en-Brigau, Allemagne.
- Jadassohn**, professeur de dermatologie 7, Pavillonweg, Berne.
- Jamieson**, 26, Rutland street, Edimbourg.
- Janovsky (Victor)**, professeur à la Faculté de médecine Tchèque, médecin des hôpitaux, directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté, membre du Conseil d'hygiène de la ville, etc., Hopfenstochgasse, 5, Prague.
- Keeser**, privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, place du Port, 1, Genève.
- Köbner**, professeur de dermatologie, 3, Magdeburgerstrasse, Berlin.
- Krefting (Rudolf)**, Christiania, Norvège.
- Lang (Eduard)**, professeur à l'Université de Vienne, médecin en chef de l'Hôpital général, membre de l'Académie Léopoldino-Carolina Cæsarea, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Lanz**, agrégé à l'Université, Armianski per, maison Konstantinoff, Moscou.
- Lassar**, professeur à l'Université, Reichstag Ufer 1, Berlin.
- Lebel**, médecin directeur de la Prison de Québec, Canada.
- Lesser**, professeur de dermatologie, Lützow Ufer, 19, Berlin.
- Lindström**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Kiew, Russie.
- Liveing**, membre du Collège Royal des médecins de Londres, 11, Manchester square, Londres.
- Lustgarten**, à New-York.
- Maclead**, Harley street, 11, Londres.
- Majocchi** (professeur), directeur de la clinique dermo-syphilopathique, Bologne.
- Malcolm (Morris)**, chef de la section des maladies de la peau et chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie, 8, Harley street, Cavendish square, Londres.
- Mannino (L.)**, chef du service des maladies vénériennes et cutanées à l'Hôpital civil, membre de l'Académie royale de médecine de Palerme, etc., via Cavini, 27, Palerme.
- Mendes da Costa**, professeur de dermatologie, 39, Frederiksplein, Amsterdam.
- Méric (de)**, chirurgien de l'hôpital français de Londres, 35, Bryanston street, Portman square, Londres.
- Mibelli**, professeur de dermatologie, 79, via Ventidue-Luglio, Parme.
- Moeller (Magnus)**, docent de dermatologie et de syphiligraphie, chef de service à l'hôpital St-Goran, Stockholm.
- Morrow (Prince)**, ancien directeur du *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 66, West 40th street, New-York.
- Mracek**, professeur de dermatologie, Vienne.
- Munro**, Sydney.
- Neisser**, professeur et directeur de la Clinique dermatologique, 112, Fürstenstrasse, Breslau.

- MM. **Nékam**, privat-docent, rue Kossuth, 2, Buda-Pesth, Hongrie.
- Neumann (Isidor)**, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, directeur de la clinique syphiligraphique de Vienne, 29, Rothenthurmstrasse, Vienne.
- Nicolau**, à Bucarest.
- Nikolsky**, professeur de dermatologie, 14, Sadoveja, Varsovie.
- Olavide y Malo (José)**, directeur du musée dermatologique de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 17, rue Jorge-Juan, Madrid.
- Oltromare**, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, 11, Corraterie, Genève.
- Pardo Regidor**, 22, calle della Luna, Madrid.
- Pautry**, 4, rue du Mont-Blanc, Genève.
- Pawloff**, professeur de dermatologie, 57, rue des Officiers à St-Petersbourg.
- Pellizzari (Celso)**, professeur de dermatologie à l'Institut des Études supérieures, 2 via della Colonna, Florence.
- Petersen**, à St-Petersbourg.
- Petrini**, médecin en chef de l'hôpital Colentina, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine, membre correspondant de l'Académie de médecine, Bucharest.
- Pharmacopoulos**, à Athènes.
- Pick (Fillipp-Josef)**, professeur et directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique à l'Université allemande de Prague, médecin en chef de l'Hôpital général, rédacteur en chef de l'*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, III, Jungmannstrasse, 41, Prague.
- Piffard (Henri)**, chirurgien de Charity Hospital, 256, West 57th street, New-York.
- Pini**, assistant à la clinique dermo-syphilopathique, Ospedale S. Orsola, Bologne.
- Pospelow**, professeur à la Faculté de médecine de Moscou, directeur de la clinique des maladies cutanées et vénériennes, médecin en chef de l'hôpital de la Miasnitzkaja, rue Miasnitzkaja, hôpital Miasnitzkaja, Moscou.
- Pringle**, médecin de Middlesex Hospital pour les maladies de la peau, professeur de dermatologie à l'École de médecine, membre du Collège royal des médecins de Londres, 23, Lower Seymour street, Portman square, Londres.
- Profeta (Giuseppe)**, professeur de l'Université, Palerme.
- Proksch**, à Vienne.
- Rasch**, 10, Amagertow, Copenhague.
- Ravogli**, 88, West 7th street, Cincinnati, Etats-Unis.
- Riehl**, professeur de dermatologie à l'Université, Vienne.
- Rille**, professeur de dermatologie, Liepzig.
- Robinson (A. R.)**, professeur de dermatologie à la Policlinique, professeur d'anatomie pathologique et de dermatologie au Collège médical des femmes, 248, West 42th street, New-York.
- Rona**, Professeur, médecin de l'hôpital Saint-Stephan, Andrassy-uctza, 23, Budapest, Hongrie.

- M.M. Rosenthal**, conseiller sanitaire, Postdamerstrasse, 121 g., Berlin.
- Scarenzio**, Casa di Salute, Pavie.
- Schiff (Eduard)**, docent de l'Université de Vienne, 1, Wallfischgasse, 6, Vienne.
- Sommer (Baldomero)**, Buenos-Ayres.
- Spiegler**, privat-docent de dermatologie à l'Université, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Sleelwagon**, 1634, Spruce street, Philadelphie.
- Stephen Mackensie**, à Londres.
- Szrwykowski (Michel)**, ancien assistant de l'hôpital Saint-Esprit, rue Eryvanska, 10, Varsovie.
- Tarnowski (Benjamin)**, professeur à l'hôpital de Kalinkine, professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, président de la Société russe de syphilidologie et de dermatologie, etc., quai de la Moïka, 104, Saint-Pétersbourg.
- Taylor (R. W.)**, professeur des maladies vénériennes au Collège des médecins et chirurgiens, chirurgien de l'hôpital de la Charité, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de New-York, 40 West 21th street, New-York.
- Thin (George)**, 22, Queen's Anne street, Cavendish square, Londres.
- Thomachewski**, professeur de dermatologie, Kiew.
- Tommasoli**, professeur de dermatologie, 95, via Torremuzza, Palerme.
- Török (Louis)**, 16, Andrassyuctza, Budapest.
- Touton**, 20, Friedrichstrasse, Wiesbaden.
- Troisfontaines**, professeur à la Faculté de médecine, Liège (Belgique).
- Unna**, 5, Park-Allee, Eimsbüttel, Hambourg.
- Vajda**, agrégé à l'Université, I. Naglergasse, 58, Vienne.
- Veiel**, à Cannstadt.
- Watraszewski (de)**, médecin de l'hôpital St-Lazare, Varsovie.
- Welander (Édouard)**, professeur agrégé de syphilidologie à l'École de médecine (Institut Carolin), médecin en chef de l'hôpital St-Göran, 40, Skeppsbron, Stockholm.
- White (James C.)**, professeur de dermatologie à l'Université Harvard, 259, Marlborough street, Boston.
- Wolff**, professeur de dermatologie, 5, rue Empereur-Frédéric, Strasbourg.
-

www.libtool.com.cn

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS DÉCÉDÉS

- Professeur **Mansouroff**, de Moscou (16 novembre 1892).
Professeur **Manassei**, de Rome (1893).
Professeur **Pellizzari (Pietro)**, de Florence (1894).
Professeur **Smirnoff**, d'Helsingfors (1896).
Professeur **Stoukowenkoff**, de Kiew (1897).
Professeur **Schwimmer**, de Buda-Pesth (1898).
Professeur **Olavide**, de Madrid.
Docteur **van Hoorn**, d'Amsterdam.
Professeur **Kaposi**, de Vienne (1902).
Professeur **Hans von Hebra**, de Vienne (1902).
Professeur **Jarisch**, de Gratz.
-

BULLETIN

www.libtool.com.cn
DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 7 JANVIER 1904

Présidence de M. Brocq

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Sur l'extirpation des chéloïdes, par M. LEREDDE. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, BROCC, BISSÉRIÉ.) — Lichen plan de la bouche, par MM. EMERY, DRUELLE et UMBERT. — Deux cas de teigne à petites spores traités et guéris par la radiothérapie. Faits relatifs à l'emploi de cette méthode et à ses variations d'action selon la source génératrice et l'état des ampoules, par M. GASTOU. (Discussion : MM. BISSÉRIÉ, SABOURAUD, BARTHÉLEMY.) — Anomalie acarienne, par M. DANLOS. — Kératodermie palmaire et plantaire dans la maladie de Duhring, par M. DANLOS. (Discussion : M. BROCC.) — De la sélection des méthodes thérapeutiques mercurielles, individuelle, locale, de périodes et d'accident, à propos d'un cas de lésions syphilitiques multiformes récidivantes de la langue, par M. GASTOU. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BARTHÉLEMY.) — Deux chancres syphilitiques, l'un du fourreau, l'autre de la lèvre inférieure, chez un souffleur de verre. Retard de quinze jours dans l'apparition du chancre labial. Hypothèses permettant d'expliquer cette différence de dates d'apparition. Déductions prophylactiques au point de vue de la profession du malade, par M. QUEVRAT. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, JULLIEN.) — Kératite interstitielle hérédo-syphilitique, par MM. GAUCHER LACAPÈRE et WEIL. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Épithélioma du sein à marche rapide, par M. DE BEURMANN. (Discussion : MM. LEREDDE, BROCC, BARTHÉLEMY, MOTY, JULLIEN, BAUDOUIN.) — Psoriasis vaccinal secondaire, par M. de BEURMANN. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, SABOURAUD, BROCC.) — Nodosités fibreuses consécutives à des injections sous-cutanées d'huile eucalyptolée et iodoformée, par MM. BALZER et FOUQUET. (Discussion : MM. DARIER, MILIAN, LEREDDE.) — Gangrène du mamelon d'origine probablement phéniquée, par MM. Du CASTEL et HOCTON. — Sur un nævus pachydermique de la main, par MM. HALLOPEAU, et LEBRET. — Sur un troisième cas d'urticaire pigmentée avec cicatrices, par MM. HALLOPEAU et LEBRET. — Eczéma et folliculites décalvantes, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD. — Sur un cas de zona hémorragique, par M. HALLOPEAU et VIELLIARD. (Discussion : MM. BROCC, BARTHÉLEMY.) — Tendance à la guérison d'ulcérations gommeuses multiples et profondes, par un traitement exclusivement local, par MM. HALLOPEAU et LEBRET. (Discussion : MM. SABOURAUD, BARTHÉLEMY.) — Lichen plan avec lésions des ongles et localisation sur la conjonctive palpébrale, par MM. GAUCHER et DRUELLE. — Creeping disease (larva migrans), par MM. BRODIER et FOUQUET. (Discussion : MM. BROCC, LENGLET.) — Contracture syphilitique secondaire du cubital antérieur, par M. AUDRY. — Alopecie cicatricielle due au vésicatoire, par M. AUDRY. — Le calomel en suspension dans l'eau distillée, par M. PETRINI DE GALATZ. — Présentation d'instrument : Scarificateur multiple à seize lames stérilisable, par M. Brocq.

www.libtoo**Ouvrages offerts à la Société.**

HALLOPEAU et APERT. — *Traité de pathologie générale*, 6^e édition, Paris, 1903.

PAUTRIER. — *Les tuberculoses cutanées atypiques*, Paris, 1903.

PETRINI de GALATZ. — *Boubele sifilitice si veneriene*.

M. BROCO. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société au nom de MM. Besnier, Jacquet et au mien, le tome quatrième et dernier de la *Pratique Dermatologique*. Voici donc enfin terminé, et cela en l'espace de 4 ans, cet ouvrage considérable qui est un éclatant témoignage de la vitalité de l'École dermatologique française. L'honneur de cette publication revient surtout à notre maître M. le D^r E. Besnier, sans lequel elle n'aurait certainement pas vu le jour, puis à toute cette phalange de collaborateurs éminents qui ont bien voulu nous apporter le concours de leur travail et de leur bonne volonté : nous sommes heureux de leur adresser aujourd'hui tous nos plus vifs remerciements.

Sur l'extirpation des chéloïdes.

Par M. LEREDDE.

Je désire revenir sur quelques points de la communication faite par M. Gaucher à la dernière séance. J'espère qu'après ce qu'ont dit MM. Darier et Sabouraud, après ce que j'ai dit moi-même, M. Gaucher changera d'opinion sur la question de l'extirpation des chéloïdes, puisqu'il est prouvé qu'on peut les enlever dans certains cas sans récidives, ce qui est un bénéfice considérable pour les malades. Quels sont ces cas, quelle est la technique à suivre, voilà ce qui est à déterminer.

Des auteurs dont M. Gaucher ne contestera pas l'autorité sont du même avis. J'ai lu, par exemple, une thèse récemment soutenue par le D^r Baillon, sous la présidence du professeur Tillaux. M. Baillon déclare que, d'après M. Tillaux, on peut enlever parfois des chéloïdes sans récidive à condition de porter l'incision uniquement dans le tissu sain ou supposé tel, au thermocautère plutôt qu'au bistouri. Je ne sais quelles objections M. Gaucher a faites à cette thèse dont il était juge, mais je ne pense pas qu'il conteste les faits avancés par M. Tillaux, et je crois qu'il suivra son exemple, un jour ou l'autre.

Je remarque dans la note de M. Gaucher une manière de juger une question de thérapeutique qui me paraît mauvaise ; à la réflexion, il tombera certainement d'accord avec moi. Comment apprécier un procédé dans un sens favorable ou défavorable sur la présentation d'un cas heureux ou malheureux ? Il y a là un manque de méthode qui saute aux yeux et peut avoir les plus mauvais résultats pour un jugement scientifique. Si dans un cas de chéloïdes un médecin a

eu une récurrence à la suite de l'extirpation, quel jugement général peut-on porter de ce fait sur la question de l'extirpation des chéloïdes ? Pour ma part, le jour où M. Gaucher aurait un insuccès en soignant un malade, je ne le présenterais certes pas à la Société de Dermatologie, je ne me croirais pas le droit d'apprécier d'une manière défavorable la technique qu'il aurait suivie, et si, par hasard, M. Gaucher avait employé une méthode nouvelle, je serais plutôt disposé à l'encourager qu'à le blâmer, surtout s'il avait mis dans sa conduite la prudence que j'ai mise dans la mienne.

M. Gaucher a fait une légère erreur en indiquant les dimensions de deux tumeurs que j'ai fait enlever, et qu'il n'a pas vues. La photographie que je présente montre qu'elles avaient quatre centimètres de diamètre chacune et non un centimètre comme le dit M. Gaucher. Je crois qu'il a été impressionné par la malade, très nerveuse ; je suis cependant surpris qu'il ait parlé de résultat lamentable et de récurrence *cent fois* pire que le mal. J'aurais pu le renseigner d'une manière exacte, s'il m'avait demandé quelques détails avant de montrer la malade à tous les membres de la Société de Dermatologie.

Un dernier mot, sur un point essentiel. La question précise qui m'avait été posée à Madrid était la suivante : Peut-on espérer guérir cette jeune fille, de manière qu'elle puisse se marier ? Lorsque M. Gaucher a obtenu la direction du traitement, a-t-il dit qu'il faudrait plusieurs années pour arriver à la guérison ? Je ne crois pas qu'il ait déclaré aux parents combien de temps était nécessaire.

M. BARTHÉLEMY. — Je pense pour ma part qu'il est permis, dans certains cas, d'extirper une chéloïde, avec les soins les plus minutieux pour ne pas infecter la plaie nouvelle ; en prenant les mêmes soins que pour extirper toute plaie virulente auto-inoculable. Par exemple, j'ai extirpé jadis un chancre simple phagédénique sans infection de la plaie. J'avais soin de cautériser très légèrement au fer rouge, sorte de flambage superficiel de la plaie périphérique, avant de toucher à la lésion centrale à extirper que j'enlevais par-dessous.

Je suis à mon aise après cette déclaration pour dire qu'il faut bien choisir les cas. Et, je pense pour ma part que le cas auquel fait allusion notre collègue M. Leredde, présentait des contre-indications par le fait de la présence d'une acné si marquée et par le fait sortant de cette séborrhée extrême sans laquelle l'acné ne se développe pas, mais grâce à laquelle aussi se développent d'autres affections d'origine parasitaire. Les résultats sont là pour démontrer qu'il y a des cas où il est préférable de suivre le conseil de M. Gaucher, de ne pas extirper et de choisir d'autres moyens, fussent-ils plus lents. Car même s'il s'agit d'un mariage, et j'ajouterai, précisément parce qu'il s'agit d'un mariage, il faut se montrer particulièrement prudent et circonspect, puisque, avec les meilleures intentions du monde, on peut augmenter les difficultés plutôt que les atténuer.

D'ailleurs, je ne pense pas que la question de déontologie doive être publiquement soulevée et je crois pour le reste que tout doit être ramené à une simple question de mesure d'ordre par le président.

M. BROCO. — Nombre de chirurgiens ont extirpé des chéloïdes, parfois avec succès ; en présence d'un cas grave d'une affection aussi rebelle, et vu l'extrême lenteur du traitement par les scarifications, on est certainement autorisé à tenter l'ablation chirurgicale en s'entourant de toutes les précautions qui semblent de nature à prévenir les récurrences.

M. BISSARIÉ. — J'ai essayé le traitement radiothérapique et obtenu des résultats intéressants dans quelques cas de chéloïdes ; mais je ne veux pas en dire davantage avant d'avoir réuni un plus grand nombre d'observations.

Lichen plan de la bouche.

Par MM. EMERY, DRUELLE et UMBERT.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société, est un exemple de lichen plan limité à la cavité buccale. En aucun point des téguments il n'existe d'élément de lichen. Dans la bouche les lésions sont assez nettes pour permettre de poser le diagnostic avec certitude.

X..., 55 ans, est bien constitué et de tempérament normal. Il n'a pas eu d'autre maladie qu'une blennorrhagie il y a très longtemps. Depuis quelques mois il présente des phénomènes de dyspepsie caractérisée surtout par des aigreurs stomacales.

Il n'a pas eu la syphilis. Nous l'avons minutieusement examiné à ce point de vue et nous n'avons trouvé chez lui aucune lésion spécifique en activité, aucune trace ni aucun reliquat de lésion ancienne. Notons que sa femme a eu 3 enfants : 2 sont vivants et bien portants, l'autre est mort à 5 mois d'une méningite ; elle a de plus fait une fausse couche.

Le malade vient consulter pour des taches blanches situées sur la face supérieure de la langue. Ces taches sont apparues il y a environ deux mois sans douleur et sans gêne d'aucune sorte : le malade s'est par hasard aperçu de leur présence.

En examinant de près ces taches, on voit qu'elles sont formées par des petites plaques rondes dont le diamètre varie entre celui d'une pièce de 50 centimes et celui d'une lentille. Elles ne sont pas saillantes et sont séparées les unes des autres par une zone de muqueuse saine. Leur couleur est d'un blanc mat, porcelanique. A leur niveau les papilles linguales sont conservées et semblent légèrement indurées.

Sur la face interne des deux joues on trouve des lésions circonscrites, annulaires, d'un blanc mat. A droite il existe, en regard de la dernière molaire, un cercle grand comme une pièce de 1 franc ; à gauche, un cercle plus petit. De plus, il y a quelques points papuleux blancs et saillants.

Sur la muqueuse du bord de la lèvre inférieure, existe une papule d'un blanc mat un peu plus grande que les papules des joues.

Sur toute l'étendue des téguments et sur les organes génitaux, on ne peut trouver aucun élément de lichen.

Deux cas de teigne à petites spores traités et guéris par la radiothérapie. Faits relatifs à l'emploi de cette méthode et à ses variations d'action selon la source génératrice et l'état des ampoules.

Par M. GASTOU.

Dans une communication antérieure faite en collaboration avec le Dr Vieira nous avons signalé plusieurs cas de teigne et favus guéris par les rayons X.

La communication actuelle a surtout pour but d'attirer l'attention de la Société sur :

1° La variabilité des résultats obtenus suivant l'emploi de telle ou telle source génératrice de courant électrique ;

2° L'existence de rayons d'effluves émanés des diverses régions de l'ampoule agissant à distance et capables de produire des accidents ;

3° La possibilité de démontrer la variabilité d'action et l'existence de rayons autres que ceux émanés de l'anticathode par l'emploi du radiochromomètre de Benoit, utilisé comme photoradiomètre.

Les deux faits suivants montrent la difficulté qu'il y a avec une bobine d'induction de 35 centimètres d'étincelles de régler, sur courant de 110 volts, avec interrupteur Contremoulins-Gaiffe, le fonctionnement d'une ampoule et la production de la qualité des rayons, ceux-ci tendant par suite du fonctionnement de l'ampoule à devenir de plus en plus pénétrants.

OBSERVATION I. — P..., 12 ans et demi. Teigne à petites spores au sommet de la tête, datant de 3 mois.

Début du traitement le 24 septembre 1903. La tête, protégée par un écran de plomb, est placée à 20 centimètres de l'ampoule. Les séances ont lieu tous les deux jours, pendant 10 minutes. Le courant qui arrive à la bobine est de 4 ampères sous 35 volts, la longueur de l'étincelle équivalente est de 17 centimètres.

Jusqu'à la treizième séance, aucun résultat. A la quatorzième séance l'ampoule est changée; le courant est de 5 ampères, sous 40 volts, l'étincelle équivalente de 6 centimètres; même intervalle des séances de 2 jours, mêmes distance et durée d'application.

L'épilation se fait à la dix-huitième application. Elle est totale sur toute l'étendue de la plaque de teigne, seule partie non protégée par la lame de plomb.

Obs. II. — P..., 4 ans et demi, frère du précédent, teigne à petites spores.

Même mode d'application, séances tous les 2 jours.

De la première à la douzième séance : courant de 4 ampères, sous 35 volts, avec 17 centimètres d'étincelle équivalente.

De la treizième à la quinzième séance, 5 ampères, 40 volts, 8 centimètres d'étincelle équivalente.

A la dix-neuvième séance, chute des cheveux.

Dans ces deux cas, la chute des cheveux ne s'est produite qu'au moment où les ampoules ont été changées et les rayons étant devenus moins pénétrants. Mais il est difficile de dire qu'il n'y a pas eu action antérieure.

L'action du reste peut se faire à distance pour les rayons qui émanent des parois latérales de l'ampoule, ainsi que nous en avons eu la preuve d'une part par les deux faits accidentels suivants et d'autre part par l'emploi du radiochromomètre de Benoit, utilisé comme photoradiomètre.

L'effet des radiations latérales s'est manifesté par :

1° Un érythème de la face, de la poitrine et du cou ; avec prurit intense chez le préparateur ;

2° Une dermite érythémato-squameuse de la face et du cou, avec dépilation partielle, chez une jeune fille soumise à l'action des rayons X pour de la tuberculose du sommet gauche.

Dans l'un et l'autre cas, l'éruption radiodermique a été bénigne, l'alopecie n'ayant pas progressé chez la jeune fille depuis le 30 novembre.

L'action photogénique des rayons émanés des parois latérales de l'ampoule est moins marquée que celle des rayons anticathodiques à égalité de durée d'exposition à ces différents rayons ; l'opposition des détails est nette avec les rayons anticathodiques, floue avec les rayons latéraux.

Ayant noté ces phénomènes et ayant remplacé la bobine d'induction par une machine statique, nous avons fait les mêmes essais et expériences photoradiométriques simultanément. D'une part, avec les rayons X émanés d'une ampoule de même étincelle équivalente rendue lumineuse par la machine à douze plateaux de Drault, c'est-à-dire donnant une des plus hautes tensions obtenues jusqu'ici, et d'autre part avec la bobine d'induction précédemment utilisée dans les conditions déterminées ci-dessus.

Nous avons vu alors que la production des rayons anticathodiques était dans la machine statique beaucoup plus continue, plus régulière et qu'avec la même longueur d'étincelle équivalente la quantité de rayons actifs photogéniquement était telle que l'absorption étant mesurée par un pour la bobine d'induction, était de trois environ pour notre machine statique.

Sans tirer de conclusions positives de ces essais, il nous a semblé

que les rayons X produits par la machine statique, quelle que soit l'ampoule, avaient une action beaucoup plus rapide, continue et par conséquent active que ceux émanés d'une bobine d'induction, d'où la conclusion pratique que l'action radiothérapique est plus constante et sûre avec une machine statique à haute tension.

M. BISSÉRIÉ. — Pour pouvoir comparer utilement les effets de la bobine et de la machine statique, il est de toute nécessité d'indiquer exactement les intensités employées, la quantité de rayons absorbée, la distance de l'ampoule à la peau et la durée des séances. A l'hôpital Broca nous obtenons régulièrement l'épilation en 4 à 6 séances avec une bobine de 25 centimètres d'étincelle, alimentée par une batterie d'accumulateurs et munie d'un interrupteur donnant environ 1500 interruptions par minute.

M. SABOURAUD. — Je ne croyais pas que l'on discutât ce matin la radiothérapie des teignes, en général, sans quoi j'aurais apporté ici des pièces documentaires. Ce sujet est bien plus éclairci qu'il ne semblerait, à entendre ce qu'on en a dit.

Dès maintenant on peut dire : quarante minutes d'exposition aux rayons X amènent, sans accident aucun, la chute des cheveux sains *et des cheveux malades*, — la dépilation totale — d'une région du cuir chevelu, 20 jours après l'opération, dans l'immense majorité des cas, lorsque pendant cette séance unique de 40 minutes, la tête a été placée à 15 centimètres de distance du centre de l'ampoule de Villard, actionnée par une machine statique à 10 plateaux (de 55 centimètres de diamètre); la pénétration des rayons étant maintenue au degré 4 du radiochromomètre de Benoist, le spintermètre de Bécclère maintenu à 1 centimètre et demi d'étincelle et toute la séance fournissant une somme de rayons X correspondant à 4 unités et demi, de Holtzknecht.

Telle est la formule qu'ont établie *cent cas* de teignes tondantes traitées à l'École Lailler. Cette formule sera encore perfectible certainement.

Dans le numéro de janvier des *Annales de l'Institut Pasteur*, actuellement sous presse, on trouvera, consignées minutieusement, la technique et l'instrumentation dont mes collaborateurs et moi nous sommes servis et sur lesquelles je reviendrai ici le mois prochain en démontrant leur valeur par des exemples.

M. BARTHÉLEMY. — Dans la séance du 16 janvier 1902, MM. Oudin et Bécclère et moi, nous avons tenté de démontrer que les rayons Röntgen sont la cause exclusive des effets thérapeutiques observés après l'exposition plus ou moins prolongée des téguments et de leurs lésions à l'action des ampoules de Crookes. Je pense que les téguments sains résistent même plus que les téguments malades et que, dans ces derniers cas, les précautions les plus grandes doivent être prises avec plus de soin encore; il y a lieu aussi, dans toute observation, de bien indiquer l'intensité des courants, la distance des ampoules, l'état d'humidité ou de sécheresse des lésions, etc. Mais la somme d'électricité n'est importante que pour la quantité et la qualité des rayons fournis dans un temps donné; mais celles-ci étant produites, la source qui les engendre importe peu. La question se ramène

donc, comme l'a si bien dit M. Bécclère, à mesurer exactement les rayons de Röntgen : « Il existe en effet toute une échelle de ces rayons, distincts les uns des autres par leur inégal pouvoir de pénétration, depuis les rayons impuissants à traverser la partie molle de la main jusqu'aux rayons capables de transpercer une plaque de fer de plusieurs millimètres d'épaisseur ; ces derniers, sur les tissus vivants, sont presque indifférents, tandis que les premiers, presque entièrement absorbés par les couches successives qu'ils rencontrent, ont sur les téguments une action nocive, qui peut aller jusqu'à la destruction complète. Entre ces deux extrêmes, les rayons moyennement pénétrants, partiellement absorbés, peuvent, en certaines conditions pathologiques, provoquer dans l'épaisseur du derme des résistances capables d'aboutir à un processus curateur. » On ne saurait mieux dire ; et bien que la science marche vite, à deux ans de distance, ces allégations sont encore l'expression de l'exacte vérité.

Il faut aussi protéger les parties voisines, et, pour cela, il faut un certain nombre d'appareils adaptés pour ainsi dire à chaque organe, mais appropriés à chaque affection. M. Oudin vient de présenter à l'Académie des sciences un nouvel appareil réunissant la plupart de ces conditions.

Il ne faut pas s'exposer, pour guérir une couperose ou une hypertrichie ou toute autre lésion relativement légère, à produire sur le visage ou sur la poitrine une plaie qu'on est dans l'impossibilité de limiter ou une cicatrice étendue et compliquée de troubles trophiques et d'arborisations vasculaires indélébiles, comme j'en ai présenté ici même un cas sur le sein ou comme M. Bizard me dit en avoir observé un récent sur le nez.

Je rappelle que M. Bécclère citait déjà alors les ampoules à osmo-régulateur de Villard, le radiochromomètre de Benoit et enfin le spintermètre de Bécclère ou mesureur d'étincelles, qui date de 1900, et que je suis surpris de n'entendre même pas signaler ici : tous ces instruments étant d'ailleurs d'invention française. Notons enfin qu'il y a déjà longtemps que M. Oudin a appliqué les rayons X à la cure de a trichophytie du cuir chevelu ; il n'y a pas donné suite jadis dans la crainte de transformer une plaque simplement malade en une cicatrice indélébile.

Anomalie acarienne.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un acare ordinaire. L'anomalie consiste dans la présence d'une plaque quadrilobée, en forme de papillon, symétrique par rapport à l'axe du tronc dont elle remplit au moins les deux tiers.

Cette plaque répond à un organe normal, car son contour est visible sur tous les acares bien imbibés par la glycérine. Ce qu'il y a de particulier dans le cas actuel, c'est que l'aire comprise dans le contour, au lieu d'être claire et amorphe comme d'habitude, est colorée en rouge et en outre parsemée de points noirs de dimension variable.

L'interprétation de cette apparence nous a été donnée par M. Mé-

gnin. Le contour normal visible sur tous les acares, bien que non figuré par les classiques (ex. : Bourguignon, et la *Pratique dermatologique*), est celui de l'estomac. Il est probable que l'animal ayant piqué un peu profondément aura percé un vaisseau sanguin et injecté de sang son estomac. La teinte rouge provient de la destruction de l'hémoglobine et les points noirs sont du pigment d'origine hématique. Une apparence analogue est d'observation vulgaire chez le *Dermanyssus gallinæ* qui se nourrit de sang et de même chez l'insecte de la pourriture pulvérulente des fourrages, mais chez ce dernier, l'aliment étant chargé de chlorophylle, l'estomac s'injecte en vert.

Kératodermie palmaire et plantaire dans la maladie de Duhring.

Par M. DANLOS.

a. Il s'agit d'un nouveau cas observé chez un vieillard de 72 ans. L'affection est d'ailleurs normale, son début remonte à plus de deux ans. Celui de la kératodermie est incertain. L'apparence est *absolument* celle des malades présentées antérieurement (séance de novembre), avec cette différence toutefois, que la kératodermie, totale à la paume des mains, existe aussi atténuée sous forme d'îlots à la face dorsale des doigts, principalement au niveau des articulations phalango-phalangienne. Ce malade ayant pris longtemps de l'arsenic (liqueur de Fowler, arséniate de soude), cette substance pourrait être incriminée.

b. Il s'agit de la malade présentée déjà par Balzer (février) et par l'auteur (novembre). Depuis la dernière séance cette malade a souffert de poussées bulleuses. L'une d'elles, portant sur la paume des mains, a déterminé sur chacune d'elles une bulle énorme (toute la paume) et très douloureuse (résistance du revêtement). Cette bulle, rompue au niveau des plis, a montré que l'épiderme qui en formait la voûte présentait par places jusqu'à 5 millimètres d'épaisseur. Un épiderme de néoformation s'est très rapidement reproduit. Il est jusqu'à présent lisse, uni, sans apparence de kératodermie.

M. Brocq. — Ces acrokératodermies peuvent se voir sur des malades qui n'ont pas pris d'arsenic. Mais le plus souvent il s'agit d'un effet du traitement arsenical; je ne suis pas sûr d'ailleurs que la lésion se présente exactement sous le même aspect dans les 2 cas. Chez le premier malade de M. Danlos, la couleur, la consistance, le siège de la kératodermie permettent d'affirmer que la lésion est due à l'arsenic.

www.libtool.com.cn

De la sélection des méthodes thérapeutiques mercurielles, individuelle, locale, de période et d'accident, à propos d'un cas de lésions syphilitiques multiformes récidivantes de la langue.

Par M. GASTOU.

La méthode thérapeutique mercurielle a dans la syphilis un succès curatif presque toujours assuré d'avance.

Il s'en faut cependant qu'il en soit ainsi dans tous les cas et la curabilité ne répond pas toujours à l'équation : syphilis égale mercure, égale guérison.

En dehors du siège de l'accident, beaucoup plus important que l'accident lui-même en tant que nature, il faut tenir compte de l'état antérieur ou actuel de l'individu, de ses antécédents, de son âge, voire même de la période de sa maladie.

Or, parmi toutes ces considérations, la notion de siège de l'accident syphilitique est celle qui me paraît être des plus importantes lorsqu'il s'agit de faire la sélection thérapeutique mercurielle, c'est-à-dire de décider à quelle variété de traitement mercuriel on soumettra le malade, à quel sel de mercure on donnera la préférence ou sous quelle forme on l'appliquera.

Ce sont là toutes questions rarement discutées dans la pratique, chacun étant habitué à telle ou telle préparation et la prescrivant de préférence à toute autre, sans qu'il n'y ait ni règle ni méthode capable de déterminer la conduite à tenir en présence de tel ou tel cas : si bien que la guérison se fait ou ne se fait point, le mercure agissant ou n'agissant pas.

Il n'est cependant pas inoffensif de donner le mercure à saturation : il y a donc tout intérêt à le donner quand il faut, comme il faut et à la dose qu'il faut.

C'est pour que chacun de nous puisse apporter une contribution à l'application méthodique du traitement mercuriel que je présente cette malade en retraçant rapidement son histoire clinique et surtout thérapeutique.

Un chancre, la roséole, un traitement pilulaire immédiat : voilà le début de sa syphilis. Mais d'emblée elle tolère mal ce traitement, le suit néanmoins malgré des diarrhées fréquentes pendant plus d'une année mais d'une façon intermittente, alternant l'usage des pilules de Dupuytren avec l'emploi des liqueurs de Van Swieten ou de sirop de Gibert.

Je commence à la traiter en 1898 pour une exostose tibiale, rebelle, persistante, et pour des syphilides psoriasiformes de la cuisse et de la paume des mains. Elle prend alors alternativement 2 pilules de Dupuytren par jour, pendant un mois et alterne avec 4 gr. d'iode. — Ses occupations l'empêchant de pratiquer des injections mercurielles.

En juin 1899, aux accidents cutanés succèdent des manifestations lin-

giales qui à partir de ce moment jusqu'à ce jour ne vont pas cesser de tourmenter la malade.

Depuis quatre ans, tout ce que la syphilis peut produire sur la langue s'y est manifesté ; depuis la plaque lisse jusqu'à la sclérose linguale en masse, en passant par les érosions, fissure, leucoplasie et gommès.

Et à cela s'est ajouté un état douloureux tellement intense qu'il empêcha à plusieurs reprises la malade de parler, de s'alimenter et l'obligea même à cesser toute occupation.

Or à toutes les périodes de sa maladie, la malade a été soumise à des traitements mercuriels multiples, avec des succès variables et des récives successives sans qu'on puisse arriver à fixer chez elle quel traitement est celui qui pourra la guérir ou empêcher les récives.

Aux pilules ont succédé les frictions : de 6 grammes d'onguent mercuriel la quantité a été portée à 10 grammes par jour et cela pendant 20 jours sans que les plaques leucoplasiques et les lésions gommeuses se fussent en rien modifiées.

Aux frictions succédèrent les injections de calomel : 8 injections de 0,05 centigrammes de calomel n'eurent pas la moindre influence.

Mais, sur les conseils de M. Gaucher, sont pratiquées alors des injections de biiodure de mercure.

51 injections quotidiennes sont faites : 10 à 0,01 centigramme, 20 à 0,02 centigrammes, 18 à 0,04 centigrammes. La malade guérit ; deux mois après, récive d'accidents beaucoup plus intenses et douloureux qu'antérieurement.

Depuis longtemps déjà tous les traitements locaux avaient été essayés, même l'emploi des mercuriaux en applications locales — mais sans résultats.

Les accidents linguaux persistant et s'aggravant sous formes de gommès linguales ulcérées ; devant l'insuffisance du traitement mercuriel on suspecte même l'épithélioma, mais une biopsie montre bien qu'il s'agit de syphilis.

On tente de nouveau un traitement mercuriel sous forme d'injections d'huile grise à 40 p. 100 ; on en injecte de 2 à 4 gouttes tous les 8 jours, doses assez fortes et bien tolérées.

Malgré ce traitement intensif, l'affection persiste et s'aggrave.

La maladie est alors soumise, sur les conseils de M. Gaucher, à des injections de benzoate de mercure à la dose de 0,02 centigrammes par jour. — Dès la 12^e injection l'amélioration s'accroît et aujourd'hui la lésion est à peu près guérie.

Si j'ai tenu à raconter l'histoire de cette malade, c'est pour montrer l'action nulle ou variable des diverses médications mercurielles.

Devant cette confusion de méthodes, que conclure, si ce n'est à la nécessité d'arriver si possible, par la somme des faits bien observés, à une thérapeutique plus rationnelle.

M. HALLOPEAU. — Dans les cas de ce genre j'obtiens d'excellents résultats du traitement local sous forme de pastilles de sublimé.

M. GASTOU. — Nous en avons essayé chez notre malade, sans aucun succès.

M. BARTHÉLEMY. — En dépit des meilleurs soins, la syphilis récidive *in situ* si fréquemment que la littérature spéciale fourmille de cas analogues à celui qui nous est rapporté et qui nous font tant désirer un traitement plus puissant que celui dont nous disposons. M. Fournier a fait jadis des leçons cliniques fort instructives sur ce qu'il appelait des syphilis à *jet continu*, que ces manifestations s'exercent sur des organes ou des régions variées ou plus particulièrement sur un même point. La règle en effet est que la récidive ait lieu sur le même organe, langue, peau, os, système nerveux, etc. Nous appelons donc de tous nos vœux le traitement vraiment vainqueur, pastorien ou autre.

La cure par les injections a certainement réalisé un progrès et l'on sait quelle confiance m'inspire le traitement intensif par les doses d'huile grise aussi élevées que l'organisme peut sans inconvénient les tolérer. J'entends que MM. Gaucher et Gastou ont bien voulu y recourir et que la récidive a eu lieu. Mais si la récidive du mal a lieu, il faut aussi qu'il y ait récidive du traitement, et cela autant de fois qu'il le faut pour guérir.

Quelle que soit la préparation choisie et préférée (et je crois que, si la base du traitement doit être l'huile grise jusqu'à nouvelle découverte meilleure, il faut cependant varier, dans des cas si graves, et le mode de préparation et le mode d'administration, alterner de 8 en 8 jours, par exemple, les injections solubles et les injections insolubles), il faut surtout considérer la quantité de mercure métallique introduite dans l'organisme. Ne pourrait-on pas aussi faire, même dans la langue, des injections intraparenchymateuses d'une solution mercurielle très légère, comme M. Reclus le fait avec des solutions de cocaine? Quoi qu'il en soit, notre collègue M. Gastou ne nous dit pas à quelle dose de mercure métallique se rapporte chaque série de médicament employé; c'est peut-être là ce qui pourrait guider dans le choix d'une préparation plutôt que d'une autre. Il faut aussi redoubler de soins dans l'antiseptie locale.

Il est bon d'ailleurs de montrer la fréquence des cas de lésions d'origine exclusivement syphilitique qui résistent encore au mercure ou qui se montrent constamment récidivantes, de façon que, quand les cliniciens rencontrent des lésions rebelles viscérales, du système nerveux ou d'ailleurs, ils n'éliminent plus la syphilis uniquement parce que le traitement spécifique a été employé et une fois que l'affection n'a pas disparu rapidement.

Deux chancres syphilitiques, l'un du fourreau, l'autre de la lèvre inférieure, chez un souffleur de verre. Retard de quinze jours dans l'apparition du chancre labial. Hypothèses permettant d'expliquer cette différence de dates d'apparition. Déductions prophylactiques au point de vue de la profession du malade.

Par M. QUEYRAT.

Le malade que je présente est un souffleur de verre, âgé de 49 ans et demi, entré dans mon service le 27 décembre dernier et dont l'histoire est intéressante à divers titres.

Ce jeune homme est atteint de deux chancres syphilitiques siégeant l'un sur le fourreau, l'autre sur la lèvre inférieure : c'est donc un nouvel exemple de ces chancres que j'appelle *bipolaires*, mais là ne réside pas tout l'intérêt de son observation. Lorsqu'on interroge ce jeune homme au sujet de l'évolution de ses chancres, on apprend que celui du fourreau est apparu le 5 novembre; il n'est pas encore cicatrisé et vous pouvez le constater au niveau du raphé, vers son tiers antérieur, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, très induré et s'accompagnant d'une belle pléiade inguinale bilatérale.

Ce premier chancre évoluait lorsque *quinze jours après* (veuillez retenir cette date sur laquelle le malade est très affirmatif), quinze jours après, dis-je, est apparue sur le bord de la lèvre inférieure, un peu à droite de la ligne médiane, *une petite écorchure*. Cette solution de continuité, le malade pouvait s'en apercevoir d'autant mieux, dès le début, qu'il est, comme je vous le disais, souffleur de verre et que la moindre fissure, la moindre éraillure des lèvres lui occasionne de la gêne dans l'exercice de sa profession. L'écorchure en question alla s'élargissant jusqu'à avoir les dimensions d'une pièce de 50 centimes, provoquant une grosse adénopathie sous-maxillaire bilatérale, avec un ganglion plus volumineux à gauche; bref, il s'agissait d'un *second* chancre syphilitique, *né quinze jours après l'apparition du premier*; il est actuellement en voie de réparation.

Je n'insiste pas sur quelques syphilides maculo-papuleuses qui se sont montrées sur le tronc et les membres de notre malade et je veux aborder immédiatement la question qui dans l'espèce me paraît intéressante : pourquoi chez ce jeune homme un intervalle de 15 jours a-t-il séparé l'apparition des deux chancres ?

Dans les cas déjà assez nombreux que j'ai observés de chancres multiples siégeant d'une part à la zone génitale, d'autre part à la cavité buccale, j'ai noté plusieurs fois *un retard dans l'apparition du chancre buccal*, retard de 8, de 12 jours; il est de 15 dans le cas actuel.

D'autres auteurs et notamment M. le professeur Gaucher ont vu et publié des cas analogues. Pourquoi ce retard ?

Une première hypothèse vient à l'esprit, assez séduisante, c'est que si la date d'apparition des chancres est différente, la date d'inoculation l'a été aussi. Un individu subit une inoculation syphilitique à la zone génitale; avant d'être immunisé il contracte une deuxième inoculation syphilitique buccale et les chancres évoluent ici et là suivant la date d'infection.

Les chancres sont successifs dans leur apparition parce que les inoculations ont été successives.

Inversement, on peut admettre que les deux inoculations génitale et buccale ont eu lieu simultanément et que le chancre buccal a eu une incubation plus longue, peut-être pour une cause de pénétration moins rapide du virus syphilitique, peut-être aussi à cause de la

présence des nombreux microbes qui peuplent la bouche et de la gêne qu'ils ont apportée à l'évolution de ce virus.

L'étude de la syphilis est entrée maintenant dans une phase nouvelle et j'espère qu'il sera possible prochainement de résoudre d'une façon expérimentale la question que je viens de poser : elle en vaut la peine.

Toutefois il semble que quelques résultats déjà obtenus militent en faveur de la deuxième hypothèse et font croire qu'une première inoculation de virus immunise très rapidement l'organisme contre une seconde ; en effet, lorsque M. Metchnikoff institua ses intéressantes expériences sur le chimpanzé, 5 jours après les premières inoculations, il en fit une nouvelle avec le raclage d'un beau chancre syphilitique, datant de trois jours, non traité, pas même localement (lequel, soit dit en passant, a été suivi, chez l'homme qui en était porteur, d'accidents secondaires très accusés). Or, cette seconde inoculation, faite au bout de 5 jours au chimpanzé, resta sans résultat, alors que la première donnait naissance à l'accident spécifique qui fut présenté à l'Académie de médecine. Il est logique de penser que si cette nouvelle inoculation a échoué, bien que pratiquée dans d'excellentes conditions de réussite, c'est que l'organisme de l'anthropoïde était devenu réfractaire dans le laps de 5 jours, et cette expérience semblerait aller à l'encontre de l'hypothèse de deux inoculations successives pour expliquer les deux chancres successifs de notre malade. Mais on ne saurait rien conclure d'une seule expérience et, je le répète, il y a dès à présent une série de recherches intéressantes à réaliser au point de vue du moment de l'immunisation conférée par une première inoculation syphilitique.

Je veux encore ajouter un mot à propos de mon malade, et cela au nom de la prophylaxie sanitaire. Il est souffleur de verre dans une grande fabrique de Saint-Denis ; il y travaille avec 7 autres ouvriers, souffleurs également ; or vous serez sans doute surpris d'apprendre que dans cette verrerie comme dans beaucoup d'autres, sinon toutes, les souffleurs continuent, comme autrefois, à se passer la canne de bouche en bouche sans qu'aucune précaution soit prise au point de vue de la contamination syphilitique. Et vous serez angoissés comme je l'ai été moi-même lorsque je vous aurai dit que ce malade, étant porteur d'un chancre syphilitique de la lèvre, a continué 8 jours durant à souffler le verre et à passer la canne qu'il venait de contaminer aux lèvres de ses camarades.

Ce fait, qui n'est pas isolé, est véritablement révoltant et je le signale avec instance à l'attention de ceux qui s'intéressent aux questions de prophylaxie sanitaire.

M. BARTHÉLEMY. — La question soulevée par M. Queyrat est intéressante au point de vue doctrinal. Parfois les chancres successifs se montrent

quand il y a une lésion banale préexistante, non infectée par contact ou par apport de virus venu de l'extérieur. Un de mes malades était porteur sur la cuisse d'un lupus ulcéreux datant de l'enfance. Il prit la syphilis; vers le 15^e jour de son chancre syphilitique de la bouche (lèvre inférieure), il eut une transformation de sa plaie lupique telle que celle-ci prit l'aspect d'un chancre induré très étendu. Or, le malade, qui était médecin, pensait son lupus avec un soin extrême et le tenait recouvert d'emplâtres de Vigo et autres. Le malade qui nous est présenté ne portait-il pas avant l'apparition de ce chancre labial une gerçure ou une lésion dentaire quelconque? D'autre part, les inoculations ont pu se faire successivement et c'est probablement ce qui a lieu le plus souvent; mais il faut que les inoculations soient faites *dans un très court intervalle de temps*, comme l'a démontré il y a juste 20 ans Pontoppidan (Congrès de Copenhague, 1884). Cet expérimentateur nous a fait voir des chancres syphilitiques typiques qu'il avait réussi à produire dans la région sus-pubienne et sous-ombilicale par des inoculations successives. Une inoculation nouvelle était faite chaque jour, matin et soir si j'ai bonne mémoire, mais après le 7^e jour toutes les inoculations restèrent définitivement stériles. Cette expérience serait instructive à faire sur le singe; car je n'ai jamais osé la répéter chez l'homme, si inoffensive qu'elle parût. Enfin les inoculations ont pu se faire le même jour et cependant les lésions n'apparaître que plus tard; c'est peut-être cette germination irrégulièrement retardée qui a eu lieu ici.

M. JULLIEN. — Le cas que nous présente notre collègue est simple, et on en rencontre assez fréquemment de semblables.

Je les ai groupés dans mon *Traité* sous le nom de *chancres successifs*, et la seule interprétation rationnelle est la suivante: le malade a subi deux contagions successives, et la seconde s'est produite à une époque où l'immunité n'avait pas été conférée à l'organisme par le développement du premier ulcère.

Kératite interstitielle hérédo-syphilitique.

Par MM. GAUCHER, LACAPÈRE et WEIL.

L'enfant que nous vous présentons est entrée à la salle Henri IV le 22 décembre. A cette époque nous avons constaté chez elle une kératite interstitielle double qui nous a suffi pour porter le diagnostic d'hérédo-syphilis, sans le secours d'aucun antécédent: cette lésion ne peut en effet avoir une autre cause que la syphilis héréditaire; on sait l'importance qu'Hutchinson a attribuée à ce symptôme, dont il fait l'un des trois signes caractéristiques de l'hérédo-syphilis. Les deux autres signes de la triade d'Hutchinson font à peu près défaut ici. L'ouïe est parfaitement normale, et si les dents sont quelque peu altérées, on ne relève aucune déformation suffisamment caractéristique pour autoriser à diagnostiquer la syphilis héréditaire.

Les incisives supérieures sont tombées: l'enfant est, en effet, à l'âge où la seconde dentition apparaît. Les incisives inférieures de la dentition définitive sont en place et leur bord libre est crénelé, comme on le constate presque toujours. Nous ferons remarquer que toutes les dents de la pre-

mière dentition qui poussent sont cariées, mais ces lésions insignifiantes, encore une fois, ne permettent pas de diagnostiquer l'hérédo-syphilis.

Je reviens donc à l'examen des lésions oculaires qui sont, au contraire, pathognomoniques.

M. le Dr Terrien, qui a examiné les yeux de l'enfant, nous signale une infiltration interstitielle des deux cornées, plus marquée à gauche, et remontant probablement à six semaines environ.

A la périphérie la cornée commença à se vasculariser. Les fonds d'yeux sont inéclairables en raison de l'opacité cornéenne, à peine peut-on deviner, par l'éclairage oblique, une iritis probable, plus marquée à droite qu'à gauche.

Le cécité est presque complète ; l'enfant ne peut se diriger seule : elle ne distingue les doigts placés devant ses yeux qu'à 5 centimètres, du côté droit, à 40 centimètres, du côté gauche.

Nous avons alors interrogé la mère, et les renseignements qu'elle nous a donnés n'ont fait que confirmer le résultat de notre examen.

Elle ignore qu'elle a la syphilis. Mariée, cette femme n'a jamais eu aucun accident. Il s'agit donc probablement d'une syphilis sans chancre, d'une syphilis conceptionnelle. A proprement parler, elle est plutôt syphilitisée que véritablement syphilitique.

Mais voyons l'histoire de ses grossesses.

Avant la conception de l'enfant que nous vous présentons, la mère, enceinte 5 fois, avait fait 5 fausses couches. Après avoir mis au monde la fille que vous voyez, la mère a eu deux enfants encore : l'un qui est mort au bout de 8 jours, et le dernier, qui est bien portant et a aujourd'hui 2 ans et demi.

Notre petite malade est donc venue au monde la sixième, après 5 fausses couches !

Cette enfant s'est bien portée jusqu'à l'âge de 6 ans ; elle a été atteinte à ce moment d'ulcérations localisées aux deux commissures labiales, dont vous voyez encore les cicatrices, blanches, gaufrées et d'aspect tout à fait spécifique. L'enfant a été traité à cette époque à la salle Henri IV, ce qui confirmerait, s'il avait besoin d'une confirmation, le diagnostic que nous avons porté.

A l'âge de 2 ans et demi, les yeux se sont pris brusquement de la façon suivante : l'enfant crut un jour qu'elle avait reçu de la poussière dans l'œil droit ; cet œil gonfla rapidement et ne tarda pas à s'obscurcir (M. Hutchinson a d'ailleurs insisté déjà sur le début brusque de la kératite interstitielle).

Quelque temps après, le 8 décembre dernier, pour être plus précis, l'œil gauche a présenté les mêmes phénomènes : l'enfant a cru qu'elle avait reçu de la poussière, l'œil a gonflé et l'acuité visuelle a rapidement baissé.

La cécité était complète au moment où la malade est entrée à l'hôpital, et c'est sur l'existence de la kératite interstitielle, lésion absolument pathognomonique de l'hérédo-syphilis, que nous avons porté le diagnostic.

M. BARTHÉLEMY. — Les cas de kératite interstitielle sont maintenant si fréquemment observés dans la syphilis, non seulement acquise, mais sur-

tout héréditaire (~~il ne s'agit pas d'hérédité~~ syphilitique, mais de syphilis héréditaire vraie), que je n'hésite plus, pour ma part, à considérer la kératite interstitielle vraie comme une manifestation nettement, directement et exclusivement syphilitique. Sans doute, elle a pu se rencontrer chez des sujets héredo-syphilitiques que la déchéance de leur organisme n'avait pas protégés contre la tuberculose ; mais, même dans ces cas, je crois que la tuberculose et la scrofule n'y sont pour rien, et que la syphilis est pour tout dans la genèse de la kératite interstitielle. J'en conclus qu'il faut poursuivre dans ces cas le traitement mercuriel intensif à l'exclusion des iodures ; et j'ai obtenu de meilleurs résultats par les injections que par les frictions. Avec l'un et l'autre moyen, le traitement doit être prolongé ; il a fallu parfois 2 ans de traitement, d'autres fois 6 mois seulement, dans les cas légers ou pris tout au début. A l'appui de ce que je viens de dire, je puis citer des faits de guérison complète, totale, la cornée étant devenue translucide, parfois sans même aucun point d'opacité chez des enfants traités ainsi par moi sous la surveillance spéciale d'oculistes tels que MM. Parinaud, Sauvinau, Trousseau et Chevallereau.

La kératite interstitielle due à la syphilis acquise est parfois un accident secondaire qui survient assez brusquement et qui guérit complètement et plus facilement encore que dans l'héredo-syphilis. Un certain nombre de cas de kératite interstitielle, d'origine paludéenne, ont été décrits ; tous ceux que j'ai vus existaient chez des sujets syphilitiques et paludéens à la fois.

Épithélioma du sein à marche rapide.

Par M. DE BEURMANN.

Nous présentons à la Société cette malade, qui porte un cancer du sein à évolution très rapide, pensant que le traitement a lieu d'être discuté.

Gabrielle P..., âgée de 36 ans, ménagère, entre le 2 janvier 1904 à l'hôpital Saint-Louis, salle Lorry, lit n° 49, pour une affection du sein.

Dans les *antécédents héréditaires*, on ne trouve que peu de chose. La mère de la malade est vivante et bien portante : elle n'a jamais eu de maladies du sein ; son père est bien portant. Les quatre grands-parents sont morts, le grand-père paternel à 86 ans, de pneumonie (?), sans jamais avoir été malade ; la grand-mère maternelle à 86 ans, asthmatique ; la grand-mère maternelle est morte très âgée, le grand-père maternel, plus jeune ; on ne peut trouver la cause de leur mort.

La malade a deux frères, vivants et bien portants ; on ne trouve rien chez les autres membres de la famille qui fasse penser à l'existence d'une tumeur analogue.

Antécédents personnels. — La malade n'a pas eu de mammitte de l'adolescence, et on ne lui a pas dit qu'elle ait eu, peu après sa naissance, quelque chose qui ressemble à la mammitte des nouveau-nés.

Dans la première enfance, elle a eu des adénites cervicales, suppurées,

dont l'une à la nuque, qui semble avoir évolué assez rapidement, et l'autre à la région sous-maxillaire gauche, qui paraît avoir duré plus longtemps. Vers l'âge de 10 ans, rougeole; pas d'autres maladies infectieuses du jeune âge.

A l'âge de 21 ans, en 1890, la malade est atteinte d'un premier érysipèle, très bénin. En 1898, il y a 5 ans, nouvel érysipèle de la face, plus grave.

La malade a eu cinq enfants. Le premier, il y a 12 ans, est né à terme, et mort à 4 mois; le médecin aurait dit qu'il était atteint de maladie bleue; cependant, il a été élevé au hiberon, et a eu la diarrhée infantile. La sécrétion lactée s'est cependant normalement établie chez la mère, mais elle n'a pas nourri, et a fait passer son lait, avec des purgatifs, sans incidents infectieux du côté de la glande; pas d'abcès du sein, pas de galactocèle.

Le deuxième enfant est né il y a 10 ans et demi; il est venu à terme; il a été mis en nourrice, et vit encore; la mère a eu du lait, mais elle a de nouveau fait tarir la sécrétion, toujours sans accidents.

Le troisième enfant est né il y a 8 ans et demi, à terme; la sécrétion lactée, médiocre cette fois, s'est arrêtée rapidement, sous l'influence de purgatifs; l'enfant a été élevé en nourrice; il vit actuellement.

Ces trois premiers enfants sont d'un premier mari qui est mort phtisique.

La malade se remarie, et met encore au monde deux enfants.

Le quatrième enfant a 3 ans 1/2, il est venu à 8 mois; la sécrétion lactée s'établit chez la mère qui a cette fois beaucoup de lait, et nourrit son bébé jusqu'à l'âge de 19 mois; l'allaitement est cessé lorsque se produit une cinquième grossesse.

Le cinquième enfant, actuellement âgé de 15 mois est né à terme; la malade a eu du lait en abondance, et a nourri son enfant complètement jusqu'à l'âge de 14 mois, c'est-à-dire en novembre dernier.

Elle n'a jamais eu d'abcès au sein.

Maladie actuelle. — Vers le milieu du mois d'août 1903, la malade allaitant toujours son dernier enfant, s'aperçoit qu'elle a, à la partie inférieure du sein gauche, une petite tumeur de la grosseur d'une bille, située sous la peau qui glisse facilement sur elle, et roulant sous le doigt; elle ne ressent aucune douleur soit spontanément, soit par la pression.

Jusqu'au mois de novembre la tumeur grossit très rapidement, devient dure et très vite adhère à la peau. A cette époque, la tumeur est de la grosseur du poing; la peau, quoique adhérente, a cependant conservé son aspect normal: elle est restée blanche et lisse.

La malade va alors consulter à l'hôpital Lariboisière, où on lui donne le conseil de sevrer son nourrisson, et de revenir 15 jours plus tard, parce qu'il ne s'agit probablement — lui dit-on — que de simple mammite. Elle ne retourne pas néanmoins à Lariboisière, son enfant étant malade.

Sur le conseil d'une voisine, elle applique une pommade blanche sentant le goudron, qu'elle se procure chez un particulier, non pas chez le pharmacien. La peau du sein malade blanche et absolument indemne de toute altération, dit-elle, à ce moment, rougit deux ou trois jours après l'application de cette pommade sur le sein, qui gonfle; la malade ne ressent cependant aucune douleur.

Peu à peu la rougeur augmente : bientôt des dilatations vasculaires et de petits noyaux durs apparaissent à la surface de la peau.

C'est dans ces conditions que, le 31 décembre 1903, la malade se décide à venir à l'hôpital Saint-Louis.

Actuellement, le sein gauche est volumineux, rouge livide, avec le centre plus violacé, la périphérie plus rosée ; le mamelon, élargi, est entouré par un sillon circulaire, comme s'il était rétracté ; il est dur, globuleux, et non étalé. La rougeur de la peau s'étend en dedans jusqu'au voisinage de la ligne médiane, et en dehors jusqu'à la ligne axillaire. Dans toute cette région, la peau est de surface irrégulière, et soulevée par des dilatations anastomosées, et irrégulières qui semblent être des vaisseaux lymphatiques superficiels : la ponction de l'un de ces vaisseaux, très nombreux, donne un liquide clair. Sur toute l'étendue de la tumeur, on voit en relief sur la peau, de petits noyaux allant de la grosseur d'une lentille à celle d'une petite noisette. Il n'y a pas d'ulcération.

Le sein dans son entier est animé de battements synchrones aux pulsations cardiaques.

À la palpation, la tumeur est très dure, et forme un seul bloc ; la peau à sa surface a perdu toute mobilité ; on ne peut ni la plisser, ni la pincer ; elle adhère intimement à la tumeur. La consistance de celle-ci est dure, un peu élastique, partout uniforme : on ne sent aucun point ramolli ou fluctuant ; les petits noyaux cutanés sont durs aussi.

Lorsqu'on cherche la mobilité du sein sur le plan profond par le mouvement de rapprochement du bras, on constate que la tumeur, relativement mobile en masse lorsque le grand pectoral est relâché, devient complètement fixe quand ce muscle se contracte.

À la palpation de l'aisselle gauche, on constate l'existence d'un gros paquet ganglionnaire fusionné, formant une masse dure et immobile sur la paroi interne du creux axillaire. Dans l'aisselle droite, on trouve un ganglion dur, de la grosseur d'une noix, très mobile. Il n'y a pas de ganglions dans les creux sus-claviculaires.

Contrastant avec le sein gauche, le sein droit pend flasque au-devant de la poitrine ; par la palpation, on n'y décèle pas de tumeur : les lobules de la glande ont leur consistance normale.

L'examen des autres appareils de l'économie donne les résultats suivants :

Le poumon droit semble normal à l'auscultation comme à la percussion. Dans le poumon gauche, on peut noter que les bruits du cœur sont très facilement entendus dans la fosse sus-épineuse. Le murmure vésiculaire est normal.

L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal.

L'examen de l'abdomen ne donne aucun renseignement intéressant.

Il n'y a dans l'urine, ni albumine, ni sucre.

Dans le sang la numération des globules rouges donne 4 600 000 globules par millimètre cube, et environ 3 000 globules blancs, chiffre un peu inférieur à la normale ; il y aurait donc, d'après un seul examen, légère hypoleucocytose.

Les formes cellulaires sont normales.

Avec une telle évolution, on peut être indécis sur le choix du traitement à préconiser.

L'ablation chirurgicale offre bien peu de chance, car l'extension du mal, l'existence des adénopathies, rendent presque certaine la récurrence.

Les traitements indirects, comme les injections de sels de quinine ou d'arsenic, n'agissent que lentement et ne sont guère applicables dans un cas aussi rapide.

La radiothérapie ne peut guère avoir de prise sur des lésions si étendues.

Il serait inhumain, cependant, de rester complètement inactif. Aussi nous pensons qu'il faut opérer aussi largement que possible, traiter préventivement la cicatrice par les rayons X, et enfin appliquer un traitement général capable d'agir dans la mesure du possible sur la récurrence.

M. LEREDDE. — Quelle est l'opinion de M. Brocq sur l'opportunité d'un traitement par les injections arsenicales à haute dose dans un cas de ce genre?

M. BROCCQ. — Dans certains carcinomes à marche lente et surtout dans les sarcomes, j'ai vu le traitement arsenical enrayer ou ralentir l'évolution des tumeurs, mais dans les faits de cancer à marche rapide comme celui-ci, on ne peut guère en espérer un effet favorable; on peut le tenter cependant surtout en injections à distance; les injections interstitielles, parfois utiles, me paraissent dangereuses dans ce cas en raison de l'intensité de la réaction inflammatoire.

M. BARTHÉLEMY. — Il y a des formes de cancers du sein extrêmement variées et beaucoup de lésions du sein considérées comme des cancers n'en sont pas. Il n'est pas étonnant que la marche, l'évolution et le traitement soient si variables, quand les affections, sans parler du terrain, sont elles-mêmes si différentes: il faudrait donc avant tout comparer des cas similaires.

Je suis depuis de nombreuses années un cancer du sein en cuirasse inopérable qui évolue si lentement que la personne qui le porte est encore en si bon état qu'à la voir personne ne pourrait la soupçonner atteinte d'une si grave maladie; traitement: hygiène parfaite, antiseptie externe scrupuleuse, et huile de foie de morue à très haute dose, comme dans la tuberculose.

Quand on extirpe un cancer de mauvaise nature comme celui qui vous est présenté, il faut redouter de voir l'opération ensemençer le mal et faire naître des manifestations secondaires, non seulement dans les cicatrices mais dans la peau du tronc, parfois dans des régions éloignées et de donner lieu à une généralisation viscérale, si bien que l'opération même bien faite n'a fait que hâter la mort de la malade; j'en ai vu plusieurs exemples.

Sous l'influence d'un traitement méthodique par les rayons de Röntgen des modifications semblent parfois survenir dans des tumeurs cancéreuses.

modifications qui affectent ~~un caractère~~ régressif. Ce résultat est-il définitif? n'est-il que transitoire? Les faits sont trop récents pour permettre de conclure. D'autres fois, il survient des phénomènes de fonte qui s'accompagnent d'accidents septiques (15 fois sur 38 dans la statistique de Skinner) dus à la mise en liberté des toxines (?) et commandant l'interruption du traitement röntgénien. Si bien qu'on ne peut guère y recourir que pour les cas d'épithéliomas superficiels (à titre curatif) ou pour les cas de cancer inopérable (à titre palliatif). Si nous n'avons pas encore les preuves d'une action constante et curative du cancer par les rayons de Röntgen, cela ne tient peut-être qu'à la manière encore rudimentaire à laquelle nous ne savons encore que les faire servir.

La radiothérapie est donc un moyen qui ne peut encore être employé contre le cancer qu'avec la plus grande réserve.

M. MORV. — Je me joins à M. de Beurmann pour exprimer l'opinion que le cancer de sa malade est opérable à titre palliatif; — le traitement sera complété du mieux que l'on pourra, d'après la marche de la maladie et notamment par l'arséniat de soude.

Au lieu de l'employer en injections hypodermiques, je l'administre à l'intérieur dans la boisson de la journée à doses progressives de 1 à 10 et exceptionnellement à 15 centigrammes; ces doses que j'ai, dans un cas exceptionnellement rebelle de paludisme, portées à *trois décigrammes* par jour doivent, pour être bien supportées, s'administrer en dilution le plus étendue possible. J'abaisse ou je relève les doses suivant les indications et, le plus souvent, j'oscille après 3 mois autour d'une dose de 1 centigramme que je continue 2 ou 3 ans — l'intolérance est indiquée par des douleurs intestinales; — je n'ai jamais observé de lésions cutanées consécutives chez les cancéreux. Je possède un certain nombre d'opérés ou non opérés ainsi traités depuis fort longtemps avec arrêt d'évolution complet des épithéliomes ou sarcomes; l'un d'eux, réséqué du maxillaire pour épithéliome intra-osseux, il y a 12 ans, a pu se marier depuis et devenir père d'enfants bien portants.

J'ajoute que ce traitement paraît absolument inefficace dans le cancer malin, ainsi que le disait tout à l'heure M. Brocq, notre président.

M. JULLIEN. — Certains moyens palliatifs peuvent être d'un grand secours dans ces cancers à marche aiguë: par exemple les injections de sels de quinine préconisées par Jaboulay, de Lyon.

M. BEAUDOUIN. — La désinfection de la peau est d'une grande importance dans les cancers ulcérés; j'ai vu des néoplasmes durer 7 et 8 ans sans prendre d'extension, grâce à des soins antiseptiques minutieux.

M. BROcq. — Il me semble résulter de tout ce que l'on vient de dire qu'on pourrait adopter dans ce cas la ligne de conduite suivante: Tout d'abord pratiquer l'ablation large en allant autant que faire se peut bien au delà des limites du mal; faire ensuite une série d'applications radiothérapiques sur la cicatrice et les zones avoisinantes pour tâcher de prévenir les récidives, ce qui est logique, puisque nous savons que les rayons X exercent parfois une certaine action sur les cancers même profonds. Il est

plus difficile de déterminer la variété d'injections à laquelle on doit donner la préférence. Je n'ai pour ma part aucune pratique des injections de sérum de mouton inoculé avec la tumeur; par contre, j'ai déjà observé des effets d'arrêt exercés sur les néoplasies malignes par des injections de sels de quinine et de préparations arsenicales; je serais donc tenté d'en conseiller l'emploi en faisant alterner ces deux séries de préparations par périodes, de 10 à 15 jours.

Psoriasis vaccinal secondaire.

Par M. DE BEURMANN.

Les cas de psoriasis vaccinal sont encore peu nombreux, et Rio-blanc qui en a réuni 10, dont 2 en France, n'accepte sous cette rubrique que les cas de psoriasis développés pour la première fois après la vaccination: ce sont les psoriasis vaccinaux primitifs. Bien qu'il s'agisse de psoriasis vaccinal apparu chez un malade déjà psoriasique, c'est-à-dire de *psoriasis vaccinal secondaire*, nous pensons qu'il y a intérêt à communiquer ce fait à la Société:

Henri W..., âgé de 12 ans, est amené par sa mère à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 24 décembre 1903, pour une affection cutanée.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont vivants et bien portants; ils n'ont jamais eu de dermatoses. Le grand-père paternel est mort d'un cancer de l'estomac; le grand-père maternel, d'un asthme. Les deux grand-mères sont encore vivantes; l'enfant a un frère bien portant; aucun membre de la famille n'a jamais eu de psoriasis.

Antécédents personnels. — L'enfant est né en Angleterre; quelques jours après sa naissance, il a présenté une affection durant 2 jours, pendant lesquels il aurait été dans un état de somnolence continue. La mère nous dit que les médecins anglais ont, pour cette maladie, prononcé le nom de « Waters Brain ».

A l'âge de 3 ans, l'enfant a la rougeole; à l'âge de 12 ans, une affection gastro-intestinale, durant 5 à 6 semaines, pour laquelle on ne peut fixer exactement le diagnostic.

Jusqu'à l'âge de 6 ans, il est resté en Angleterre et s'est trouvé en contact journalier avec une cousine germaine de son père, qui est atteinte d'une dermatose qualifiée d'eczéma par la famille. Cette dermatose a débuté brusquement en 1874 après les événements de la guerre, et n'a jamais guéri depuis lors; elle serait caractérisée par une rougeur modérée de la peau et une desquamation continue, par grandes pellicules blanchâtres sur le cuir chevelu et la face. On ne peut savoir si l'affection siégeait aussi sur le corps, si elle était prurigineuse, ni quels traitements lui avaient été appliqués.

Maladie actuelle. — Le psoriasis du petit malade a débuté à l'âge de 5 ans, par une plaque sur le genou gauche; elle aurait été constatée pour la première fois après une peur, causée par un chien.

Cette plaque resta d'abord isolée pendant quelques mois; puis l'éruption

s'étendit rapidement en peu de jours et envahit le tronc, les membres, le cuir chevelu, la face même, en respectant les mains et les pieds. On le traita avec des bains sulfureux et une pommade qui contenait probablement de l'huile de cade. Bien que le traitement ait été continué pendant 1 an, on n'obtint guère que des améliorations passagères. Le petit malade fut alors envoyé à la campagne où il guérit rapidement; quelques éléments persistèrent seulement aux coudes, aux genoux et sur le cuir chevelu.

Il revient alors en France; on lui donne de l'huile de foie de morue; il guérit complètement pendant 6 ou 7 mois, puis les plaques de psoriasis réapparaissent aux genoux et aux coudes, pour persister sans modifications depuis.

Actuellement, l'enfant présente des plaques isolées de la dimension d'une pièce de 2 francs pour les unes, de 5 francs pour les autres. Ces plaques bien limitées, à bords arrondis, sont rouges et recouvertes de squames blanches, lamelleuses, offrant l'aspect caractéristique des taches de bougie; par le grattage, on obtient le piqueté hémorragique. Elles siègent à la face antérieure des deux genoux, aux coudes; on en trouve une à la partie antérieure, du pubis, à la racine des bourses, une autre sur la fesse droite. Le reste du corps est indemne: il n'y a rien sur le cuir chevelu, ni aux ongles, pas de manifestations séborrhéiques aux plis articulaires, ni derrière les oreilles.

L'enfant fut vacciné en Angleterre à l'âge de 4 ou 5 mois, au moyen de vaccin conservé. La mère ne peut dire s'il s'agissait de vaccin animal ou de vaccin d'enfant; mais elle pense que c'était du vaccin d'enfant, qu'il est de coutume d'employer, dit-elle, en Angleterre. Le vaccin a bien pris et a évolué normalement: le malade en porte encore les cicatrices.

Il a été revacciné l'an dernier, sans résultat.

Enfin le 12 novembre 1903, on le revaccine encore avec du vaccin de génisse frais pris sur l'animal au moment même de l'inoculation. Il ne se produit pas de pustules vaccinales, ni aucune réaction immédiate, mais quelque temps après, sur les points enlâmés par la lancette, apparaissent 3 plaquettes squameuses, ayant tous les caractères des éléments de psoriasis. Ces 3 éléments persistent sans modification notable depuis 1 mois.

Trente-huit jours après la vaccination, M. Salmon pratique 2 scarifications légères de l'épiderme à la face antérieure de la région du coude au niveau du pli de la saignée; ces scarifications n'intéressent que l'épiderme, ne provoquent pas de suintement sanguin; on les fait en forme d'L, à barres mesurant 1 centimètre environ. Au bras droit l'inoculation est faite avec la lancette, simplement stérilisée; au bras gauche, la lancette est chargée de squames psoriasiques, mais la lésion étant peu croûteuse chez le malade, on n'a pas recueilli de sérosité sur l'instrument.

Le vingtième jour après la scarification, rien n'est apparu aux points scarifiés.

L'intérêt de cette observation est tout entier dans *l'apparition d'éléments psoriasiques sur les inoculations vaccinales et sur elles seules.*

L'inoculation du psoriasis ne réussit pas, l'irritation cutanée simple n'éveille pas sur la peau de réactions psoriasiformes tandis que l'inoculation de vaccin sans psoriasis provoque l'apparition d'éléments psoriasiques, comme si le vaccin était l'élément nécessaire de la réussite de l'inoculation.

Ce fait nous a d'autant plus frappé que nous avons essayé avec M. Salmon sur vingt malades de mon service l'auto-inoculation du psoriasis, en procédant tantôt par simple grattage, tantôt par scarification avec une lancette chargée de sérosité recueillie sous les squames, tantôt par l'insertion de débris de squames et que nous n'avons jamais obtenu de résultat positif.

M. BARTHÉLEMY. — Il faudrait savoir s'il s'agit bien d'un psoriasis incontestable ou d'une affection simulant le psoriasis.

Du reste, l'enfant ayant déjà présenté des lésions analogues antérieurement, il ne peut s'agir que de la réaction psoriasique de la peau en face du traumatisme vaccinal, comme en face de tout autre traumatisme.

M. SABOURAUD. — Les psoriasis réinoculables au porteur sont, d'après mon expérience, ceux qui revêtent l'aspect séborrhéique, c'est-à-dire ceux où l'on constate l'état grasseux de la peau, et la présence des colonies microbacillaires dans les utricules folliculaires.

M. BROCCQ. — Tous ces faits d'inoculation et d'auto-inoculation du psoriasis sont à reprendre ; dans les faits anciens il y a eu certainement des erreurs de diagnostic ; car on ne savait pas distinguer suffisamment le psoriasis vrai et les affections psoriasiformes qui simulent le psoriasis tout en étant d'une nature différente.

Nodosités fibreuses consécutives à des injections sous-cutanées de vaseline eucalyptolée et iodoformée.

Par MM. BALZER et FOUQUET.

M^{me} L..., âgée de 39 ans, cuisinière, fut atteinte, il y a seize ans, d'une fièvre typhoïde grave, au cours de laquelle apparurent des symptômes de tuberculose pulmonaire. Le médecin fit des pointes de feu au niveau des sommets atteints, ordonna l'huile de foie de morue. En outre, la malade reçut pendant deux années de nombreuses injections sous-cutanées d'un centimètre cube d'eucalyptol iodoformé en solution huileuse. Ces injections furent faites régulièrement tous les deux jours, elles laissaient à leur suite un petit nodus non douloureux qui diminuait en quelques jours. Cependant la malade dit que dans les régions injectées, des nodosités persistèrent toujours depuis le traitement. La malade tira le plus grand bénéfice de cette médication, actuellement elle est bien portante ; elle pèse 88 kilogrammes, ne tousse que rarement et ne présente plus à la percussion, comme à l'auscultation, de signes de tuberculose pulmonaire. Mais voilà que, depuis quelques mois, au dire de la malade, dans les régions

qui furent il y a seize ans le siège des piqûres, les empâtements sous-cutanés s'exagèrent beaucoup. Les nodosités siègent au-dessus de chaque sein, dans la région sous-claviculaire, à la partie moyenne de la face externe des bras, et à la partie supéro-externe des deux fesses. A l'inspection, à peine voit-on une coloration un peu plus rouge de la peau qui recouvre ces nodosités. Au palper, on a la sensation de masses compactes dures, inégales, parsemées de noyaux arrondis; ces masses sont adhérentes aux plans profonds et à la peau qui les recouvre. Les bords en sont irréguliers avec des prolongements indurés çà et là. Les dimensions de ces nodosités fibreuses sont variables : celle de la fesse droite mesure une paume de main, celle du sein droit une demi-noix, celle du sein gauche un gros macaron.

Ces nodules fibreux ne sont pas douloureux, sauf pendant la période des règles où ils deviennent sensibles surtout au palper.

La malade est un peu éthylique, a les mains tremblantes; elle a aussi quelquefois des crises nerveuses, tantôt avec pleurs, tantôt même avec perte de connaissance.

En somme, le développement des nodosités fibreuses paraît avoir suivi la marche suivante : après l'injection de vaseline iodoformée et eucalyptolée, formation d'un nodus inflammatoire qui diminue progressivement, mais sans disparaître tout à fait; multiplication de ces noyaux à mesure que le nombre des injections augmente; enfin, ce qui est remarquable, confluence de ces noyaux qui forment des masses fibreuses compactes, situées dans l'hypoderme, mais se continuant jusqu'au derme et y adhérent.

Le processus qui a donné lieu à la production de ces fibromes véritables a donc lentement continué longtemps après la cessation des injections.

Si l'on s'en rapporte au dire de la malade, les noyaux fibreux toujours persistants auraient pris une extension particulière depuis quelques mois. Ce fait curieux, dont nous ne pouvons garantir la réalité, car nous n'observons la malade que depuis quelques jours, nous paraît admissible, si nous rapprochons son observation d'un autre fait signalé plus loin, et dans lequel nous avons vu plusieurs fois des alternatives d'affaissement et de gonflement se produire dans les masses fibreuses consécutives aux injections; pendant les phases de gonflement, les noyaux fibreux fusionnés formaient un gâteau compact et adhérent à la peau. C'est sans doute à la suite de poussées secondaires de ce genre que les nodosités fibromateuses que nous observons actuellement se sont formées, et dans ces derniers temps elles ont acquis un développement important.

Bien que la malade n'ait pu nous dire quelle huile entrerait dans la composition des liquides injectés, il n'est guère douteux pour nous qu'il s'agit de la vaseline liquide. Le médecin qui faisait les

injections est mort depuis quelques années. Mais la vaseline liquide seule a l'inconvénient de produire souvent ainsi des nodosités très persistantes, les huiles végétales n'ont pas cet inconvénient de la même façon, ni au même degré, et quant à l'action irritante de l'eucalyptol ou de l'iodoforme, elle n'a pas non plus une durée aussi longue. D'ailleurs d'autres faits du même genre ont été observés par l'un de nous.

Dans un travail fait en collaboration avec M^l^e Klumpke et présenté à la Société de médecine pratique, nous avons montré que les injections sous-cutanées de vaseline liquide sont suivies de nodosités inflammatoires persistantes et qu'en sectionnant ces nodosités on retrouve la vaseline non absorbée, enkystée, faisant l'office d'un corps étranger irritant dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dès cette époque nous avons recommandé l'abandon de la vaseline liquide en injections sous-cutanées volumineuses.

Nous avons observé depuis des faits semblables à celui que nous présentons aujourd'hui. Chez une femme phthisique, l'un de nous a vu des nodosités fibreuses volumineuses se produire dans le tissu cellulaire sous-cutané des fesses à la suite d'injections de vaseline liquide iodoformée. Ces noyaux se formèrent quelque temps après la cessation des injections. Ils étaient sujets à des alternatives d'affaissement et de gonflement inflammatoire pendant lesquels ils se fusionnaient et devenaient plus durs et plus douloureux. Les compresses d'eau froide agissaient favorablement sur ces retours d'inflammation.

Chez un infirmier de l'hôpital Saint-Louis, atteint d'accidents tertiaires de la syphilis, nous avons vu les fesses devenir dures, sclérosées, douloureuses, bourrées de noyaux superficiels et profonds, à la suite d'un nombre considérable d'injections faites dans divers hôpitaux. Il s'agissait d'injections de préparations très diverses, sels solubles de mercure, calomel, huile grise. Bien que le traitement eût cessé depuis fort longtemps, lorsque nous avons observé ce malade, la fesse ne se modifiait pas et restait d'une dureté ligneuse. Pour expliquer cette induration il faut sans doute l'attribuer en partie aux préparations mercurielles, mais en partie aussi à la vaseline liquide employée pour les injections de calomel.

Nous pourrions encore citer d'autres faits dans lesquels les lésions consécutives aux injections de vaseline liquide avaient pris de moins grands développements, en particulier un malade dont les cuisses, qui avaient été le siège principal des injections de vaseline eucalyptolée, étaient semées de noyaux fibreux et de plaques scléreuses faisant corps avec la peau.

Plusieurs conclusions pratiques nous paraissent se dégager de ces faits :

1° Il ne faut employer la vaseline liquide comme excipient des substances destinées aux injections hypodermiques que pour les cas qui ne nécessitent l'emploi que d'une faible quantité de ce véhicule. Nous l'excluons même de la technique des injections de calomel ou d'oxyde jaune de mercure, pour lesquelles il faut préférer les huiles végétales, quand ces injections doivent être nombreuses. La vaseline peut convenir pour l'huile grise, car la quantité à injecter est très faible et ne peut guère être nuisible, même pour des injections nombreuses ;

2° Les produits de même nature que la vaseline liquide, tels que la paraffine, récemment préconisée en injections sous-cutanées dans un but esthétique, peuvent agir au bout d'un certain temps dans un sens tout opposé à celui qu'on avait espéré. Nous ne sommes nullement étonnés des mécomptes qu'elles ont donnés déjà dans certains cas, et que nous avons prévus d'après les observations que nous avons faites autrefois avec la vaseline liquide.

M. DARIER. — La question a une grosse importance pratique ; nous avons tous l'occasion de faire des injections dont l'excipient est la vaseline liquide, et les accidents observés sont en somme très rares ; peut-être doivent-ils être attribués à des fautes de technique ou à la mauvaise qualité de la vaseline employée, ou enfin peut-être à l'affection que les injections étaient destinées à combattre. Il me semble en tout cas qu'il serait exagéré de proscrire d'une façon absolue l'usage de la vaseline comme excipient pour les injections. A divers points de vue, il serait intéressant d'exciser une de ces nodosités pour en faire l'examen histologique.

M. MILIAN. — J'ai observé des tumeurs analogues chez un tuberculeux qui avait reçu des injections sous-cutanées d'huile gâicoolée ; on l'aurait cru couvert de mamelles surnuméraires.

Ces tumeurs s'observent surtout chez les tuberculeux torpides et obèses, à type scrofuleux, qui font facilement du fibro-lipome autour de tous les foyers inflammatoires (adénopathie, périnéphrite, etc.). Enfin, quand les injections sont faites exactement intramusculaires, quelle que soit la substance, jamais il ne se fait de nodosités.

M. LEREDDE. — On peut se demander si ces nodosités ne seraient pas des sortes de chéloïdes sous-cutanées ; l'hypothèse est légitime, puisqu'en somme nous ignorons la nature exacte des chéloïdes.

M. BALZER. — Ce n'est pas seulement chez les tuberculeux que se produisent ces nodosités ; je les ai observées aussi chez des sujets qui n'étaient pas tuberculeux ni scrofuleux. Je crois qu'elles peuvent se former aussi dans le muscle, mais qu'elles y sont étalées et, par conséquent, difficiles à percevoir.

www.libtool.com.cn

Gangrène du mamelon d'origine probablement phéniquée.

Par MM. DU CASTEL et NOCTON.

Parents vivants et bien portants.

Sœur très anémique, ayant eu à 15 ans une déviation de la colonne vertébrale.

N'a jamais été malade. Nez en lorgnette. La malade a eu il y a 18 mois, de la céphalée, des maux de gorge, de la roséole, et a été soignée salle Gibert par des piqûres et de l'iodure de potassium.

Le 6 octobre, elle accouche d'une petite fille qu'elle veut nourrir. Au bout de quinze jours : abcès du sein gauche, abcès qui guérit très bien. Au sein droit : crevasses, sur lesquelles elle fait des lavages à l'alcool. Le mamelon se fend en « quatre », au dire de la malade. Sur le conseil de son médecin, elle fait des applications phéniquées. Ces applications sont très douloureuses et durent environ huit jours. Au bout de ce temps le mamelon et son aréole deviennent noirâtres; puis il se forme une eschare qui tombe par morceaux de dimensions moyennes.

Sur le sein et tout le pourtour de la poitrine au niveau des seins, il existe une dermite eczématiforme.

La malade n'a jamais eu d'urines noires.

Actuellement, le mamelon et l'aréole ont complètement disparu; à leur place, il existe un cratère infundibuliforme à surface de bonne apparence et bourgeonnante; par cette plaie, il se fait un écoulement abondant et incessant de lait. (Observation recueillie par M. Nocton, externe du service.)

En présence de la destruction tout à fait insolite du mamelon et de la peau de l'aréole, l'hypothèse la plus plausible nous semble qu'il s'agit d'une destruction de ces régions consécutive à l'application de pansements phéniqués.

Sur un nævus pachydermique de la main.

Par MM. H. HALLOPEAU et LEBRET.

Ce nævus nous paraît se rapporter à un type dont on ne trouve pas encore la description dans les auteurs. Ses caractères peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

Il s'agit d'un malade âgé de 20 ans, cabaretier. Sur la main gauche, existent des saillies multiples intéressant exclusivement les couches profondes du derme. Elles sont mobiles sur les parties sous-jacentes; les parties superficielles de la peau ne peuvent en être séparées; la peau rougit parfois à leur niveau; leur consistance est ferme, un peu dure par places.

La plus volumineuse de ces saillies occupe la face dorsale des premières phalanges des deux derniers doigts, en remontant jusqu'au niveau de l'articulation avec le métacarpe.

L'ensemble de cette masse représente ainsi un fer à cheval répondant

par sa convexité à l'articulation métacarpo-phalangienne et par ses extrémités aux articulations des deux premières phalanges. Ses rebords sont nettement arrêtés; ils forment un relief d'environ 0^m,005. Une saillie semblable occupe la partie interne et médiane de la 2^e phalange de l'annulaire; une autre moins volumineuse présente la même localisation à l'index.

Les phalanges intéressées sont augmentées de volume : c'est ainsi que la 1^{re} phalange de l'annulaire mesure à sa base 0^m,023 transversalement, tandis que celle du médius ne mesure que 0^m,017. Ces tuméfactions localisées donnent au doigt un aspect fusiforme. Il ne paraît pas exister de troubles persistants de vascularisation.

Les diagnostics d'acromégalie partielle, d'ostéite, de tuberculose, de tumeurs à proprement parler peuvent, d'après la description qui précède, être éliminés.

Les altérations sont manifestement limitées au derme qui se trouve considérablement tuméfié et induré; cette altération s'étend en nappe uniforme dans toutes les parties atteintes; les tissus ainsi que le squelette sous-jacent paraissent indemnes.

Le système pileaire n'est pas intéressé, non plus d'ailleurs que le revêtement épidermique : les couches profondes du derme semblent donc bien être le siège initial et exclusif de cette néoplasie congénitale.

Sur un troisième cas d'urticaire pigmentée avec cicatrices.

Par MM. HALLOPEAU et LEBRET.

L'un de nous a déjà, à deux reprises différentes, montré à la Société des malades atteints d'urticaire pigmentée avec cicatrices, dont la genèse ne s'expliquait par la production ni de bulles, ni d'ulcérations, ni de traumatismes antérieurs: il semblait bien qu'elles étaient dues à une évolution rétrograde du tissu morbide.

L'enfant que nous avons l'honneur de présenter offre des altérations analogues, bien que moins prononcées.

Il s'agit d'un cas typique d'urticaire pigmentée : elle occupe surtout les membres inférieurs, en remontant sur les régions fessières.

Elle se présente principalement sous la forme de plaques rouges, légèrement saillantes, et le devenant davantage sous l'influence de frictions; d'autres sont pigmentées et ne s'effacent pas sous la pression du doigt.

Celles-ci sont pour la plupart décolorées dans leur partie centrale et, chez plusieurs, cette décoloration s'accompagne d'une atrophie nettement appréciable.

Nous devons mentionner également au pourtour des plaques rouges une zone pâle; celle-ci est identique à celle que l'un de nous a signalée au pourtour de papules syphilitiques, de plaques

psoriasiques, de boutons de lichen, de taches de rougeole; il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une action réflexe sur les vaso-constricteurs périphériques.

Pour ce qui est des cicatricules, elles ne peuvent résulter que de l'évolution rétrograde du tissu morbide; il se fait une résorption du pigment extravasé en même temps qu'une atrophie cicatricielle du tissu connectif.

Eczémas et folliculites décalvantes.

Par MM. H. HALLOPEAU et VIELLIARD.

Il est intéressant de suivre à années de distance l'évolution d'une dermatose.

L'un de nous a déjà présenté ce malade en décembre 1894 et 1897; nous pouvons constater chez lui quels sont les reliquats des phénomènes observés autrefois, quels sont les phénomènes actuellement persistants ou nouveaux. Aujourd'hui le fait dominant, c'est que dans toutes les parties où la maladie persiste, c'est-à-dire le cuir chevelu, le visage, le thorax, le pubis, les lésions eczémateuses l'emportent de beaucoup sur les altérations folliculaires, alors qu'autrefois ces dernières prédominaient.

Comme reliquats importants, nous signalerons l'alopecie complète des parties latérales et postérieures du cuir chevelu ainsi que d'une zone intermédiaire qui occupe la moitié supérieure de la région occipitale.

Les sourcils, les autres parties du visage, les aisselles, le pubis, sont complètement glabres; il persiste cependant quelques poils adultes ou follets au voisinage des mamelons.

On voit en outre, au pubis, des cicatrices multiples qui représentent très vraisemblablement les folliculites constatées autrefois dans cette région.

Il est très probable également que les larges plaques d'alopecie qui rendent la surface cutanée presque complètement glabre, à l'exception d'une partie du cuir chevelu, reconnaissent cette même cause prochaine, car les séborrhéides vulgaires, dans leurs formes les plus graves, n'entraînent pas des alopecies aussi complètes et persistantes.

Actuellement, on peut dire que la dermose séborrhéique bat son plein.

Il existe, sur les parties non décalvées du cuir chevelu, des croûtes séborrhéiques épaisses et abondantes; au visage, la dermite se traduit par une rougeur pâle, persistante avec tuméfaction œdémateuse qui détermine l'occlusion partielle des paupières du côté droit; les

www.libtool.com.cn

sourcils, les sillons naso-jugaux, les lèvres, le menton, les oreilles sont également le siège d'une poussée eczémateuse.

La réaction est tellement vive que l'on pourrait au premier abord penser à un érysipèle; il y a trois semaines que ces accidents ont débuté.

Les particularités dignes d'intérêt que présente ce malade peuvent en somme être résumées ainsi qu'il suit :

1° L'alopecie consécutive aux folliculites suppuratives peut être définitive et complète ;

2° Ces folliculites peuvent laisser des cicatrices indélébiles ;

3° Chez un même sujet, ces folliculites, après avoir constitué pendant des années les phénomènes dominants, peuvent passer au second plan alors que se développent avec une plus grande intensité les lésions eczémateuses ;

4° L'eczéma séborrhéique du visage peut acquérir un degré d'intensité tel qu'il détermine une tuméfaction persistante de la face avec occlusion partielle des paupières.

Cet eczéma séborrhéique diffère des eczémas des scrofuleux par ses localisations dans les régions pilo-sébacées, l'absence de tuméfaction des lèvres et le défaut d'adénopathies.

Sur un cas de zona hémorrhagique.

Par MM. H. HALLOPEAU et VIELLIARD.

Ce zona thoracique, remarquable par la confluence de ses très nombreux éléments, a offert quelques particularités qui peuvent jeter un certain jour sur la pathogénie des hémorrhagies qui le compliquent.

Ces infiltrats hématiques, très nombreux, ne se manifestent pas d'emblée au moment de la production des vésicules; c'est au bout de quelques jours seulement qu'ils s'y produisent et ils en occupent constamment la partie centrale qui en même temps s'affaisse; partout, en effet, ces vésicules à contenu hématique presque noir se trouvent entourées de vésicules plus jeunes à contenu purement séreux.

Lorsque plusieurs vésicules se trouvent simultanément hématinisées, c'est au centre de groupes qu'elles subissent cette modification.

Ces hémorrhagies sont de cause purement locale; aucune autre partie du corps n'en est simultanément le siège.

Ce n'est pas primitivement, mais au bout de quelques jours que les conditions de filtration exsudative se trouvent modifiées et que le liquide, d'abord clair, devient hématique : il est probable que

cette modification est purement passive et due à la distension prolongée des capillaires sous l'influence du processus exsudatif.

Elle paraît être d'autant plus prononcée que la poussée initiale a été plus aiguë.

M. BARTHÉLEMY. — L'hémorrhagie n'ajoute aucune gravité au pronostic du zona.

Tendance à la guérison d'ulcérations gommeuses multiples et profondes, par un traitement exclusivement local.

Par MM. H. HALLOPEAU et LEBRET.

Dans une discussion récente avec l'un de nous, M. Kœbner a soutenu que le traitement spécifique local pouvait suffire à amener la guérison d'ulcérations syphilitiques.

Le fait suivant, qui s'est produit par hasard dans notre service, donne raison au professeur de Berlin.

La nommée As..., couchée au n° 4 de la salle Lugol, est atteinte, depuis environ une année, de néoplasies gommeuses localisées à la jambe gauche. Après avoir débuté au-dessous de la tubérosité interne du tibia, elles se sont étendues de manière à former une infiltration de 10 centimètres transversalement sur 2 verticalement ; elle est à la fois dermique et hypodermique ; elle s'est plusieurs fois ouverte et refermée, mais toujours d'une façon très passagère.

Au-dessous de ce bourrelet, on voit trois tumeurs gommeuses, dont deux sont ulcérées profondément et renferment des bourbillons très analogues par leur aspect à celui d'un anthrax : l'une d'elles s'étend profondément à plus de 3 centimètres ; ses bords sont anfractueux et taillés à pic.

Nous prescrivons un traitement local par injections avec la solution de sublimé au 5/1000 et l'application d'ouate imprégnée de ce même liquide.

Par suite d'une erreur de service, le traitement général formulé simultanément n'est pas mis en œuvre.

Or, au bout de 3 semaines, lorsque nous avons connaissance de cette omission, nous constatons que les ulcérations sont en bonne voie de guérison : les bourbillons se sont éliminés ; les bords se sont rapprochés ; le fond de l'ulcération est presque de niveau avec l'épiderme ; il est recouvert de bourgeons charnus de bon aspect.

Il est de toute évidence que le traitement spécifique local a suffi pour amener une amélioration très considérable qui allait aboutir à la guérison, même en l'absence de toute médication interne.

Nous n'avons pas cru cependant nous abstenir.

La présence de pareils foyers indique que la maladie n'est pas éteinte : d'un moment à l'autre, de nouveaux germes latents peuvent entrer en activité ; il peut survenir des atteintes soudaines et

graves ; aussi avons-nous immédiatement prescrit le traitement spécifique général : les ulcérations sont aujourd'hui complètement guéries.

M. SABOURAUD. — J'ai vu un malade qui présentait sur la face une éruption singulière ressemblant un peu à certaines formes d'acné.

Je n'ai pas cru tout d'abord à la syphilis et me suis borné à des applications locales de vaseline iodoformée; le malade a guéri à deux ou trois reprises sous l'influence de ce traitement; mais il se produisait des récidives; plus tard le diagnostic de syphilis fut établi, et le traitement spécifique amena rapidement la guérison définitive.

M. BARTHÉLEMY. — Nombre de faits prouvent que par une antiseptie rigoureuse et par un traitement local, où il n'entre pas un atome de mercure, les accidents syphilitiques aussi nets que les plaques muqueuses ou les lésions de la peau peuvent disparaître; à plus forte raison, si on y applique des solutions de sublimé, de la teinture d'iode, des pommades d'un précipité ou des emplâtres de Vigo ou de Vidal.

Mais, ce qu'il faut dire, c'est que si les accidents guérissent, ils ne tardent pas à récidiver *in situ* ou à distance.

Autre chose est de guérir une manifestation syphilitique, autre chose est de guérir la syphilis. Pour le premier cas, le traitement local peut suffire; pour le second cas, le traitement interne, intermittent et méthodique, est indispensable. Le fâcheux est que nous n'ayons pas de critérium de guérison et que nous ne sachions pas encore exactement quand il faut cesser ou quand il y a lieu de reprendre un traitement avant d'y être contraint par un accident grave, portant sur la vue ou sur le système nerveux central par exemple.

Lichen plan avec lésions des ongles et localisation sur la conjonctive palpébrale.

PAR MM. GAUCHER et DRUELLE.

L'observation suivante nous a paru digne d'intérêt pour plusieurs motifs. Tout d'abord le malade présentait, en même temps qu'une éruption de lichen plan généralisé, des lésions des ongles des mains et des pieds qui semblaient bien être sous la dépendance de cette affection : ces altérations unguéales sont très rares dans le lichen plan et il n'en a été publié jusqu'ici qu'un très petit nombre d'observations. D'autre part, en même temps que diverses autres manifestations sur les muqueuses buccale, génitale et anale, on constatait des petits placards de lichen sur les deux conjonctives palpébrales inférieures : cette dernière localisation n'a, croyons-nous, jamais été signalée dans le cours du lichen plan. Enfin nous ferons remarquer la ressemblance qu'affectaient certains éléments papuleux situés sur le scrotum avec des syphilitiques papulo-érosives ; le malade, du reste, n'offrait aucun signe, ni même aucun antécédent de syphilis.

R. (Jean-Baptiste), 53 ans, marchand forain, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 4 janvier 1904.

Antécédents. — Le malade n'accuse aucun antécédent pathologique. Il n'a jamais eu la syphilis ; il a eu 3 blennorrhagies, la dernière il y a 30 ans. Il ne présente pas d'antécédents d'éthylisme.

Histoire de la maladie. — L'affection actuelle a débuté il y a 1 an et demi. A cette époque sont apparues des démangeaisons sur les jambes. Presque simultanément, mais un peu après néanmoins, affirme le malade, se sont développés également sur les jambes de petits boutons au niveau desquels le prurit était encore plus vif.

Ces lésions éruptives furent peu nombreuses pendant 6 mois. Il y a un an, à la suite d'une vive émotion, le prurit a redoublé d'intensité et les éléments éruptifs se sont multipliés sur les jambes où ils sont pourtant restés localisés. Il y a 6 semaines, nouvelle recrudescence du prurit et généralisation de l'éruption qui envahit rapidement les cuisses, les organes génitaux et les mains en même temps que ses éléments constitutifs prenaient des dimensions plus grandes.

ÉTAT ACTUEL. — Le malade présente une éruption typique de lichen plan généralisé avec localisations principales sur les membres et les région génitale et périgénitale. Les lésions sont actuellement distribuées comme il suit.

Membres supérieurs. — Sur les bras et les avant-bras, il n'y a presque rien à signaler. De ci, de là on trouve quelques macules rouges un peu pigmentées, qui sont peut-être le reliquat d'éléments de lichen guéris, mais dont il est difficile d'affirmer la nature.

Sur la face antérieure des poignets on trouve des papules de lichen plan typiques, polygonales, aplaties, brillantes, présentant parfois une ombilication centrale : elles sont plus nombreuses à gauche qu'à droite. On y voit également quelques placards de lichen, de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de largeur : ces placards sont d'une couleur violacée foncée ; ils sont un peu rugueux, à tendance papillomateuse et présentent des dépressions punctiformes multiples.

Au niveau des mains on retrouve sur les faces dorsales ces mêmes placards de lichen à tendance cornée. Ils offrent les mêmes caractères, mais sont beaucoup plus grands. Ils ont au moins 3 centimètres de largeur et autant de hauteur. On y trouve aussi un grand nombre de papules isolées, les unes aplaties et polygonales, les autres rondes, bombées et plus saillantes. Sur les faces palmaires des mains, il n'y a que quelques papules kératosiques isolées les unes des autres : on les rencontre surtout au niveau des éminences thénars.

Les doigts ne montrent rien sur leur face palmaire. Sur leur face dorsale on trouve des papules de lichen en voie d'effacement ; elles sont plus nombreuses au niveau des articulations des premières et des deuxième phalanges.

Sur tous les doigts des deux mains, au niveau de la phalange, existe un placard de lichen à tendance cornée. Ces placards, qui correspondent à la région de la matrice unguéale, envahissent le repli sus-unguéal. Ils ont en moyenne 1 centimètre et demi de largeur sur 1 demi-centimètre de hauteur.

Ils tendent à revêtir une forme en croissant, car ils poussent des prolongements sur les bourrelets latéraux des ongles.

Les ongles de tous les doigts sont altérés. Leur forme et leur direction générales ne sont pas changées, mais sur certains d'entre eux, il semble exister de légers épaissements localisés. Leurs lésions sont constituées par des stries ou fissures longitudinales, par des cannelures de même direction et par de fines dépressions punctiformes.

Les fissures longitudinales sont de beaucoup les altérations les plus fréquentes. Toutes partent du bord supérieur de l'ongle ; mais tandis que certaines d'entre elles parcourent celui-ci jusqu'à son extrémité libre, d'autres s'arrêtent à une certaine distance de cette extrémité. Ces fissures sont d'autant plus marquées et plus profondes qu'on les considère en un point plus rapproché du bord supérieur de l'ongle ; mais aucune d'elles, à beaucoup près, n'arrive à sectionner la lame unguéale et elles sont toujours superficielles. Elles sont toutes nettement rectilignes, parallèles entre elles ; aucune n'est bifurquée.

Les cannelures sont beaucoup plus rares. Elles sont également rectilignes, font une faible saillie de 1 millimètre à peine, mais néanmoins sont très facilement visibles et appréciables. Toutes partent du bord supérieur de l'ongle : certaines s'étendent jusqu'à son extrémité libre, d'autres sont incomplètes.

Les dépressions punctiformes sont encore moins fréquentes. Elles ne se voient que sur 2 ou 3 ongles. Elles sont également superficielles, bien distinctes les unes des autres, n'ont aucune tendance à se grouper en séries linéaires.

Il existe une très légère hyperkératose sous le bord libre de quelques ongles seulement. Il n'y a pas de phénomènes subjectifs locaux, pas de prurit unguéal. Le malade a remarqué que depuis quelques semaines ses ongles sont devenus plus cassants, plus friables, moins durs à couper.

Tronc. — Dans le dos pas d'éléments de lichen ; on y voit d'assez nombreuses verrues séborrhéiques et quelques petits nævi vasculaires saillants et rouges. Il n'y a rien sur la poitrine.

Sur la partie supérieure de l'abdomen on trouve de très rares papules de lichen. L'ombilic est occupé par un placard de lichen circulaire qui en revêt presque complètement les parois.

Dans l'aisselle droite on voit des éléments papulo-pigmentés de lichen en voie de régression.

Régions génitales et périgénitales. — Tout le fourreau de la verge est couvert de papules de lichen. On y voit aussi des placards plus importants, des taches pigmentaires indiquant l'emplacement d'éléments guéris : à la partie supérieure du fourreau existent des éléments de lichen circiné annulaires ou semi-annulaires.

Sur le gland, quelques papules plates et blanches ; du côté du sillon balano-préputial les lésions sont circonscrites.

Sur le scrotum, se voit également une grosse accumulation de lésions, les unes papuleuses et isolées, d'autres en petits placards, d'autres sous forme de lichen circiné. L'éruption est surtout développée sur la face postérieure et sur la face droite du scrotum. Dans cette dernière région on voit de gros

éléments papuleux grands comme une pièce de 20 ou de 50 centimes, très saillants et bombés, isolés les uns des autres : ils sont surtout situés au-dessous du pli génito-crural.

Par suite du grattage et de la stagnation de la sueur en cette région, ces éléments sont décapés, leurs couches cornées sont tombées. Aussi se présentent-ils comme de grandes papules sub-érosives, rougeâtres, montrant de ci, de là, surtout à leur périphérie, des points où leur coloration est blanchâtre; à leur surface se fait un léger suintement. Leur aspect est analogue à celui de certaines syphilides papulo-érosives et, à première vue, on pourrait les confondre avec ces lésions dont il faut un examen attentif pour les distinguer.

Sur la région hypogastrique et sur le pubis sont développés de grands placards de lichen, séparés les uns des autres sur la région hypogastrique, se fusionnant sur le pubis qu'ils recouvrent en presque totalité. Ils se continuent avec des lésions identiques des plis inguinaux et génito-cruraux.

L'*anus* est envahi par des placards épais de lichen d'une couleur gris blanc : ils en font tout le tour et se prolongent dans le sillon interfessier dont ils revêtent les deux faces et le fond jusqu'à son extrémité supérieure. Ces lésions anales se continuent en avant avec des placards qui recouvrent le périnée et vont se confondre avec les lésions scrotales.

Les *fesses* ne portent aucune éruption.

Membres inférieurs. — Sur la partie supérieure des faces antéro-interne des cuisses on retrouve une accumulation de lésions de lichen en papules et en placards : elles y sont presque confluentes. Elles diminuent de nombre et d'importance à mesure qu'on se rapproche du genou. Les faces externes et postérieures ne présentent rien à droite, à gauche on y trouve de gros éléments de lichen isolés.

Les *jambes* montrent aussi de gros éléments de lichen qui ont une tendance cornée très marquée et des placards de même nature : on les rencontre principalement sur les faces antérieures et latérales.

Sur les *pieds* on ne trouve que quelques papules sur la face dorsale. Petit bouquet de papules sur la face dorsale du gros orteil gauche. On ne voit pas, sur les phalanges, les placards cornés notés en cette région sur les doigts des mains.

Les *ongles des pieds* ne présentent pas de déformations générales particulières : celles que l'on y voit sont analogues aux déformations rencontrées de façon presque normale chez un homme de cet âge.

Mais au niveau de la lunule de la plupart des ongles des deux pieds, on trouve une hyperkératose qui fait saillie au-dessus de la surface unguéale. Cette hyperkératose semble constituée par des stratifications de lames cornées adhérentes les unes sur les autres. Il en est nettement ainsi au niveau des gros orteils, mais sur les autres elles sont moins faciles à apprécier et les stratifications cornées semblent accumulées en une masse, indivisible. Le malade, qui s'est aperçu de ces productions anormales, nous dit qu'elles ont débuté il y a 4 mois : il lui paraissait que ses ongles allaient se déchausser, mais actuellement ce phénomène est en voie d'amendement.

Sur quelques ongles, en particulier sur ceux des gros orteils, on voit aussi quelques striés et quelques fines cannelures rectilignes et parallèles, les unes allant de l'extrémité de l'ongle à l'autre, d'autres s'arrêtant à une certaine distance de son bord libre. Mais elles sont moins nombreuses et moins prononcées que sur les ongles des doigts.

De plus, sur les ongles des 1^{er} et 3^e orteils gauches, à mi-distance de leurs deux extrémités, il y a une bande horizontale hyperkératosique qui en occupe toute la largeur.

Au niveau de la tête on ne trouve à noter qu'un petit placard et quelques grosses papules de lichen moulés dans le sillon rétro-auriculaire droit.

Dans la bouche existent de nombreuses lésions. Sur la face moyenne de la langue se voient des plaques blanchâtres porcelaniques allongées d'avant en arrière : elles siègent surtout près des bords latéraux et en avant du V lingual.

Sur les joues (face muqueuse) dans les 3/4 antérieurs, il y a des placards confluents de lichen partant de la commissure; ils sont saillants et séparés les uns des autres par de fines dépressions assez profondes. Sur le quart postérieur de la joue droite, on voit des placards de lichen circinés, annulaires, blanchâtres, d'où partent quelques stries de même aspect.

Sur chacune des conjonctives palpébrales inférieures, on trouve, tranchant sur la coloration rosée de la muqueuse voisine deux bandes blanchâtres horizontales, à contours nets, dont l'aspect est tout à fait analogue à celui des placards de la langue et des joues. Il n'y a pas de point papuleux blanc isolé. Ces bandes, qui ont environ 1 centimètre de largeur sur 3 millimètres de hauteur, sont situées à mi-distance du bord ciliaire et du globe oculaire. Il s'agit là de lichen de la conjonctive palpébrale. On ne note pas de prurit oculaire.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Le malade est nerveux, émotif, irascible. Les réflexes pupillaires et rotuliens sont normaux. Les fonctions gastro-intestinales sont normales. Il n'y a ni sucre, ni albumine dans l'urine. On ne trouve aucun signe ou stigmate de syphilis.

Le prurit est vif, mais il ne provoque pas d'insomnie.

TRAITEMENT. — Prendre tout les jours deux cuillerées à café d'une solution d'arséniate de soude à 0^{sr},02 pour 200 grammes d'eau distillée. Onction avec du glycérolé tartrique. Douches tièdes quotidiennes.

Creeping disease (larva migrans).

Par MM. BRODIER et FOUQUET.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société le moulage, fait par M. Baretta, d'une affection décrite, surtout à l'étranger, sous les noms de « creeping disease » et de « larva migrans ».

Voici l'observation du malade :

E.V..., égoûtier, âgé de 42 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 8 septembre 1903. Il a toujours été bien portant et n'a eu

qu'un zona thoracique gauche pour lequel il a été soigné, il y a 5 ans, à l'hôpital. Cet homme raconte que, le 5 septembre, il dut plonger le bras droit dans un égout obstrué ; dans cette opération son bras heurta un peu fortement, dit-il, le rebord du trottoir ; mais il n'y eut ni plaie ni excoriation d'aucune sorte et le malade n'en souffrit pas pendant le reste de la journée. Mais dans la nuit du 5 au 6 septembre, il éprouva de vives démangeaisons localisées à la face interne du bras droit et sur le côté droit du thorax ; ces démangeaisons furent assez intenses pour troubler le sommeil. Le lendemain matin, il constata aux mêmes points l'éruption de plusieurs lignes rouges contournées. Depuis lors, ces lignes se sont étendues progressivement vers le sternum, précédées et accompagnées de démangeaisons assez fortes.

Le 8 septembre, c'est-à-dire 3 jours après le début, l'éruption ne dépassait pas la ligne médiane du thorax.

Le 14 septembre, elle offrait les caractères suivants :

A la face interne du bras droit, dans son tiers supérieur, se trouvent des lignes érythémateuses contournées d'une façon très irrégulière, et qui ont d'une manière générale la forme en S ; elles paraissent indépendantes les unes des autres.

Au niveau de la région correspondante du thorax, en un point qui répond exactement aux lignes éruptives brachiales quand le bras est appliqué le long du corps, on constate une série de 6 à 8 trainées érythémateuses rosées, très légèrement saillantes, larges de 2 millimètres environ. Ces trainées ne se continuent pas avec les lignes du bras ; les téguments de la région axillaire sont indemnes. Elles sont d'abord rapprochées les unes des autres et dirigées presque horizontalement dans le sens des espaces intercostaux, bien que légèrement contournées et sinueuses. Au voisinage de la ligne du mamelon, les trainées tendent à se porter en haut et quelques-unes se touchent par places. Elles traversent presque horizontalement la région sternale et se prolongent jusqu'à 6 centimètres au delà du bord gauche du sternum. Elles se terminent brusquement et leur extrémité n'est marquée par aucun soulèvement.

La coloration de chaque trainée n'est pas uniforme ; la ligne érythémateuse pâlit par places ou même s'efface complètement pour reparaitre un peu plus loin.

Sur le trajet de quelques-unes des stries, on observe une sorte de tache, rosée et très légèrement saillante, ayant le diamètre d'un pois environ. Nulle part il n'existe de soulèvement papuleux ; en deux points seulement on observe une très fine vésicule ayant les dimensions d'une tête d'épingle.

A la partie supérieure de la région sternale, se trouvent deux placards érythémateux, à contours un peu diffus, également prurigineux, et qui semblent constitués par un enchevêtrement de lignes analogues, plus ou moins confondues les unes avec les autres. Sur la coloration rose de ces plaques, un examen attentif révèle quelques parties un peu plus rouges et assez semblables aux taches qui terminent les stries linéaires.

Les démangeaisons sont relativement peu accusées.

Nous n'avons revu le malade que le 30 novembre, alors qu'il était com-

plètement guéri. Il nous a donné les renseignements suivants sur l'évolution ultérieure de l'éruption :

Les lignes érythémateuses qui avaient gagné le côté gauche de la paroi thoracique ont continué à s'étendre en bas et en dehors, pendant une dizaine de jours ; elles se sont arrêtées au voisinage de la ligne axillaire antérieure.

A dater de ce moment, les lignes du bras et du côté droit du thorax ont pâli et se sont effacées peu à peu, dans l'ordre suivant lequel elles avaient progressé, c'est-à-dire de droite à gauche. L'éruption a disparu en dernier lieu sur le côté gauche. Les lignes se sont effacées en quelques jours, sans laisser aucune pigmentation ni desquamation appréciable.

La maladie a évolué en trois semaines. Le malade n'a pas interrompu son métier ; il s'est contenté d'appliquer, sur l'éruption, du jus de citron pour calmer les démangeaisons et de la poudre d'amidon.

Cette dermatose linéaire progressive est analogue, sinon identique, à l'affection décrite par Robert Lee (1874), sous le nom expressif de « creeping disease » et par Radcliffe Crocker sous celui de « larva migrans ». On y retrouve le même début brusque par des démangeaisons sur une partie découverte du corps, les mêmes lignes rouges surélevées serpentant irrégulièrement.

Cette affection paraît assez fréquente dans la Russie orientale ; Samson-Himmelstjerna en a constaté 9 cas en trois ans, et Sokoloff déclare en observer 2 ou 3 cas tous les ans. Elle se rencontre surtout en été et en automne.

Les auteurs russes s'accordent à la considérer comme causée par la présence, dans les téguments, de la larve d'un gastrophile très voisin du *gastrophilus hemorrhoidalis* ou *gastrophilus pecorum*. Le parasite se trouverait à l'extrémité de la ligne érythémateuse ou quelquefois à un demi-centimètre au delà de cette extrémité. Samson a pu l'apercevoir à la loupe, sous forme d'un point noir, en anémiant la peau par pression avec une lame de verre. C'est un petit ver long de un millimètre en moyenne.

La larve progresserait, dans les téguments, de 1 à 3 centimètres par 24 heures, mais Bruno l'a vue couvrir 15 centimètres en 1 jour. Chez notre malade, la vitesse de progression des lignes a été d'environ un centimètre par 24 heures, sauf dans les premiers jours où elle paraît avoir été plus grande.

Mais la plupart des observateurs n'ont pu y déceler aucun parasite, ce qui serait dû, d'après les médecins russes, à ce que souvent la larve se trouverait à 1 centimètre environ au delà de l'extrémité apparente de la ligne érythémateuse.

La guérison survient toujours, tantôt spontanément, tantôt à la suite d'applications locales parasitocides. La maladie peut durer de quelques semaines à plusieurs mois ; dans le cas relaté par Crocker elle persista 27 mois.

Récemment Stelwagon en a publié un nouvel exemple (*Journ. of cut. diseases*, nov. 1903), observé à la fin d'octobre chez un jeune garçon. L'éruption avait débuté à la partie inférieure du dos et avait gagné la partie postérieure de la jambe droite; la vitesse de progression variait d'une fraction de pouce à plusieurs pouces par jour, avec des périodes de rémission relative. Stelwagon ne put constater aucun parasite. Il fit des applications permanentes d'une solution de sublimé et pratiqua des attouchements d'acide nitrique au niveau du siège présumé de la larve; il arrêta ainsi l'évolution de la maladie.

M. Dubreuilh, qui a résumé dans la *Pratique dermatologique* presque tous les faits de larva migrans publiés jusqu'alors, tend à rattacher à la même affection les cas de « larbich » observés au Sénégal par Bérenger-Féraud. Ce dernier auteur compare la lésion à un sillon de gale grossi vingt fois et terminé par une petite vésicule du volume d'une tête d'épingle; il n'y a décelé aucun parasite. Il n'existe le plus souvent qu'un seul sillon; exceptionnellement on en observe 2 ou 3 sur un malade.

Plus récemment, M. Dubreuilh a décrit (*Annal. de dermal*, 1902) une *pyodermite serpigineuse* qu'il considère comme une affection distincte de la larva migrans, en s'appuyant sur le nombre des sillons, leur progression plus lente, l'absence de saillie à leur extrémité, et surtout la suppuration, qui n'a jamais été observée dans la larva migrans.

Il s'agit vraisemblablement, dans tous ces cas, d'une affection parasitaire. Mais il n'est nullement démontré que tous les faits publiés sous la même étiquette relèvent du même parasite. La facilité avec laquelle certains auteurs russes semblent trouver la larve pathogène et le résultat négatif de la plupart des recherches faites dans les autres contrées semblent peu en faveur d'une cause identique. Aussi préférons-nous donner à l'éruption que nous avons observée le nom de « creeping disease » qui ne préjuge en rien la cause de l'affection.

M. Brocq. — J'ai eu dernièrement à l'hôpital Broca un cas analogue à celui-ci; il s'agissait d'un homme qui s'était appliqué sur la jambe un cataplasme d'escargots crus: les sillons étaient multiples, plus sinueux que chez le malade de M. Brodier, et entrecroisés; il nous a été impossible de constater l'existence d'un parasite malgré des recherches très minutieuses.

M. Lenglet a en effet pratiqué des coupes en série de l'extrémité d'un sillon sur une longueur de un centimètre, et cela sans aucun résultat.

M. LENGLET. — L'explication que l'on a fournie, à savoir que le parasite est difficile à trouver parce qu'il se loge très profondément dans la peau, n'est pas acceptable pour notre malade; en effet, la lésion a cédé à des

applications superficielles de teinture d'iode ; or il n'est guère vraisemblable que ce traitement eût suffi à détruire un parasite profondément enfoncé dans le derme.

Contracture syphilitique secondaire du cubital antérieur.

Par M. AUDRY.

A propos d'une observation de contracture syphilitique secondaire du biceps présentée à la Société (6 juin 1901), j'ai émis l'opinion que les accidents de ce genre relevaient probablement de l'hystérosyphilis, et non d'une myosite. Voici une brève observation où la même interprétation semble encore plausible ; elle offre en plus cette particularité que la myosalgie affectait un siège exceptionnel.

X..., Agé de 19 ans, garçon boucher, père inconnu ; mère morte tuberculeuse ; bien portant et bien nourri. Depuis son enfance, le malade a toujours été très excitable ; il lui arrive souvent d'avoir des « crises de nerfs » ; c'est-à-dire qu'il éprouve des vertiges et parfois tombe ; mais jamais il ne perd connaissance, ne crie, n'urine sous lui, ou ne se mord la langue. Ces crises surviennent soit spontanément, soit sous l'influence de contrariétés, soit à la suite d'éternuements. Il est sobre.

Il contracte un chancre syphilitique en fin septembre 1903. Nous le voyons le 15 octobre suivant. Traitement spécifique pilulaire, le malade n'en voulant pas d'autre, et le faisant régulièrement. La syphilis évolue très simplement.

Le 7 décembre, il vient nous voir, en excellent état au point de vue de la peau et des muqueuses. Il y a 8 jours, à son réveil, le malade s'aperçut qu'il remuait l'avant-bras et la main gauche avec une grande difficulté, chaque mouvement de supination de l'avant-bras et chaque effort de la main réveillant une vive douleur dans le côté interne du membre. Au bout de deux jours, cessation de ces phénomènes ; mais ils se manifestent aussitôt du côté gauche. Comme, après 5 jours, ils persistent, et que le malade ne peut exécuter aucun travail de ce côté, il vient nous trouver.

Nous constatons facilement que la douleur est localisée dans les masses musculaires antéro-internes de l'avant-bras droit, que cette douleur est nulle à la pression, nulle au repos, très vive aussitôt que le malade essaie de faire un mouvement de supination. Enfin, on sent aisément la tension du tendon du cubital antérieur qui se manifeste aussitôt que le malade tente le mouvement. Cette tension, cette augmentation de consistance se perçoivent facilement tout le long du corps du muscle.

Le malade entre à l'hôpital, et nous décidons de lui faire, le lendemain, une injection d'eau stérilisée dans le muscle afin d'imiter la conduite qui nous avait si bien réussi chez un sujet dont j'ai parlé tout à l'heure, — et aussi chez un autre dont M. Bodin a récemment entretenu la Société (avril 1903).

Mais, le lendemain, tous les accidents ont disparu !

L'examen du malade n'indique ni anesthésie, ni hyperesthésie. Une seule anomalie, de peu d'importance : abolition du réflexe pharyngien. Champ

visuel régulièrement et notablement rétréci, mais sans inversion des couleurs.

Dans les urines, traces d'albumine.

Hypertrophie légère des cornets inférieurs.

Il est un peu hasardeux de parler d'hystérie chez ce malade. Toutefois, les « crises de nerfs » dont il parle en font au moins un nerveux. Il paraît très plausible d'attribuer au déséquilibre nerveux un rôle dans la pathogénie de cette contracture douloureuse à marche si capricieuse.

Alopécie cicatricielle due au vésicatoire.

Par M. AUDRY.

X..., âgé de 75 ans, vient à la polyclinique pour une dermatite provoquée par les antiseptiques et les bains employés dans le traitement d'un phlegmon de la main gauche.

Cet homme présente une calvitie vulgaire assez avancée du sinciput ; mais toute la région occipito-temporale est recouverte d'une chevelure grise, longue et serrée. En soulevant les boucles qui recouvrent le cou, j'aperçois une zone d'alopécie absolue en arrière de l'oreille gauche. Elle s'étend, au-dessus de la mastoïde, sur une hauteur de 0,06, sur une longueur antéro-postérieure de 0,08. Elle est régulièrement ellipsoïde, à bords très nets. La peau y est absolument glabre, blanche, fine, mobile, lisse ; elle se ride si on la presse latéralement. A première vue, on croirait avoir affaire à une plaque de pelade. A droite, lésion identique.

Le malade nous apprend que cette alopécie date de l'âge de 5 ans. A ce moment, pour des motifs qu'il ignore, on lui mit un ou plusieurs vésicatoires en arrière de chaque oreille. Le malade se souvient fort bien que ces vésicatoires furent « entretenus » pendant au moins un an. Depuis lors, les cheveux n'y ont jamais repoussé.

Ce petit fait a quelque intérêt parce qu'il engagera peut-être à user avec prudence du vésicatoire au niveau du cuir chevelu. Quant à la cicatrice même, la mobilité de l'épiderme aminci et décoloré sur le derme lui donnait un aspect assez différent de celui des alopécies cicatricielles ordinaires. Enfin la netteté des bords, la régularité des contours, la symétrie exacte des deux lésions achevaient d'en faire une anomalie tout à fait inaccoutumée.

Le calomel en suspension dans l'eau distillée.

Par M. PETRINI DE GALATZ.

Dans la séance du 5 novembre 1903, mon excellent collègue le Dr Barthélemy a bien voulu présenter à l'honorable compagnie un échantillon de calomel en suspension dans l'eau distillée stérilisée,

que je lui ai adressé pour le soumettre à votre appréciation et aux membres présents à la dite séance.

Certes, je savais que M. le D^r Barthélemy préfère l'huile grise ; aussi dans cette même séance, profitant de la présentation d'un cas de M. le D^r Du Castel qui avait employé le calomel à son malade, il n'a pas omis de dire qu'avec quelques injections d'huile grise et de l'iodure on arriverait plus rapidement à la guérison.

Par conséquent, si j'ai prié mon excellent collègue le D^r Barthélemy de présenter ma communication et ledit échantillon, c'est pour le montrer à la Société, afin que les partisans du calomel en prennent connaissance. Mais le D^r Lévy-Bing, partisan aussi de l'huile grise, qui suit, paraît il, le service de M. Barthélemy, a émis sur l'échantillon en question quelques objections auxquelles je suis obligé de répondre.

Il suppose que du moment que je me suis servi du mot « émulsion », il entre autre chose que du calomel dans ce mélange.

Puisque celui-ci n'est pas une solution, et même avec le calomel dans l'huile on n'en obtient pas davantage, je crois qu'on peut se servir du mot *émulsion* sans croire par là qu'on a ajouté une émulsion d'amandes, et le mot ÉMULSION remplace le mot *en suspension dans l'eau*, ce dernier étant plus long.

M. le D^r Lévy dit que le calomel à véhicule purement aqueux lui a paru inutilisable, il tomberait immédiatement au fond du récipient. Oui, cela peut arriver lorsqu'on ne procède pas comme j'ai l'habitude de le recommander à mon pharmacien.

Voici comment on doit faire cette émulsion, ou ce mélange si on veut bien : On prend du calomel à la vapeur finement pulvérisé, lavé à l'alcool bouillant, une quantité voulue, et une fiole d'eau stérilisée par l'ébullition, qu'on laisse refroidir, toujours une quantité déterminée, pour obtenir le calomel en suspension dans cette eau, à raison de 6 centigrammes par centimètre cube (soit 20 grammes d'eau et 1 gramme 20 centigrammes de calomel).

D'autre part, on prend un grand mortier nouveau dans lequel on va piler le calomel avec l'eau. On met le calomel dans le mortier par très petite quantité, et l'on verse dessus un peu de l'eau de la fiole, en triturant finement, énergiquement ce mélange avec le pilon. On continue ainsi jusqu'à ce que la quantité de calomel et d'eau de la fiole soit épuisée.

On obtient de la sorte un mélange lactescent, homogène qui ressemble à une émulsion d'amandes. On ajoute ensuite de la cocaine bien pulvérisée à raison de 5 milligrammes par centimètre cube du mélange ainsi préparé. Celui-ci passe très facilement par les aiguilles fines, et si avant de prendre de ce mélange, qu'on garde dans une fiole stérilisée bouchée à l'émeri, on agit énergiquement la fiole, il ne dépose pas ni dans la seringue, ni dans l'aiguille.

Enfin je dirai pour terminer que, ainsi que je l'ai montré dans mon travail paru dans le compte rendu du Congrès de Dermatologie, tenu à Paris en 1900, avec ce mélange on évite les accidents signalés avec le calomel dans l'huile ainsi que les nodosités.

Les résultats obtenus sont ceux que donne régulièrement le calomel en injections, c'est-à-dire excellents.

**Présentation d'instrument : Scarificateur multiple
à seize lames, stérilisables.**

Par M. Brocq.

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Chazal et au mien, un scarificateur multiple à seize lames que l'on peut net-



FIG. 4.

toyer et stériliser avec la plus grande facilité. Montées sur un pivot commun, les seize lames sont indépendantes. Leur longueur respective est graduée de telle façon que leur partie libre au delà des ailettes protectrices latérales augmente légèrement de la périphérie au centre, disposition indispensable pour que chacune d'elles pénètre dans les tissus à la même profondeur. Enfin une vis placée à la base de l'instrument permet d'augmenter ou de diminuer à volonté la

longueur de la partie libre, ou active, des lames, suivant que l'on veut agir plus ou moins profondément sur les tissus.

On peut, avec cet instrument, couvrir en quelques instants d'incisions linéaires quadrillées de très vastes espaces. Il ne faut pas plus de quelques secondes pour scarifier tout un nez, une ou deux minutes à peine pour scarifier le nez et les joues. Il nous rend de grands services dans le traitement des couperoses, des télangiectasies, des lupus érythémateux superficiels, des eczémas nummulaires, des séborrhéides rebelles, des prurits circonscrits avec ou sans lichénification. Toutefois nous ne conseillons pas de s'en servir lorsque les téguments sont indurés, car les lames s'altèrent rapidement dans ce cas.

Certes il paraîtra peut-être à quelques médecins n'être qu'un anachronisme, alors que la photothérapie et la radiothérapie, les effluves de haute fréquence, etc., sont actuellement en honneur et constituent des moyens de traitement plus élégants pour la plupart des dermatoses que je viens d'énumérer : je crois cependant qu'il a sa grande utilité, car il agit *autrement* que les méthodes précédentes et il est beaucoup plus qu'elles à la portée de la grande masse des praticiens.

Le secrétaire,

P. DÉHU.

www.libtool.com.cn

SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1904

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrage offert à la Société. — Stomatite aphteuse ou herpétique, par MM. GASTOU et CHOMPRET. (Discussion : M. DARIER.) — Inclusion dentaire simulant une gomme syphilitique du maxillaire, par MM. GASTOU et CHOMPRET. — Mycosis fongoïde traité par la radiothérapie, par MM. BROCCQ, BISSÉRIÉ et BELOT. (Discussion : MM. LEREDDE, BISSÉRIÉ.) — Chancres mou de la lèvre inférieure, par MM. DARIER et ROUSSY. (Discussion : MM. LENGLET, DARIER, FOURNIER.) — Un cas de tumeurs bénignes multiples (sarcoïdes sous-cutanées ou tuberculides nodulaires hypodermiques), par MM. DARIER et ROUSSY. (Discussion : MM. LEREDDE, MOTY, HALLOPEAU.) — Dégénérescence épithéliomateuse d'une loupe, par MM. GAUCHER et PARIS. — Gommès de l'urèthre et des corps caverneux, par MM. GAUCHER et ROSTAINE. — Sur une poussée aiguë de lèpre dans les gaines tendineuses de l'avant-bras gauche, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD. (Discussion : MM. DANLOS, HALLOPEAU.) — Sur un cas de lichen plan buccal, par MM. HALLOPEAU et FRANÇOIS DAINVILLE. — Hidradénome probable, par M. SÉE. — Hérédo-syphilis tardive et hérédo-syphilis de seconde génération, par M. EDMOND FOURNIER. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Note sur les manifestations cutanées de l'appendicite, par M. MOTY. — Teignes tondantes traitées par la radiothérapie, par M. SABOURAUD. — Deux cas d'ulcérations tuberculeuses de la langue, par M. DANLOS. (Discussion : MM. DU CASTEL, FOURNIER.) — Psorosperme folliculaire végétante, par MM. DANLOS et DOBROVICI. (Discussion : MM. DARIER, DANLOS, LEREDDE, BROCCQ.) — Nouveau cas de kératodermie dans la maladie de Dühring, par M. DANLOS. — Érythrodermie exfoliante due à l'absorption de pilules de protoiodure de mercure; recherche du mercure dans les squames, par MM. BALZER, DUGHOS et FOCQUET. (Discussion : MM. FOURNIER, GALIPPE, HALLOPEAU, SPILLMANN, BAUDOUIN, BALZER.) — Parapsoriasis en plaques, par M. DUBREUILH. — Sur un signe de diagnostic des épithéliomas des régions pileuses, par M. AUDRY. — Lupus érythémateux à début bulleux, par M. AUDRY.

Ouvrage offert à la Société.

SABOURAUD. — I. *Maladies du cuir chevelu*. II. *Maladies desquamatives*, Paris, 1904.

Stomatite aphteuse ou herpétique.

Par MM. GASTOU et CHOMPRET.

Notre confrère, le Dr Barreyre, nous amène à l'hôpital Saint-Louis trois enfants présentant de la stomatite : ce sont trois frères âgés de 10 ans, 7 ans et demi et 17 mois, qui en moins de quinze

jours ont été atteints successivement de la même affection dont vous pourrez encore aujourd'hui constater tous les stades. Le début fut brusque, de la fièvre avec céphalée, et de la congestion intense de toute la bouche. Dès le lendemain, éruption vésiculeuse devenant rapidement pustuleuse; puis des ulcérations à bords taillés à pic et tranchant en rouge sur la teinte foncée de la muqueuse voisine. Ces lésions sont disséminées par groupes dans toute la bouche, mais spécialement sur la lèvre inférieure et sur la langue: elles sont fort douloureuses et rendent l'alimentation presque impossible. Notons de l'adénite cervicale très marquée.

L'aîné des fils, atteint il y a 15 jours, est presque guéri; le plus jeune, malade depuis 8 jours, est en pleine poussée de vésico-pustules buccales avec quelques points d'herpès sur le visage; le second enfant, atteint depuis 5 jours, a non seulement des lésions aphteuses, mais de la gingivite ulcéro-membraneuse au maxillaire supérieur au niveau de ses incisives permanentes et de quelques chicots de dents temporaires.

L'examen bactériologique direct a montré dans les trois cas des staphylocoques, des bâtonnets et des spirilles. — Les cultures sur gélose ont donné pour les trois enfants des staphylocoques blancs.

Quelle étiologie admettre pour ces trois cas de stomatite aphteuse? Ces enfants, fort bien portants, ne boivent point tous de même lait et le premier et le dernier qui furent atteints, l'aîné et le cadet, n'en boivent point du tout. Il est vrai qu'ainsi que son frère cadet, il fréquente une école à Belleville, et le jeune élève nous raconte que nombre de ses camarades présentent comme lui et son frère des boutons sur les lèvres et dans la bouche. Nous n'avons pas eu le loisir jusqu'ici de contrôler son dire, et cependant il serait intéressant d'établir de ce fait la contagion de la stomatite aphteuse. Notons que nos deux aînés, demi-pensionnaires, déjeunent à l'école et peuvent se servir des ustensiles de table de camarades infectés, c'est encore de la même façon, ou par des baisers que, rentrés à la maison, ils auraient pu contagionner leur jeune frère.

M. DARIER. — Les lésions que l'on observe en ce moment chez ces enfants répondent à ce que l'on décrit généralement sous le nom de stomatite impétigineuse. On réserve la dénomination d'herpès buccal à une éruption de vésicules disposées par groupes, non auto-inoculables, coïncidant d'ordinaire avec un herpès cutané. L'impétigo est essentiellement auto-inoculable et coïncide ordinairement avec l'impétigo de la peau. L'aphte répond à une érosion assez creuse, entourée d'une petite aréole rouge, très douloureuse; les éléments sont isolés, évoluent individuellement et apparaissent par poussées successives; il ne se produit pas sur la peau et nous sommes encore mal renseignés sur sa nature.

www.libtool.com.cn

Inclusion dentaire simulant une gomme syphilitique du maxillaire.

PAR MM. GASTOU et CHOMPRET.

M. Ch..., âgé de 40 ans, homme très robuste, ne souffrant que de vagues manifestations d'arthritisme, contracta la syphilis il y a 10 ans; chancre sur la verge, roséole trois semaines plus tard, plaques muqueuses buccales vers le huitième mois, voilà les seuls accidents spécifiques constatés par le malade. Il s'est admirablement soigné dès le premier jour et il nous assure qu'il a pris en 10 ans plus de 2 500 pilules de proto-iodure dosées à 0 gr. 05, sans compter l'iodure de potassium. Il parut d'ailleurs se trouver fort bien de ce traitement et se maria au bout de 5 ans de soins; il a aujourd'hui deux enfants, un de trois ans et demi et l'autre de dix-huit mois, qui se portent à merveille.

Grand fut l'émoi du malade quand en octobre dernier, à la suite d'une période de traitement, il s'aperçut que l'inflammation de la bouche qui, chez lui, accompagne toujours la prise du mercure, ne cédait point et que, bien au contraire, dans la région de la fosse canine droite il se formait une sorte de tumeur qui, d'abord dure, semblait donner bientôt la sensation d'une résistance parcheminée. Les dents voisines étaient saines et non douloureuses à la pression.

Le diagnostic de gomme syphilitique semblait alors probable, et c'est ce qui effrayait le malade. En novembre, sans douleur, sans battements, sans phénomènes morbides spéciaux, la tumeur s'ouvrit spontanément dans le vestibule buccal et donna émission pendant 4 à 5 jours à des matières caséuses ressemblant, dit M. Ch..., à du poisson cuit, de consistance molle et d'odeur forte.

C'est à ce moment que le Dr Gastou fut consulté; sondant la fistule qui s'ouvrait sur la muqueuse gingivale congestionnée, notre confrère rencontra une surface dure qui lui fit penser à de la nécrose du maxillaire. Ce n'était point une gomme syphilitique, mais c'était peut-être une nécrose osseuse chez un malade intoxiqué par le mercure. Un doute restant dans l'esprit de notre ami Gastou, celui-ci nous adressa le malade.

Ce qui me frappa dès l'abord, ce fut l'absence de la canine supérieure droite. Qu'était devenue cette dent? Le malade me raconta que cette dent, plus petite que les autres, s'était brisée spontanément il y a 4 ans et qu'il l'avait fait enlever à ce moment-là; sa racine était très courte. D'après ce dire, nous pouvions conclure qu'il s'était agi d'une dent de lait ayant persisté jusqu'à l'âge de 36 ans, et immédiatement nous songeâmes à un kyste en rapport avec la canine permanente n'ayant point fait éruption et restée incluse dans le maxillaire.

Par l'orifice fistulaire qui s'ouvre un peu au-dessus de la ligne des collets des dents, dans la fosse canine, on rencontre facilement avec un stylet une surface dure et lisse ne ressemblant en rien à un os nécrosé mais donnant absolument la sensation d'une dent. Pour plus de sûreté, je fis faire par M. Vaillant, de l'hôpital de Lariboisière, une radiographie du maxillaire qui est fort bien réussie et confirme notre diagnostic.

Comme conclusion de cette observation, je dirai qu'il ne faut pas

toujours voir la syphilis chez les syphilitiques et que, selon la recommandation de Tillaux, il faut toujours songer à l'origine dentaire lorsqu'il s'agit d'affections buccales ou péri-buccales.

Mycosis fongoïde traité par la radiothérapie.

Par MM. BROCO, BISSÉRIÉ et BELOT.

Nous nous bornons aujourd'hui à présenter cette malade, atteinte de mycosis fongoïde, car son observation complète doit être publiée dans la thèse de M. Belot, que nous ne voulons pas déflorer.

Cette femme est venue du Canada à Paris pour se faire soigner. Son affection avait débuté il y a 12 ans. Il y a 2 ans on lui avait déjà excisé à Montréal deux volumineuses tumeurs de la face. Elle est entrée dans notre service le 20 mai 1903. Après avoir essayé avec des résultats assez discutables les injections de cacodylate de soude à hautes doses et les applications de pommades à l'acide pyrogallique, les seules qui nous aient ici donné quelques succès, nous avons eu enfin l'idée, le 24 juillet, pour calmer ses atroces démangeaisons et faire résorber les tumeurs, de la soumettre à l'action de la radiothérapie, sans connaître à cette époque les succès relatifs que l'on avait déjà obtenus à l'étranger par cette méthode dans cette terrible affection. Le résultat a dépassé notre attente. L'examen de ces deux photographies, l'une prise au début de cette médication, l'autre à l'heure actuelle, vous permettra de vous rendre compte de l'amélioration obtenue. La malade n'est plus reconnaissable. Les démangeaisons ont été calmées.

Certes nous savons que l'on peut observer des régressions spontanées des tumeurs et des arrêts également spontanés dans l'évolution du mycosis fongoïde; mais ces régressions et ces arrêts n'ont jamais la marche régulière et ne revêtent jamais les allures franches d'évolution vers la guérison que l'on constate chez cette malade. Ajoutons, pour entraîner la conviction de ceux qui conserveraient quelque scepticisme, que ces effets ont toujours été ici consécutifs aux séances de radiothérapie.

De tous les résultats que nous avons déjà obtenus avec les rayons X, ceux-ci nous paraissent être les plus remarquables, et, disons le mot, les plus consolants pour l'avenir. Certes nous savons que ce merveilleux agent thérapeutique peut faire disparaître les épithéliomes superficiels, beaucoup d'autres néoplasies épithéliales (et disons à ce sujet que les résultats que nous vous avons présentés en novembre se sont confirmés et multipliés à notre policlinique de Broca), mais enfin on pouvait, avant l'introduction des rayons X en thérapeutique, guérir les épithéliomes superficiels par l'ablation chirurgicale ou par d'autres méthodes; le mycosis fongoïde restait

au-dessus des ressources de la thérapeutique. Nous sommes donc tout particulièrement heureux de pouvoir vous présenter ce cas : certes cette femme ne peut être considérée comme guérie, et nous aurions voulu pouvoir continuer encore le traitement pendant quelques mois pour vous la présenter complètement indemne de toute manifestation morbide : mais elle veut regagner son pays, et nous avons eu la main forcée. Telle qu'elle est, elle nous paraît mériter toute votre attention.

Il semble donc que les néoplasies de cet ordre, comme les sarcomes de la peau, soient modifiables par les rayons Röntgen. Nous ne voulons pas anticiper sur des communications ultérieures. Disons cependant que dans deux cas de tumeurs sarcomateuses volumineuses du dos trois applications de radiothérapie ont suffi pour faire fondre en quelque sorte les néoplasies.

M. LEREDDE. — Cette observation est très intéressante. J'ajouterai que les rayons X ont une action analgésique remarquable. Ainsi, quand on traite les épithéliomas par la radiothérapie, les douleurs cessent dès les premières séances, avant que l'épithélioma ait encore commencé à régesser.

M. BISSÉRIÉ. — J'ai été également frappé de l'action analgésique des rayons X. J'ai traité par la radiothérapie des plaques hyperesthésiques et 7 ou 8 cas de névrite douloureuse, et j'ai vu les douleurs disparaître après quelques séances.

Chancre mou de la lèvre inférieure.

Par MM. J. DARIER et G. ROUSSY.

La malade que nous présentons vient d'être atteinte d'un ulcère térébrant de la lèvre inférieure encore imparfaitement guéri, ulcère dont le siège, les caractères objectifs et le mode d'évolution ont rendu le diagnostic délicat et nous ont amené à pousser très à fond nos investigations pour en établir la nature exacte.

Le moulage que voici, exécuté le 13 janvier par M. Baretta, donne une bonne idée de l'aspect qu'offrait la lésion à son acmé.

M^{me} L..., ménagère, s'est présentée à la consultation dermatologique de la Pitié le 8 janvier 1904. C'est une femme de taille moyenne, en pleine santé.

Il y a trois semaines, nous dit-elle, apparut sur la face cutanée de la lèvre inférieure un petit bouton qui, par suite de grattage, se recouvrit de croûtes ; celles-ci tombèrent en laissant au-dessous d'elles une petite ulcération qui grandit peu à peu pour atteindre les dimensions qu'elle présentait le jour où nous la vîmes pour la première fois.

On remarquait, en effet, sur la lèvre inférieure, à gauche de la ligne médiane, une ulcération de la grandeur d'une pièce d'un franc s'étendant

du sillonnement labial jusqu'au bord rouge qu'elle entame légèrement. Elle est de forme parfaitement ronde; les bords sont « en talus » élevés, mais non décollés, entourés périphériquement d'une auréole rouge large de 3 millimètres; le versant interne de l'ulcère est granuleux, suppurant; le fond anfractueux, inégal et vermoulu, est rempli de pus jaune, verdâtre. On note, en outre, un gonflement diffus de la lèvre, mais à la palpation on peut se rendre compte que l'ulcère ne repose sur aucune néoplasie ou induration si minime qu'elle soit, que sa base est parfaitement souple et seulement légèrement œdémateuse.

La douleur est insignifiante même à la pression.

Les ganglions sous-maxillaires sont normaux, mais, dans la région sus-hyoïdienne à gauche, existe un ganglion un peu volumineux, indolore.

En dehors de cette ulcération unique de la face pour laquelle la malade vient consulter, on ne remarque chez elle que quelques lésions d'ordre banal.

1° Un très mauvais état de la dentition; de nombreuses petites ulcérations couvrent le rebord alvéolaire des gencives; les dents sont presque toutes cariées, effondrées, réduites à l'état de chicots informes.

2° Sur l'index et le pouce de la main gauche deux vésico-pustules larges et flasques offrant tous les caractères de l'impétigo de Tilbury-Fox et consécutives à des morsures de chien.

3° De la séborrhée grasse du cuir chevelu qui est inculte et couvert d'un épais enduit jaunâtre.

Les jours suivants l'ulcère s'agrandit encore, les bords ont une légère tendance à l'éversion, le fond se creuse et atteint la couche musculaire, mais la circonférence reste parfaitement ronde et régulière: le 12 janvier, à un demi-centimètre du bord de l'ulcère, du côté de la ligne médiane, apparaissent deux petites pustules superficielles à pus jaune qu'on voit sur le moulage et qui ont guéri rapidement.

Ce même jour on pratiqua une inoculation du pus de l'ulcère principal au bras gauche. Après 48 heures on trouvait *in situ* une petite ulcération de 2 millimètres, superficielle, n'entamant pas le derme et reposant sur une élévation rosée de la grandeur d'une pièce d'un franc. Cette lésion inoculée a, elle aussi, guéri spontanément en trois jours.

Le pus de l'ulcère examiné en frottis sur lame, nous a montré la présence de nombreux cocci et celle de bacilles allongés, effilés à leurs extrémités, disposés le plus souvent deux à deux à la suite l'un de l'autre, ne prenant pas le Gram et rappelant le bacille de Ducrey-Unna; la plupart de ces bacilles sont extra-cellulaires, mais on en trouve quelques-uns dans les leucocytes. La culture faite quelques jours après suivant la méthode de MM. Bezançon et Griffon, sur sang gélosé, ne donna que du streptocoque et du staphylocoque, mais la malade avait déjà été soumise au traitement par le nitrate d'argent et, dans le pus prélevé le jour de la culture, nous n'avons pas pu retrouver de bacilles de Ducrey.

Les renseignements étiologiques ne nous ont fourni aucune explication susceptible de concourir à éclairer le diagnostic; on ne trouve aucune lésion semblable des organes génitaux, on ne recueille aucun renseignement précis sur la possibilité de contagion conjugale ou extra-conjugale.

M^{me} L... est, avons-nous vu, en parfait état de santé et l'examen des différents appareils pulmonaire, cardiaque, etc., ne présente rien d'anormal à signaler.

Réglée depuis l'âge de 15 ans, la malade est bien réglée depuis; pas mariée, elle a eu une seule grossesse avec accouchement à terme d'un enfant mort.

Dans son enfance elle a eu la rougeole et la coqueluche et de l'impétigo du cuir chevelu, avec adénite cervicale suppurée, dont il reste aujourd'hui une cicatrice dans le creux sus-claviculaire gauche.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant âgé de 78 ans. Mère morte à 41 ans, un frère mort alcoolique à 40 ans, un demi-frère bien portant.

Discussion du diagnostic. — En présence de cette ulcération absolument ronde, unique, on pouvait à distance et au premier abord, songer au *chancre syphilitique*, mais nous avons ici un fond creusé, anfractueux, vermoulu, suppurant abondamment sans induration de base et sans adénopathie caractéristique, ce qui permet d'écartier d'emblée cette première hypothèse.

On ne pouvait songer davantage à une *gomme syphilitique*, puisque nous avons non pas une néoplasie qui s'était secondairement ulcérée, mais une petite lésion boutonneuse et superficielle au début s'étant ulcérée, agrandie et creusée dans la suite.

La marche si rapide, la forme régulière, l'absence de toute trace d'induration excluaient également la *syphilide tertiaire* ulcéreuse.

Contre la possibilité d'un *ulcère tuberculeux* nous invoquerons de même l'évolution hâtive de la lésion, sa configuration régulière et l'absence complète de symptômes pulmonaires.

Le diagnostic d'*ecthyma térébrant* est bien peu satisfaisant en présence d'un état général excellent et d'une ulcération restée unique; les deux efflorescences voisines ont guéri rapidement sans traitement, ainsi que les lésions impétigineuses de la main.

Nous arrivons ainsi par élimination à nous arrêter au diagnostic de chancre simple de la lèvre inférieure en faveur duquel plaident les caractères objectifs (ulcération creuse à fond irrégulier, suppurant abondamment avec souplesse de base) et l'évolution rapide et progressive; ajoutons à ces données cliniques le fait de la présence de bacilles allongés en navette trouvés dans le pus. Il faut cependant convenir que ce diagnostic est passible de quelques objections: absence d'étiologie connue ou de source avouée de contagion; évolution fugace des deux éléments accessoires du menton nés spontanément et disparus de même, absence d'ulcération vraie de l'inoculation au bras, bien qu'on n'eût fait auparavant qu'une seule application d'eau oxygénée. Enfin, résultat négatif de la culture.

Toutefois, ces arguments contraires perdent de leur valeur si l'on considère que les auto-inoculations spontanées et expérimentales

ont eu lieu à la fin de la quatrième semaine de l'évolution du mal, la tentative de culture un mois après le début

On sait de longue date que le chancre simple ne trouve au visage qu'un terrain peu favorable à son développement, que souvent il ne s'y fixe que difficilement et s'y éteint d'une façon relativement hâtive. Il est même remarquable qu'on n'ait pu prendre dans le cas actuel des dimensions pareilles.

Nous pensons donc que malgré ces lacunes de notre observation, cet ulcère térébrant est *bien indubitablement un chancre mou de la lèvre*.

Dans le tableau des cas de chancres mous céphaliques que contient le traité des maladies vénériennes de Jullien, on en relève sur une soixantaine 5 ou 6 qui siégeaient à la lèvre et relevaient d'une inoculation accidentelle. Ils sont dus à Diday, A. Fournier, Rillet et Venot. Il nous a paru intéressant de vous présenter notre malade et utile d'enrichir notre musée d'une pièce rare.

M. DARIER. — On peut admettre que si la culture et l'inoculation ont échoué, c'est que celles-ci ont été faites à une période tardive ; d'autant que la face est un mauvais terrain pour l'évolution du chancre mou.

M. FOURNIER. — Je ne nie pas qu'il s'agisse d'un chancre mou ; mais je ne crois guère à ce diagnostic, je l'avoue. Je suis surpris en effet que ce chancre simple, encore en pleine activité, inoculé à la région deltoïdienne, n'ait pas reproduit un chancre simple. Des expériences entreprises autrefois dans le service de Ricord, puis longtemps poursuivies dans le mien, ont en effet montré que le chancre simple est inoculable jusque dans ses dernières périodes, même quand il est *expirant*, comme disait Ricord.

M. LENGLET. — Le résultat négatif de l'inoculation et de la culture n'infirmes pas le diagnostic du chancre mou. La culture du strepto-bacille peut manquer sur des milieux qui lui sont favorables, l'inoculation ne se produit pas toujours à coup sûr. Il ne faut pas dire qu'une ulcération n'est pas un chancre mou parce que ces deux preuves manquent. L'examen microscopique direct suffit le plus souvent à démontrer la nature chancreuse d'une ulcération quand on a une habitude suffisante de la morphologie du strepto-bacille.

Un cas de tumeurs bénignes multiples (sarcoïdes sous-cutanées ou tuberculides nodulaires hypodermiques).

Par MM. DARIER et ROUSSY.

Voici une malade qui porte un certain nombre de tumeurs dont il nous a paru impossible de diagnostiquer la nature avec les seules ressources de la clinique. La biopsie nous a permis de reconnaître que les néoplasies en question ont une structure curieuse et très

caractéristique et d'identifier ce cas avec quelques autres qu'il nous avait été donné d'observer auparavant.

Nous croyons donc qu'il y a là un *typha morbide spécial* sur lequel il est intéressant d'attirer l'attention.

M^{me} R..., tapissière, âgée de 36 ans, nous est adressée, à la polyclinique dermatologique de la Pitié, par M. le D^r Rénon. On est en présence d'une femme de forte constitution, de grande taille, légèrement obèse, qui vient consulter pour des tumeurs sous-cutanées multiples et dont la peau, de teinte blanc rosé, est faiblement séborrhéique; au niveau des membres supérieurs on note de la kératose pileaire; nulle part enfin on ne trouve de *nævus*.

Il y a deux ans, tout à fait par hasard, en faisant sa toilette, la malade a remarqué la première petite tumeur, au niveau du bord supéro-externe du trapèze droit, développée spontanément sans aucun traumatisme. Cette tumeur était tout à fait indolore ainsi que celles qui se développèrent deux mois après, au niveau du flanc gauche et de l'épaule droite.

Ces tumeurs siègent donc en différentes régions du corps; on en trouve une au niveau du bord antéro-externe du trapèze droit; deux sur la partie antérieure de l'épaule droite, à un travers de doigt au-dessous de l'apophyse coracoïde; enfin quatre au niveau du flanc gauche correspondant aux 5^e, 6^e et 7^e espaces intercostaux.

A l'inspection on ne voit aucune saillie appréciable, la peau qui les recouvre est légèrement bleutée, lilacée, mais nulle part le réseau veineux superficiel n'est dilaté.

A la palpation on décèle la présence de néoformations hypodermiques de volume variant d'une noisette à une grosse noix; les tumeurs du flanc sont allongées, parallèles aux espaces intercostaux. Le pourtour de ces nodosités est difficile à délimiter, les unes sont arrondies, d'autres effilées et atteignent une longueur de 4 à 5 centimètres. Leur consistance est dure, leur forme irrégulière, présentant des saillies et des dépressions; la peau est impossible à mobiliser sur elles et donne l'aspect granité de la peau d'orange; par contre, on les fait facilement glisser et mouvoir sur les plans sous-jacents.

Ces tumeurs sous-cutanées sont absolument indolores spontanément; à la pression et dans certains mouvements elles sont parfois sensibles et gênent la malade, ceci principalement après une journée de fatigue.

Sous l'aisselle gauche, on trouve un ganglion gros comme un haricot, roulant sous le doigt et appartenant au groupe interne; à droite, de même un petit ganglion dans le fond de l'aisselle; les ganglions cervicaux postérieurs, latéraux et sous-maxillaires sont normaux ainsi que les épitrochléens. Légère adénopathie multiple dans l'aîne gauche.

Le diagnostic objectif étant loin d'être facile à établir, nous avons recherché avec soin les lésions viscérales, les troubles fonctionnels de l'état général et quillé les antécédents héréditaires et personnels de notre malade.

Antécédents héréditaires. — Père mort de cancer ou d'actinomycose. Mère morte bacillaire après un an de maladie.

Quatre frères dont un décédé au service militaire.

Deux sœurs dont une est morte en couches.

Antécédents personnels. — Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans et demi, M^{me} R... s'est mariée une première fois à 15 ans et demi; devenue veuve, elle se remarie à 26 ans. Elle a, de son second mariage, trois enfants dont le cadet toussé facilement depuis l'âge de 2 ans.

Le mari souffre d'une laryngite chronique, il a des antécédents nettement bacillaires.

Dans son enfance notre malade a eu diverses affections dont elle ne se souvient plus; à 7 ou 8 ans elle fit une fluxion de poitrine(?); enfin à 10 ans une adénite sous-maxillaire gauche suppurée dont on voit encore la cicatrice aujourd'hui.

On ne retrouve aucune trace d'intoxication chez notre malade et l'examen des différents appareils digestifs, respiratoires, circulatoires, etc., ne présente rien à signaler.

Il était impossible à l'aide des données qui précèdent de reconnaître la nature exacte de ces tumeurs. On aurait pu penser à des tumeurs bénignes de l'ordre des fibromes durs sous-cutanés ou des chéloïdes hypodermiques, mais aussi, en raison de la rapidité du développement et de la multiplication, à des tumeurs malignes du groupe des sarcomes ou lympho-sarcomes. Nous prîmes donc la résolution de demander à la biopsie un supplément d'informations.

Le 25 novembre 1903, une des tumeurs siégeant au-dessous de l'omoplate gauche fut incisée avec un lambeau de peau, après cocaïnisation interstitielle. Au cours de l'opération on remarqua que la tumeur avait une consistance scléreuse, une teinte grisâtre, qu'elle saignait fort peu et qu'elle adhérait intimement au derme. Trois points de suture furent placés sur la plaie qui cependant ne se réunit que lentement en laissant, comme on peut le voir, une cicatrice indurée.

Examen histologique. — Nos coupes ont porté sur différentes portions de la pièce.

La lésion consiste essentiellement en une néoplasie qui occupe l'hypoderme et envoie du côté du chorion des prolongements cylindriques qui suivent les vaisseaux communicants et englobent les glomérules sudoripares. Suivant les points, l'aspect du tissu pathologique et ses rapports avec les tissus normaux sont variables.

1^o Du côté de l'extrémité de la tumeur, dans ce qu'on peut considérer comme la zone d'envahissement, on trouve, au sein d'un tissu fibreux dense, des amas cellulaires bien circonscrits; leurs limites sont même si nettes qu'on les croirait compris dans des cavités préexistantes; cependant nulle part on n'aperçoit très distinctement un endothélium qui les circonscrirait. Ces amas sont tantôt ronds, ou ovalaires, ou encore plus souvent anguleux, en raquette, triangulaires ou polylobés. Dans un bon nombre d'entre eux se voit la coupe transversale ou oblique d'un vaisseau, artère

ou veine. Trois sortes d'éléments cellulaires les constituent : 1° des cellules épithélioïdes à grand noyau ovalaire faiblement coloré, à corps cellulaire abondant polygonal, à prolongements quelquefois ramifiés, à protoplasmas granuleux plus ou moins acidophiles ; 2° des lymphocytes ; 3° des cellules géantes nombreuses dont quelques-unes à peine plus grandes qu'une cellule épithélioïde ne contiennent que 2 noyaux, mais dont la plupart sont multinucléées et renferment jusqu'à 20 noyaux et plus. Tous ces éléments cellulaires sont en proportion des plus variables suivant les amas considérés.

C'est ainsi qu'on voit parfois un vaisseau central entouré de lymphocytes au milieu desquels est placé un groupe de cellules épithélioïdes ; ou bien un amas de cellules épithélioïdes comprenant une ou deux cellules géantes et entouré de lymphocytes reproduisant ainsi presque schématiquement l'aspect d'un follicule tuberculeux.

2° Dans la partie plus voisine du centre de la tumeur, l'infiltration est diffuse : dans une trame formée par des cellules conjonctives très grandes, fusiformes ou aplaties, sont parsemés au hasard des cellules épithélioïdes, des lymphocytes, des cellules géantes en proportion variant à chaque point observé.

Au sein de la masse néoplasique on découvre quelques foyers de nécrose incomplète ; ici, les noyaux sont plus pâles et plus rares et la trame est formée d'un feutrage de fibrilles acidophiles et parsemées de granulations acidophiles. On y trouve aussi des polynucléaires et des cellules en karyolyse, alors qu'il n'en existe nulle part ailleurs. Certains de ces foyers à centre nécrotique, sont formés de cellules épithélioïdes de 2, 3 cellules géantes rejetées sur les bords et d'un cercle périphérique d'éléments embryonnaires, ce qui reproduit encore tout à fait l'aspect du follicule tuberculeux.

Le tissu intermédiaire à tout cet infiltrat est représenté par le chorion normal dans la partie supérieure ; plus profondément, c'est du tissu fibreux adulte dont les faisceaux sont parfois moins larges que dans le chorion et qui remplace en grande partie le tissu adipeux ; en quelques points cependant on reconnaît encore vaguement la lobulation primitive de ce dernier ; il y a donc sclérose de l'hypoderme.

Ce tissu fibreux de néoformation est bien plus riche en cellules conjonctives que le chorion, et ces cellules ont un protoplasma plus abondant que normalement.

Les fibres élastiques sont partiellement conservées ; ailleurs, elles ont disparu.

Les vaisseaux, enfin, sont en général peu altérés. Parfois, comme on l'a vu, ils sont au centre ou latéralement au contact d'un amas cellulaire.

Nous avons rencontré cependant une artériole à parois très épaissies, infiltrées de cellules épithélioïdes, mais non thrombosée.

Les glandes sudoripares que l'on peut trouver plongent dans des lacunes étroites où subsistent quelques groupes de cellules adipeuses.

Enfin, la partie supérieure du chorion, le corps papillaire et l'épiderme sont normaux.

En résumé, il s'agit d'une néoplasie qui siège principalement et s'épanouit dans l'hypoderme où elle se substitue aux lobules adipeux ;

de là elle envoie des irradiations en divers sens et notamment en haut dans le chorion, en longeant les vaisseaux sanguins et peut-être en dilatant les vaisseaux lymphatiques qu'elle paraît remplir. Elle est composée d'amas de cellules lymphoïdes épithélioïdes et géantes constituant souvent des follicules dont il n'est pas rare de voir le centre subir une nécrose plus ou moins accentuée.

Cette structure reproduit absolument celle que l'on trouve dans les petites nodosités cutanées de la maladie que Boeck a décrite en 1899 et 1900 sous le nom de *sarcoïdes multiples bénignes de la peau* (1).

Chez notre malade, contrairement à ce qui s'observe dans les cas type de sarcoïde, il n'existe aucun nodule ou papule dermique; il n'y a pas de teinte rose jaunâtre et d'état translucide des tissus atteints, aucune mollesse, mais au contraire une dureté scléreuse de la néoplasie; enfin la disposition des éléments n'est pas symétrique, la face et les extrémités sont respectées.

Histologiquement, en revanche, l'identité est complète et nos tumeurs méritent le nom de *sarcoïdes sous-cutanées*.

Nul ne contestera, d'autre part, qu'il n'y ait une analogie frappante et extraordinaire, entre la constitution de ces sarcoïdes et celle des tissus tuberculeux; on y trouve, en effet, des « follicules tuberculeux » aussi complets et aussi schématiques que dans n'importe quel lupus ou tuberculose cutanée ou viscérale.

Nous avons eu soin, bien entendu, de pratiquer d'une façon minutieuse la recherche des bacilles de Koch dans plusieurs de nos coupes: le résultat a été négatif, ainsi du reste que celui de la recherche d'autres microorganismes. Nous n'avons pas pu faire d'inoculations expérimentales.

On remarquera que dans les antécédents héréditaires et personnels de la malade on trouve nettement de la tuberculose, mais combien elle est atténuée et peu vivace chez elle; son bel état de santé générale en témoigne aisément.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que l'étude des sarcoïdes sous-cutanées n'infirmes pas, bien au contraire, l'opinion que l'un de nous a soutenue et selon laquelle les sarcoïdes peuvent être considérées comme des tuberculides.

M. LEREDDE. — Il serait intéressant de rechercher si ces lésions réagissent à la tuberculine.

M. HALLOPEAU. — Je ferai remarquer que les tumeurs de ce malade ne ressemblent pas à celles que présentait celui que j'ai soumis à l'observation de la Société comme atteint de sarcoïdes de Boeck.

(1) C. BOECK. *Norsk Magazin*, nov. 1899; *Journal of cut. and genito-urin. diseases*, déc. 1899; *Festschrift Kaposi*, 1900.

M. MORRY. — J'ai écouté avec un grand intérêt les intéressants détails donnés par M. Darier sur la constitution des sarcoides cutanés, car j'ai observé à Lille, il y a cinq ou six ans, un cas du même genre qui m'avait laissé très hésitant. Il s'agissait d'un gendarme très robuste, de 30 à 35 ans, et qui portait sur divers points du corps des tumeurs sous-dermiques mobiles sur l'aponévrose sous-jacente. Après avoir soumis 15 jours le malade à l'arséniate de soude, j'enlevai toutes les tumeurs perceptibles, au nombre d'une dizaine, siégeant sur le dos, l'abdomen, les cuisses et s'énucléant très facilement. Elles étaient rondes, du volume d'un pois, petit ou gros, de couleur rouge assez vif et de consistance élastique. Toutes les incisions se sont réunies par première intention ; mais le malade n'a pas été suivi. Je rappelle surtout ce cas pour indiquer que ce genre de lésions n'est pas aussi rare qu'il le semble.

Dégénérescence épithéliomateuse d'une loupe.

Par MM. GAUCHER et PARIS.

Depuis vingt ans, M^{me} G... présentait dans la région dorsale, à peu près sur la ligne médiane, un kyste sébacé du volume d'un œuf de poule.

Cette loupe, qui était restée longtemps sans s'accroître notablement, présente depuis quatre mois une transformation totale de ses caractères : de bénigne, la tumeur est devenue maligne ; en un mot, elle a subi la dégénérescence épithéliomateuse.

En effet, à cette époque, la malade a commencé à éprouver des sensations d'abord prurigineuses, puis douloureuses à son niveau ; la tumeur a augmenté de volume et, enfin, il y a trois mois s'est ulcérée.

Actuellement, on trouve au niveau des apophyses épineuses des quatrième, cinquième et sixième vertèbres dorsales, une tumeur arrondie, mesurant environ 6 à 7 centimètres de diamètre. Cette tumeur présente, dans sa partie droite, une ulcération ovale, à grand axe vertical, dont le fond aufractueux est recouvert de sanie purulente ; ses bords, non décollés, sont constitués par un bourrelet rouge, saillant, très dur.

A la partie inférieure de la tumeur, on peut saisir le mode de début du processus ulcéreux : en ce point, existe une perte de substance de quelques millimètres, arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce. Partout ailleurs, la tumeur adhère intimement à la peau, qui présente çà et là une coloration livide ; par contre, il n'existe pas d'adhérences avec les tissus sous-jacents.

Étant donné l'âge de la malade (48 ans), son bon état général, et la limitation du processus néoplasique, une intervention chirurgicale nous semble absolument indiquée.

Gommes de l'urèthre et des corps caverneux.

Par MM. GAUCHER et ROSTAINE.

Les gommes des corps caverneux sont relativement rares. Nous venons d'en trouver un exemple chez un malade, qui présente en

même temps des gommès du gland, ayant envahi la paroi inférieure de l'urèthre.

Il s'agit d'un homme de 27 ans, terrassier, qui, au début de juillet 1903, vit apparaître à droite du frein un petit bouton. Bientôt cette lésion s'ulcère et peu à peu l'ulcération grandit. Le 9 juillet le malade entre à l'hôpital de Lille, où on institue un traitement local qui comprenait des lavages à la liqueur de Labarraque et l'application de pommade au calomel. Au mois d'août l'ulcération a gagné l'urèthre et le malade urine par une fistule qui débouche au niveau du frein.

Le 9 août, à la suite d'une discussion, il quitte l'hôpital de Lille et recommence à travailler.

En septembre le malade est soigné à l'hôpital de Gand, où l'on ne fait qu'un traitement local. La lésion s'est peu modifiée.

Le 31 novembre, il entre de nouveau à l'hôpital de Lille, où on lui fait prendre des bains et où on applique sur les ulcérations de la pommade au calomel, sans instituer le traitement mercuriel.

Le 8 janvier 1904, il quitte l'hôpital de Lille, pour venir à Paris, à l'hôpital Saint-Louis.

Le 9 janvier, lors de son entrée, il présente une ulcération profonde au niveau du frein, ayant détruit à ce niveau la paroi inférieure de l'urèthre. Cette ulcération remonte le long de la paroi inférieure de l'urèthre jusqu'au méat, et s'étend à droite et à gauche du frein, dans le sillon balano-préputial, faisant presque complètement le tour du gland. Cette ulcération repose sur une base infiltrée, ne s'accompagne pas de douleur ni de réaction ganglionnaire.

En examinant le malade avec soin et en palpant sa verge, nous trouvons des nodosités dures, siégeant dans les deux corps caverneux, au nombre de cinq ou six, ayant le volume d'une noisette, ou plutôt d'une olive, suivant la comparaison de M. Fournier. Ces nodosités n'occupent que la région pénienne des corps caverneux, elles ne s'accompagnent d'aucune douleur et le malade les ignorait avant notre examen. Cependant ces lésions entraînent des troubles de l'érection. Les segments atteints ne sont plus perméables au sang et l'érection est incomplète. Il en résulte des déformations de la verge, variables suivant le siège des gommès. Chez notre malade celles-ci siègent à la partie inférieure des corps caverneux. Il se produit une incurvation semblable à celle qu'on observe au cours de la chaudepisse cordée. L'érection est douloureuse, mais beaucoup moins que dans la chaudepisse.

Notre malade n'a jamais eu aucun accident cutané avant ceux pour lesquels nous vous le présentons. Il a eu seulement il y a trois ans un chancre, diagnostiqué chancre mou d'autant plus facilement qu'il s'est accompagné d'adénopathie suppurée dont on peut voir la cicatrice dans le pli inguinal droit. Il est probable qu'il s'est agi là d'un chancre mixte présentant tous les caractères d'un chancre mou.

Actuellement le malade est traité depuis près d'un mois. Les lésions sont presque complètement guéries. Mais la guérison des gommès uréthrales a entraîné la destruction de toute la paroi inférieure de l'urèthre, depuis la base du frein jusqu'au méat.

Quant aux gommées des corps caverneux, on les sent encore sous forme de petits nodules très nets, mais elles ont diminué de volume et bientôt elles auront complètement disparu.

Sur une poussée aiguë de lèpre dans les gaines tendineuses de l'avant-bras gauche.

Par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD.

L'un de nous a déjà présenté plusieurs fois ce jeune homme à la Société ; son histoire pathologique a été remarquable par la répétition fréquente de poussées aiguës fébriles pendant le temps de traitements intensifs par l'huile de chaulmoogra ; c'est chez lui également qu'ont été signalées pour la première fois des localisations lymphangitiques de cette maladie. Aujourd'hui, c'est encore pendant le cours d'un traitement par l'huile de chaulmoogra, en lavements huileux, à la dose quotidienne de 200 gouttes, qu'une nouvelle poussée fébrile s'est manifestée.

Ces jours derniers, il est pris brusquement d'une douleur dans le membre supérieur gauche, au niveau de la région du poignet ; elle empêche dans une certaine mesure, les mouvements de flexion et d'extension de cette articulation ; la région se tuméfie ; ses méplats normaux disparaissent : le membre tend à devenir cylindrique.

La palpation provoque une vive douleur ; cette douleur est assez diffuse ; cependant, on peut remarquer qu'elle n'est pas produite par la pression au niveau du bord interne et externe au poignet et qu'au contraire on la provoque en appuyant, même très légèrement, sur ses faces dorsale et palmaire. Cette douleur est limitée à la région des gaines synoviales des tendons du poignet. Si l'on invite le malade à faire des mouvements de flexion et d'extension des doigts et si on entrave avec une main la région, on y sent nettement des craquements se produire au niveau de ces synoviales.

Concurremment, la fièvre s'allume, le thermomètre s'élève au-dessus de 40° ; tous les accidents du cortège fébrile se manifestent et, peu de jours après, il se produit une nouvelle poussée cutanée au niveau du thorax.

Cette localisation aiguë dans les gaines tendineuses n'avait pas encore, à notre connaissance, été signalée.

M. DANLOS. — Il n'est pas exceptionnel de voir des poussées analogues à celles-ci se produire chez des lépreux soumis au traitement par l'huile de chaulmoogra.

M. HALLOPEAU. — Ce qu'il y a de spécial ici, c'est la localisation dans les gaines tendineuses.

www.libtool.com.cn

Sur un cas de lichen plan buccal.

Par MM. HALLOPEAU et FRANÇOIS DAINVILLE.

Ce fait est remarquable par la circonscription des altérations à la muqueuse buccale; par leur nombre relativement considérable au niveau de la langue (on y voit en effet 5 de ces plaques); par leurs dimensions (une d'elles atteint 2 centimètres dans l'un de ses diamètres); par leur confluence partielle en bandes allongées; par la saillie de leur rebord qui semble bien constituer une zone d'extension; par la présence, dans leurs aires, de saillies papillaires entourées de zones blanchâtres et nacrées; par leur manque de stries étoilées; par la fermeté de leur consistance; par leur résistance absolue à des cautérisations réitérées avec le nitrate acide de mercure. Il existe concurremment, sur la paroi interne des joues, des plaques nettement caractérisées de la même maladie. Nous nous proposons de traiter ces lésions par des attouchements réitérés avec une solution de permanganate de potasse à 50 p. 100 et même à 20 p. 100 si le malade peut la supporter.

Hidradénome probable.

Par M. SÉE.

Un homme, âgé de 28 ans, présente de nombreuses petites tumeurs qui prédominent au niveau des bras. Il s'agit vraisemblablement d'hidradénome. L'examen histologique est nécessaire pour assurer le diagnostic; ses résultats seront donnés ultérieurement.

Hérédo-syphilis tardive et hérédo-syphilis de seconde génération.

Par M. EDMOND FOURNIER.

J'ai l'honneur de montrer à la Société, à défaut de malades, ces deux photographies représentant deux nouveaux cas de syphilis héréditaire: syphilis héréditaire tardive dans un cas; syphilis héréditaire de seconde génération dans le second cas.

Comme vous le voyez, les lésions en question sont identiques d'aspect; — ce sont deux syphilides serpigneuses extrêmement vastes, existant toutes deux depuis plusieurs années et présentant encore cette analogie au moins curieuse, d'avoir été toutes deux méconnues comme nature, d'avoir été taxées de lésions tuberculeuses, d'avoir été traitées comme telles et d'avoir, comme bien vous le pensez, résisté à tous les traitements qui avaient été institués à différentes reprises dans ce sens.

Ces deux cas curieux à tant d'égards me semblaient dignes d'être rapprochés et de vous être soumis.

Voici les observations de ces deux malades :

Le premier de ces malades est un homme de 43 ans, qui est entré dans le service de mon maître le Prof. Gaucher en juin 1903, pour cette vaste plaie recouvrant tout le bas-ventre et le haut des cuisses, la région pubienne, le scrotum et le fourreau de la verge.

Cicatrisée en partie à son centre, cette plaie est limitée par des bords saillants, rouges, épais, formant bourrelet et disposés en segment de cercle et formant dans l'ensemble une lésion aussi typique que possible de nature spécifique.

Cette lésion avait débuté à 34 ans ; elle avait toujours été en progressant ; — mais dès qu'elle fut soumise à un traitement spécifique elle s'arrêta et guérit complètement en l'espace de quelques semaines.

Le diagnostic de syphilis aurait donc été confirmé par l'influence merveilleuse du traitement, s'il avait eu besoin de l'être.

Or le malade, interrogé d'une façon très serrée, niait tout antécédent de syphilis. Jamais il n'a eu d'érosion, d'éruption, rien qui puisse faire penser à de la syphilis acquise.

Malheureusement il ne peut donner de renseignements très précis sur ses antécédents : il a perdu ses parents tout jeune ; il sait seulement qu'il a eu plusieurs frères ou sœurs et qu'il est le seul survivant.

Il sait qu'il a été un enfant très chétif, très difficile à élever, qu'il a eu à différentes reprises des convulsions ; qu'il a eu durant de longues années des maux d'yeux et des écoulements d'oreilles.

Ce malade a été opéré d'une cataracte congénitale double dans l'enfance ; à droite le milieu reste parfaitement transparent, mais à gauche il existe un reste de cataracte capsulaire.

En outre, il existe du nystagmus et du strabisme divergent.

L'examen du fond de l'œil a permis au Dr Antonelli de constater qu'il existait, outre des plaques d'atrophie chorio-rétinienne péripapillaire des deux yeux, des stigmates rudimentaires, qui pour lui ne peuvent laisser aucun doute sur l'origine hérédo-syphilitique du malade.

Joint à quelques cicatrices disséminées sur le corps mais sans grand caractère, à la carie précoce et totale des dents, à la diminution très accusée de l'ouïe du côté gauche, au développement très tardif et très limité de l'intelligence, ces stigmates ne me paraissent pas laisser de doute possible sur la souche syphilitique du malade et sur la nature syphilitique héréditaire tardive de la lésion dont je vous présente aujourd'hui la photographie.

L'observation du second malade est plus curieuse et plus complète encore.

La lésion que vous présente cette photographie est identique à la précédente, au siège près. Ici elle siège à la fesse, — mais comme l'autre elle date de plusieurs années et elle a toujours été méconnue comme nature.

Le malade qui porte cette lésion est âgé de 24 ans et il porte cette plaie à la fesse depuis l'âge de 5 ans ! Elle resta méconnue jusqu'au jour où M. le Dr Hallopeau, consulté à son sujet, en reconnut la nature et me fit l'honneur de me confier le malade et son traitement. En voici l'observation :

Ainé de 6 enfants dont 2 sont morts en bas âge d'accidents méningitiques, dont un est affecté de coxalgie et de prétendue tumeur blanche des genoux (sans qu'il y ait jamais eu de tuberculose dans la famille) et dont les deux derniers sont assez bien portants jusqu'à ce jour, ce malade présente des stigmates multiples de dégénérescence. Il a comme ses frères de l'ichthyose ; il est affecté d'un phimosis ; il est extrêmement myope et astigmaté et il présente des stigmates dentaires sous forme d'implantation très vicieuse des dents, de carie très ancienne des prémolaires et molaires et de quelques légères stries sur les incisives.

La nature très certainement syphilitique de la lésion que présentait le malade, l'absence de tout accident pouvant faire penser à de la syphilis acquise chez un malade des plus intelligents et très observateur de lui-même ; l'âge de début de l'affection et les stigmates de dégénérescence formaient un ensemble qui ne pouvait laisser de doute sur l'origine hérédosyphilitique de mon malade. Ce soupçon fut vite confirmé par l'examen ophtalmoscopique.

Le Dr Antonelli découvrit sur l'œil gauche des restes d'ancienne papillite, des altérations vasculaires, des dystrophies pigmentaires, constituant pour lui des stigmates indiscutables de syphilis héréditaire.

L'œil droit présentait des signes de névrite optique rudimentaire, d'une rétinite diffuse ayant débuté il y a plusieurs mois et se manifestant par quelques foyers d'exsudation dans la région centrale, par une suffusion étendue et par de multiples décollements de la rétine dans tout le secteur temporal et supérieur du fond de l'œil.

Ces renseignements ne faisaient que confirmer le diagnostic de syphilis héréditaire que je maintenais, malgré les dénégations formelles que m'apportait mon malade de la part de son père qui niait énergiquement tout accident de syphilis.

Le père vint heureusement me voir pour m'affirmer encore ses négations. Ce père est un type de dystrophie. Je pus l'examiner et me convaincre qu'il était lui-même entaché de syphilis héréditaire. Voici son observation :

C'est un homme très petit, d'apparence chétive, à thorax très étroit et présentant une dépression en entonnoir. La clavicule gauche forme sur le bord du sternum une saillie volumineuse, reliquat d'une exostose ayant évolué dans l'enfance.

Il a été un enfant chétif, toujours malade, très difficile à élever. Il n'a commencé à marcher qu'à 8 ans, et à 10 ans on le portait encore pour aller à l'école.

Atteint d'ichthyose, il a été réformé pour petitesse de taille et malignité. Enfin il présente complète la triade d'Hutchinson.

Il présente des érosions en cupules, profondes, sur les incisives médianes supérieures ; les autres dents sont toutes cariées et cette carie date du tout jeune âge.

Le malade paraît avoir eu une anomalie dentaire assez curieuse. Les

canines de la première dentition étaient extrêmement grosses et longues et il se rappelle fort bien avoir souffert des moqueries de ses camarades qui plaisantaient toujours ses dents de loup.

Il a eu des écoulements d'oreilles prolongés dans l'enfance et il entend très mal de l'oreille droite.

Il présente aux deux yeux et surtout à l'œil gauche des reliquats de kératite parenchymateuse et l'examen ophtalmoscopique révèle des stigmates rudimentaires qui ne laissent aucun doute sur leur origine hérédo-syphilitique, d'après le Dr Antonelli qui a bien voulu en pratiquer pour moi l'examen. Poursuivant plus loin mon enquête, voici ce que j'ai appris sur la mère de ce malade, c'est-à-dire sur la grand'mère du malade dont je vous ai montré la photographie.

Cette grand'mère a eu quatre enfants. Les deux premiers étaient de très beaux enfants, qui sont encore vivants; ce sont des hommes très robustes, très forts et très grands, singulier contraste avec l'être dystrophie dont je viens de vous parler.

A son troisième enfant, qui était aussi un très bel enfant, cette femme prend par charité un nourrisson, chétif, tout petit qui meurt bientôt, le corps couvert de gros boutons suppurants.

Quelques semaines après, la mère adoptive présente elle-même des boutons sur tout le corps; son propre enfant présente aussi les mêmes boutons et meurt au bout de quelques semaines.

A la suite, cette femme reste longtemps très malade, d'une maladie que le médecin consulté alors attribue au nourrisson; elle a durant plusieurs mois des maux d'yeux extrêmement violents qui causent pendant plusieurs semaines une cécité complète; elle souffre pendant plusieurs années de maux de tête d'une violence extrême; elle a à différentes reprises des accidents cérébraux et meurt hémiplegique.

Deux ans après l'époque de cette contamination, cette femme a un quatrième enfant, celui dont je viens de vous raconter l'histoire.

Il me semble donc incontestable, d'après l'ensemble de tous ces faits, que cette femme a contracté la syphilis du fait d'un nourrisson; qu'elle a eu postérieurement un fils, entaché certainement de syphilis héréditaire et que ce fils a eu lui-même des enfants hérédo-syphilitiques parmi lesquels celui dont je viens de rapporter tout au long la curieuse observation.

C'est là, me semble-t-il, un cas indéniable de syphilis à la seconde génération et les conditions étiologiques que j'ai pu relever m'ont semblé assez précises, assez nettes pour mériter d'être retenues.

M. HALLOPEAU. — Ce cas est démonstratif et il serait à désirer qu'on pût en étudier un grand nombre aussi complètement. Je suis convaincu qu'une analyse minutieuse des faits montrera que la syphilis héréditaire de deuxième génération a des caractères propres, différents de l'hérédo-syphilis habituelle et qui permettront d'en faire le diagnostic même en l'absence de renseignements aussi complets que ceux dont M. Fournier vient de nous faire l'intéressant exposé.

www.libtool.com.cn
 Note sur les manifestations cutanées de l'appendicite.

Par M. MORR.

Abstraction faite des localisations cutanées spéciales à type constant, constituées d'ordinaire par des foyers microbiens superficiels, toutes les maladies peuvent avoir un retentissement du côté de la peau, soit sous forme d'éruptions dues à l'élimination de produits toxiques, soit sous forme de troubles trophiques résultant d'altération des branches ou des terminaisons nerveuses, soit enfin sous forme de troubles nerveux cutanés purement fonctionnels.

L'appendicite n'échappe pas à cette règle et la courte note qui suit a pour but de résumer les observations qu'il m'a été donné de faire à ce sujet. Les troubles cutanés de l'appendicite, ceux du moins que j'ai pu rencontrer jusqu'ici, paraissent rentrer dans la dernière catégorie : troubles réflexes éloignés du foyer morbide ; il semble en effet difficile, comme on le verra, d'en donner une autre interprétation.

Ces troubles varient suivant la forme de l'appendicite qui les provoque ; aigus et passagers dans l'attaque aiguë d'une appendicite, ils disparaissent avec la période fébrile de la maladie, tandis qu'ils peuvent avoir une très longue durée dans l'appendicite chronique après s'être développés d'une manière insidieuse qui rend leur diagnostic très difficile. Leur description a d'autant plus d'intérêt que les troubles cutanés persistants peuvent constituer un précieux élément de diagnostic dans certaines formes d'appendicites latentes méconnues.

Lésions cutanées dans l'appendicite aiguë. — La plus habituelle des manifestations cutanées de l'appendicite aiguë est la rougeur congestive de la joue droite, rappelant très exactement celle que l'on observe dans la pneumonie du côté malade ; cette rougeur fait rarement défaut dans les formes fébriles à réaction vive.

A un degré de gravité plus élevé correspond l'apparition d'herpès labial siégeant le plus souvent à droite ; cependant comme l'infection n'est sans doute pas étrangère à l'apparition de cet herpès, j'admets volontiers qu'il puisse se localiser à gauche, d'autant mieux que j'observe actuellement (4 janvier 1904) un cas d'appendicite aiguë de gravité moyenne où le sillon des deux ailes du nez est semé de vésicules d'herpès presque aussi grosses à gauche qu'à droite.

Toutes les prédispositions personnelles à part, l'étendue de l'éruption est proportionnée à la vivacité de la réaction ; un amas de vésicules herpétiques, sur une surface peu étendue de la lèvre, correspondra d'ordinaire à une appendicite aiguë de gravité moyenne, tandis qu'une série de plaques d'herpès remontant vers l'oreille droite coïncidera avec une atteinte plus sérieuse.

La photographie que j'ai l'honneur de vous présenter concerne un jeune officier, dont voici l'observation sommaire :

Attaque brusque dans la nuit du 30 au 31 octobre 1902; le matin douleur, localisée au flanc droit; fait son service jusqu'à midi; vomissements dans l'après-midi du 31, température 38°, pouls 120. Le 1^{er} novembre au matin, pouls 106, douleur très vive dans la fosse iliaque, mais facies favorable. J'hésite entre l'expectation et l'intervention immédiate. Diète absolue, injection de morphine. A 7 heures du soir, pouls 88. Je me décide à temporiser.

Le 2, pouls 80; empâtement de la fosse iliaque faisant craindre la suppuration. Le 3 les gaz passent; amélioration nette. Herpès de la joue droite.

La plaque herpétique s'étendait du milieu de la lèvre supérieure droite à la saillie malaire sur une longueur de près de 10 centimètres. Elle n'était pas tout à fait continue et se rétrécissait par places de manière à former quatre groupes contigus de vésicules, d'une largeur moyenne de un à deux centimètres, ayant dans leur ensemble quelque ressemblance avec le dessin d'un favori étroit, rasé à partir de la commissure labiale.

Le cliché, pris obligeamment le 6 novembre par M. l'officier d'administration Salmon, avec un éclairage fort pâle, permet de se rendre un compte suffisant de l'étendue de la lésion. La résolution suit une marche normale mais lente. Le 5, sensation de faim. Le 6, contractures douloureuses du cæcum; le 7, disparition des douleurs; le 8, première selle avec un lavement; le 9, alimentation légère; l'herpès, traité par la poudre de salicylate de bismuth, achève de disparaître.

Le 9 décembre, la laparotomie à la cocaïne conduit sur un point induré du cæcum dont il est impossible de dégager l'appendice. On donne le chloroforme et je trouve au centre de l'induration un abcès contenant une cuillerée à café de pus sans odeur. J'ébouillante la cavité de l'abcès, mais sans réussir à isoler l'appendice. Je draine et réunis, et le malade sort guéri le 7 janvier 1903. Aucun accident depuis lors.

Appendicite chronique. — Les manifestations cutanées de l'appendicite chronique sont beaucoup plus rares et je n'en ai rencontré qu'un cas dont l'observation a été communiquée à la Société de chirurgie.

Il s'agissait d'un chirurgien de 44 ans, s'occupant lui-même beaucoup de l'appendicite, et qui, à la suite d'une crise de diarrhée dont la nature fut méconnue, remarqua sur la moitié droite de sa tête et de son cou une hypersécrétion sudorale, plus ou moins apparente, suivant la température de l'air et l'activité qu'il déployait, et s'arrêtant exactement sur la ligne médiane de la face, du cou et du cuir chevelu, surtout en avant. Le faux-col et le col de la chemise se déformaient très rapidement du côté droit; la moitié droite du nez était fraîche et humide, la gauche sèche et chaude; les cheveux du côté droit étaient souvent humides et, par les temps chauds, la face du même côté était inondée de grosses gouttes de sueur; en tous temps la peau restait beaucoup plus fraîche à droite qu'à gauche, mais à partir de la base du cou, la température des deux moitiés du corps rede-

venait égale. ~~Aucune modification~~ Aucune modification de l'œil et des autres organes des sens ; aucun trouble du côté des muscles de la face ; cependant les artères temporales superficielles étaient un peu plus apparentes à droite. Champ visuel normal ; tempérament arthritique.

Cet état de choses persista près de dix ans, en présentant de faibles exacerbations pendant les périodes où l'état général se déprimait, et où les troubles abdominaux s'accroissaient, mais sans jamais disparaître complètement et en conservant toujours les mêmes caractères. Il est à remarquer que la barbe déjà grisonnante ne parut pas influencée dans sa tendance naturelle à blanchir et que la teinte des tempes se modifia symétriquement des deux côtés.

Cependant le diagnostic n'était pas fait et quand j'eus, par hasard, l'occasion de faire remarquer à notre éminent collègue M. Hallopeau la petite et curieuse infirmité de mon malade, il n'eut pas plus que moi l'idée de la rattacher à une appendicite latente et les choses en restèrent là jusqu'au moment où une brusque attaque, survenue la nuit du 3 au 4 septembre 1901, après un ou deux mois de troubles digestifs rebelles et d'alimentation très sommaire, cloua mon malade sur son lit ; les obscurités du diagnostic s'éclairèrent alors peu à peu dans son esprit ; la nature des troubles intestinaux rebelles au bismuth pendant dix ans devint évidente et la relation entre l'hypersudation du côté droit de la face et une appendicite latente fut soupçonnée ; un point douloureux persistait dans le flanc et ce signe qui avait fait défaut jusque-là fit comprendre au malade qu'une intervention s'imposait. Elle eut lieu le 26 novembre de la même année, après avis de mon collègue Jalaguier, et les sueurs de la face disparurent immédiatement après. Cependant le cæcum était assez sérieusement atteint, les deux points signalés par Reynier et Quénu aux angles de flexion du côlon, redevinrent quelquefois douloureux et des récidives de plus en plus faibles furent observées en même temps du côté des sueurs de la face. Actuellement il n'en reste plus trace depuis plusieurs mois et les troubles réflexes semblent avoir définitivement disparu (décembre 1903).

La complication ou le symptôme que nous avons cherché à décrire aussi exactement que possible est rare, nous n'en connaissons aucune autre observation ; mais il est fort possible qu'elle passe assez souvent inaperçue, car les malades étrangers à la médecine ne soupçonneront jamais les rapports qu'elle peut avoir avec leur maladie. C'est en vain cependant que j'ai recherché ce symptôme dans les cas chroniques que j'ai eus à traiter, depuis que mon attention a été attirée sur lui. Il y a lieu de remarquer qu'il ne doit pas être considéré comme pathognomonique, car il n'y a pas de raison pour qu'il ne soit pas l'expression d'une lésion quelconque siégeant à droite des cavités thoracique ou abdominale et susceptible d'évoluer chroniquement, mais dans les cas fréquents où le mauvais état de la santé générale, la faiblesse des membres inférieurs, les alternatives de diarrhée et de constipation sans tumeur abdominale, sans dyspepsie stomacale et sans altération des urines donneront quelque

vraisemblance au diagnostic d'appendicite latente, il sera bon de la rechercher, car sa présence pourrait lever certains doutes et délivrer le patient de l'indécision du chirurgien.

Il est certain, par exemple, que mon malade aurait évité de longues années de faiblesse et d'inaptitude au travail, s'il avait été amené à reconnaître la cause réelle de son état maladif.

Ce travail était terminé quand un nouveau cas d'hémisudation droite de la face s'est présenté dans mon service sur un jeune soldat en cours de refroidissement d'une poussée d'appendicite aiguë assez sérieuse; le symptôme devenait apparent au moment où le malade se levait, mais il était beaucoup moins accusé que dans le premier cas, la basse température de la saison n'était d'ailleurs pas favorable à son observation. Ce malade, entré le 3 janvier, a été opéré hier à la cocaïne, et pendant l'opération, que des adhérences solides et étendues ont rendue assez laborieuse, les sueurs hémifaciales ont reparu, son champ visuel est légèrement rétréci (I 63—E 75).

Nous résumerons ce court mémoire en disant que l'appendicite aiguë retentit souvent du côté de la peau de la face sous la forme d'un herpès plus ou moins accentué siégeant presque toujours à droite et tout à fait analogue à celui de la pneumonie et que l'appendicite chronique latente peut, elle aussi, se traduire par une hyper-sudation du côté droit de la face aussi bien que par une dilatation réflexe de la pupille droite.

Sans chercher à déterminer d'une manière plus précise le mécanisme de ces phénomènes réflexes, je dois faire remarquer que leur longue persistance n'entraîne aucune altération permanente appréciable du système nerveux ni de la peau des régions qui en sont le siège; en ce qui concerne spécialement mon premier malade, il est remarquable qu'un très léger eczéma frontal, qui lui occasionne de temps à autre un peu de démangeaison, n'ait été influencé dans aucun sens par les sueurs abondantes unilatérales de sa face, et cette constatation est un puissant argument en faveur de la nature purement réflexe des sueurs.

Teignes tondantes traitées par la radiothérapie.

Par M. SABOURAUD.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de dermatologie, suivant la promesse que j'avais faite le mois dernier, une dizaine d'enfants atteints de teigne tondante et traités par les rayons X.

Je répète la formule radiographique de la thérapeutique des teignes :

« Exposer la plaque malade à 15 centimètres de distance du centre

« de l'ampoule de Crookes-Villard, fonctionnant avec une résistance de 4° au radio-chromomètre de Benoist, jusqu'à ce que la plaque malade reçoive une somme de rayons X égale, en une seule séance, à 4 1/2 unités H de Holz knecht. »

Dans ces conditions, plus longuement étudiées par moi dans le numéro de janvier des *Annales de l'Institut Pasteur*, paru avant hier, on obtient 15-20 jours plus tard, la dépilation intégrale de toute la surface exposée. Vous en voyez maints exemples parmi les dix enfants que je vous présente. Et aussi des exemples de la repousse qui survient environ dix semaines plus tard et que plusieurs de mes petits malades montrent complète.

Je reviendrai plus tard sur ce sujet pour dire les résultats généraux et statistiques auxquels la nouvelle méthode nous aura conduits.

Deux cas d'ulcérations tuberculeuses de la langue.

Par M. DANLOS.

1° L..., débardeur, marié, dont la femme et les enfants sont bien portants, a eu il y a 10 ans la syphilis (chancre, éruption généralisée). On l'a traité quelque temps par le sirop de Gibert. Depuis aucune autre manifestation spécifique.

L'affection linguale a débuté il y a 6 mois, par une fente avec tuméfaction indolore.

Aujourd'hui encore la douleur est nulle même en parlant, le malade ne souffre qu'en mangeant des aliments épicés, ou en buvant trop chaud.

Pas de salivation gênante.

La moitié droite de la langue, dans sa portion dorsale moyenne, est le siège d'une vaste ulcération, obliquement dirigée d'arrière en avant et de dehors en dedans, mesurant au moins 5 centimètres de long sur un de large. Sa forme générale est celle d'une *fissure* large et profonde.

La profondeur moyenne est d'environ 7 à 8 millimètres. Les bords sont absolument irréguliers, déchiquetés, en talus sur certains points; décollés ou à pic sur d'autres. Pas de polycyclisme. Quelques petites érosions de voisinages *sans points jaunes*. Le fond est grisâtre, pseudo-membraneux avec quelques petits bourgeons charnus rouges émergeant par places. En arrière, l'ulcération gardant la même profondeur devient strictement fissuraire et se continue sur le bord de l'organe qu'elle incise dans toute sa hauteur sans empiéter sur la face inférieure. Prise entre les doigts, l'ulcération est de consistance dure non élastique; mais l'induration est moindre que sous les gommages ou les épithéliomas. Sur le bord gauche de l'organe (partie moyenne) plusieurs *ulcérations fissuraires* de direction verticale s'étagent d'avant en arrière, à un demi-centimètre environ les uns des autres. Leurs bords sont déchiquetés, leur fond est un peu membraneux, leur profondeur mesure au moins 5 à 6 millimètres. Là encore, absence de granulations jaunes ou grises.

La langue n'est pas généralement tuméfiée. Les dents sont saines, à l'exception de la deuxième grosse molaire inférieure droite. Au voisinage de celle-ci sur la joue droite, ulcération analogue à celles de la langue. Autre ulcération plus petite et de même aspect à la partie la plus reculée de la joue gauche. Pas de carie à ce niveau. De chaque côté ganglion, lymphatique tuméfié et sclérosé à l'angle du maxillaire.

Six mois avant le début des ulcérations linguales le malade a commencé à tousser. Aujourd'hui il tousse et crache un peu, a quelques sueurs la nuit et a légèrement maigri. Il continue sans trop de fatigue son métier de débardeur. Néanmoins son facies est légèrement altéré. A l'auscultation, diminution du murmure vésiculaire au sommet droit; avec quelques râles, par instants. Dans les mêmes points, résistance au doigt très manifeste.

2° S..., 54 ans. Conducteur de trains; antécédents morbides nuls. Début de la lésion linguale il y a 3 ans. *Jamais à aucun moment de douleur.* Le malade a consulté à plusieurs reprises le D^r D..., de Suresnes, qui lui a prescrit sans succès le sirop de Gibert.

Aujourd'hui, langue considérablement tuméfiée, surtout dans sa moitié antérieure droite. La surface générale de la langue est rouge, plutôt décapillée sans être lisse, avec des îlots déchiquetés d'épithélium macéré blanchâtre.

A la face inférieure et à droite, érosions miliaires nombreuses à fond membraneux jaunâtre sur le tiers antérieur de l'organe. Entre elles, la portion non ulcérée est revêtue d'une nappe d'épithélium macéré grisâtre.

C'est sur le dos de la langue dans sa partie moyenne que sont les plus grosses lésions. A ce niveau, aspect général mamelonné. En outre, deux vastes ulcérations allongées d'avant en arrière, anfractueuses, à bords très irréguliers, décollés par places en talus sur d'autres, de 3 centimètres de long sur un de large et 1 à 6 millimètres de profondeur, de forme généralement fissuraire. En étalant les bords l'ulcération paraît plus large et laisse voir quelques bourgeons émergeant d'un fond diphtéroïde. Une troisième ulcération placée en avant des deux autres échappe tout d'abord à l'inspection grâce à sa forme strictement fissuraire; elle ne mesure toutefois pas moins de 7 millimètres de long sur 5 à 6 de profondeur.

En l'étalant, elle montre comme les précédentes un fond diphtéroïde. En aucun point on ne voit de granulations jaunes. Au palper, la langue permet de sentir à travers la tuméfaction générale deux noyaux mal délimités, l'un en avant et à droite, l'autre à gauche vers la partie moyenne. Ces noyaux diffus sont moins durs que des gommes ou des nodules cancéreux. Jamais aucune hémorragie par les points ulcérés. Pas de salivation, aucune douleur. Les dents sont toutes tombées il y a plus de 20 ans, sans cause connue. (Pas de sucre ni d'albumine dans l'urine.) Sur les parties latérales du cou (moitié supérieure), ganglions lymphatiques tuméfiés durs et indolents. L'un d'eux à droite, à la hauteur du cartilage thyroïde, sans être tuméfié est dur comme du cartilage.

Les lésions présentées par les deux malades ci-dessus ont de grandes analogues : caractère fissuraire des ulcérations linguales,

bords déchiquetés, fond membraneux grisâtre perforé çà et là par des bourgeons charnus; induration légère, adénopathie scléreuse, peu de douleurs et de salivation. Chez le premier, la nature bacillaire n'est pas douteuse. Nous croyons qu'il en est de même chez le second. Il ne saurait s'agir chez lui de cancer en raison de la multiplicité des points d'attaque; de l'absence d'induration cancéreuse dans les foyers indépendants d'infiltration profonde; de l'absence de douleurs et de l'évolution. La syphilis pourrait, avec plus de vraisemblance, être soupçonnée, mais outre l'absence d'antécédents, le caractère des ulcérations ne rappelle pas la syphilis; la langue n'est pas scléreuse; les indurations profondes sont moins dures et moins bien limitées que des gommés. L'indolence plaiderait, il est vrai, en faveur de la syphilis, mais on peut l'observer même dans la tuberculose. Comme arguments pour admettre celle-ci, nous trouvons l'aspect des ulcérations et les petits ulcères miliaires de la face inférieure. Les indurations profondes ne sont pas une objection, celles-ci (gommés tuberculeuses) pouvant se voir dans la tuberculose linguale, où elles sont en général, il est vrai, mieux délimitées. Nous reconnaissons toutefois que le diagnostic est moins sûrement établi dans le deuxième cas que dans le premier et, malgré les raisons précédentes, tenant compte surtout de l'indolence, de la lenteur d'évolution sans retentissement général, nous essaierons le traitement d'épreuve intensif.

M. FOURNIER. — Je crois que les deux malades présentés par M. Danlos son atteints de tuberculose linguale. On répète partout que l'ulcère tuberculeux lingual est éréthique et douloureux; c'est en effet la règle, mais elle comporte des exceptions, et j'ai observé assez souvent des ulcérations tuberculeuses linguales torpides et indolores.

Le second malade présente un exemple de cette forme singulière et non décrite de tuberculose linguale qu'on pourrait appeler macroglossie tuberculeuse indolore. Il ne s'agit pas de sclérose linguale, car la langue est à peine légèrement ferme à la pression.

Je n'ai jamais observé d'ulcérations syphilitiques miliaires analogues à celles qu'on constate à la face inférieure de la langue de ce malade.

M. DU CASTEL. — Je crois qu'il existe des syphilides ulcéreuses miliaires, dont j'ai observé au moins un exemple. Il s'agissait d'une femme soignée à diverses reprises pour des accidents probablement syphilitiques. Elle présentait sur la langue de petites ulcérations accompagnées de violentes douleurs d'oreilles et que je considérai d'abord comme de nature tuberculeuse. Toute thérapeutique faite dans ce sens ayant échoué, je me décidai à soumettre la malade à des frictions mercurielles qui firent disparaître tous les accidents, sauf la douleur d'oreille.

www.libtool.com.cn
Psorosperiose folliculaire végétante.

Par MM. DANLOS et DOBROVICI.

Le nommé L. P..., 18 ans, garçon laitier, entré salle Bichat, n° 24.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 48 ans, d'une affection pulmonaire.

Mère vit encore, 44 ans, bien portante, aucune affection cutanée.

Deux frères bien portants.

Une sœur, 12 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Aucune maladie d'enfance. Il a toujours été bien portant.

Début de l'affection actuelle il y a deux ans. Il n'a remarqué l'existence de son éruption qu'assez tard, l'éruption ne s'accompagnant pas de démangeaisons ou autre trouble sensitif. C'est en prenant un bain qu'il s'est aperçu que des boutons existaient déjà dans les aines et dans les aisselles.

Il ne transpire pas beaucoup des aisselles. Il aurait eu des clous dans les aisselles à la même époque. Il en a eu également sur le pubis.

Les boutons qu'il présente actuellement, et qui constituent son affection, se sont ensuite étendus peu à peu sur le corps, se localisant surtout dans les régions séborrhéiques. Ils ont envahi la tête il y a huit mois environ. Les cheveux ne tombent pas du tout.

Il a eu il y a quatre mois de l'impétigo de la face, soigné à Aubervilliers.

Actuellement, on trouve dans les régions séborrhéiques de petites papules de volume variant entre la tête d'une épingle et une lentille. Ces papules sont saillantes, dures à la palpation, très serrées les unes contre les autres, confluentes par places, et donnent au toucher une sensation de rugosité particulière. Elles sont d'une coloration brunâtre, desquament peu par le grattage. Quelques-unes d'entre elles se trouvent au niveau des follicules pileux et portent un poil sur leur sommet. Quand par le grattage on essaie d'en enlever une, on ne constate pas en général que la base se continue dans la profondeur et plonge dans l'orifice pileux ; on trouve seulement que l'épiderme adhère davantage au centre, et quand on insiste on met à nu une petite dépression qui est peut-être un orifice glandulaire, mais dépourvu de comédon. On ne fait pas saigner la peau.

Il y a un état kératosique de la peau assez marqué. On trouve en particulier sur la paume des mains une kératose ponctuée sous forme de petits comédons cornés assez clairsemés, abondants surtout vers le talon de la paume et paraissant siéger dans les orifices sudoripares, desquels ils n'émergent pas.

La distribution générale des éléments psorospermiques est tout à fait caractéristique. En commençant par les régions les plus atteintes :

Les *plis de l'aine* sont *symétriquement* envahis par les papules qui, confluentes dans le pli lui-même, vont se disséminant en éléments isolés sur la face antérieure des cuisses et la partie inférieure de l'abdomen, où elles se continuent avec celles du côté opposé au niveau du pubis. On trouve également des éléments sur les *bourses*.

A la *ceinture*, les papules vont en diminuant d'avant en arrière.

Les *deux aisselles* sont le siège de papules multiples.

Les *plis du coude*. Les papules sont plus nombreuses sur le pli du coude gauche.

Les *creux poplités* sont envahis par des papules très disséminées.

A la *nuque*, à 5 ou 6 centimètres au-dessous de la lisière du cuir chevelu, on trouve de nombreuses papules formant, par leur confluence, des placards. De plus, un collier de papules disséminées fait le tour du cou.

Sur la *figure*, ces papules sont souvent nombreuses, sur la lèvre supérieure, le front, à la lisière du cuir chevelu.

Il ne paraît pas y en avoir sur les oreilles. On en trouve cependant quelques-unes derrière l'oreille droite.

Le *cuir chevelu* est envahi par des papules présentant les mêmes caractères.

Dans le *pli fessier* et la *région périanale*, on trouve des papules confluentes, d'une coloration blanchâtre, due à la macération, mais non ulcérées, ni végétantes.

En aucun point les papules, quoique confluentes, ne sont végétantes. Leur *symétrie* est très marquée.

Les *ongles* sont striés en long, de consistance et forme normales.

Les *muqueuses* sont intactes.

On trouve *deux grandes taches pigmentaires* de la dimension d'une pièce de dix centimes, l'une à la face antérieure de la cuisse gauche, et l'autre dans le pli inguino-scrotal.

A la *paume des mains* on trouve plusieurs verrues vulgaires outre les cornéons cornés.

Un kyste dermoïde existe à la partie externe du sourcil gauche.

Rien à l'auscultation. Examen des urines, négatif, ni sucre, ni albumine. Santé générale excellente. Facies légèrement adénoïdien. Intelligence moyenne; le malade a servi à Aubervilliers comme garçon de laboratoire.

L'examen histologique d'un de ces petits éléments, que nous devons à l'obligeance de M. Gastou, montre un trouble de la kératinisation de l'épiderme qui forme des papulo-croûtes, un épaissement de la couche cornée qui, en certains endroits, se prolonge dans les orifices folliculaires, et une légère hypertrophie des papules. On constate également l'existence de ces corps ronds décrits par M. Darier.

M. DARIER. — Les faits de psorospermoze sont assez rares; on en a publié une trentaine d'observations. Le cas actuel diffère de ceux que j'ai eu l'occasion d'étudier en ce que l'éruption est très disséminée, bien qu'elle soit peu intense; il n'existe pas de végétations endofolliculaires, ce qui tient probablement à la qualité de la peau. La kératose ponctuée de la paume des mains est caractéristique; la lésion des ongles l'est beaucoup moins.

M. DANLOS. — Je demande à la Société s'il est exact que ces lésions ne puissent jamais régresser.

M. LEREDDE. — J'ai observé, avec M. Brocq, un malade atteint d'une psorospermoze extrêmement intense. Sous l'influence de pommades exfoliantes très énergiques, conseillées par M. Brocq, les lésions ont rétrogradé dans des proportions telles que le malade est pratiquement guéri, bien qu'il conserve des lésions à la paume des mains.

M. BROcq. — Le malade auquel fait allusion M. Leredde n'est pas guéri au point de vue médical ; mais il est, comme dit M. Leredde, pratiquement guéri en ce sens qu'il a pu reprendre sa vie sociale.

Les lésions de la paume de la main sont assez caractéristiques ; j'ai observé cependant des punctuations analogues chez quelques syphilitiques et surtout chez des malades atteints de lichen plan.

M. DARIER. — J'ai également observé des améliorations très notables sous l'influence de topiques exfoliants.

La paume des mains peut, comme le fait remarquer M. Brocq, présenter des lésions analogues dans d'autres affections, notamment chez les malades atteints de lichen plan ; toutefois, dans la psorosperose, les grains sont très petits et tous d'égales dimensions. Je n'oserais cependant affirmer que ces lésions palmaires sont absolument pathognomoniques de cette affection.

Nouveau cas de kératodermie dans la maladie de Duhring.

Par M. DANLOS.

C'est le quatrième cas que je présente depuis deux mois. La maladie date de deux mois et s'est développée chez un homme jeune, vigoureux, qu'elle a fait réformer du service militaire. Elle a les signes classiques connus. La kératose est encore peu développée. A la paume des mains, elle pourrait passer pour une callosité professionnelle, mais elle occupe aussi le dos des doigts au niveau des articulations des phalanges avec les phalanges. C'est même là qu'elle est le plus accentuée. Elle rappelle les callosités professionnelles que présentent souvent à ce niveau les boulangers, mais chez notre malade, aucune considération de travail ne légitime leur présence. Jamais il n'y a eu d'ingestion d'arsenic. Si l'on se rappelle que sur les trois malades présentés antérieurement, deux n'en avaient absorbé que des quantités insignifiantes, on est amené à la conclusion que, chez les sujets atteints de pemphigus prurigineux, l'affection morbide suffit seule à produire la kératodermie sans intervention nécessaire de l'arsenic. Il est d'ailleurs naturel d'admettre que chez eux l'arsenic produit plus facilement que chez d'autres un état kératodermique.

Erythrodermie exfoliante due à l'absorption de pilules de protiodure de mercure ; recherche du mercure dans les squames.

Par MM. BALZER, DUGROS et FOUQUET.

L. P..., comptable, âgé de 53 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Devergie, 44, le 19 décembre 1903. Il n'a jamais été malade, et ni lui ni personne dans sa famille ne semble prédisposé aux affections cutanées. Voici son histoire telle qu'il la raconte : Le 23 octobre dernier, il a un

coût suspect; le 5 novembre apparaît à la verge une érosion indurée pour laquelle il va à l'hôpital Ricord et qu'on diagnostique chancre induré. Dès ce moment, il commence le traitement, sous forme pilulaire (2 à 3 pilules de protoiodure de mercure de trois centigrammes par jour). Sa syphilis continue son évolution; la roséole apparaît le 13 novembre pour s'effacer le 20 du même mois; le 28 le chancre est complètement guéri. Les pilules étaient prises régulièrement et fort bien tolérées, lorsque le 1^{er} décembre, apparut de la bouffissure et de la rougeur de la face bientôt suivies d'un érythème scarlatiniforme généralisé. En outre, le malade ressentait un léger mal de gorge et quelques frissons. Le 7 décembre, voyant son éruption persister et même s'aggraver, il vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Après avoir examiné l'éruption, et constaté que les urines ne contenaient pas d'albumine, le diagnostic de scarlatine est écarté et l'on pense à une hydrargyrie due à l'absorption de pilules de proto-iodure de mercure. Le malade dit avoir absorbé plus de soixante pilules de 3 centigrammes chacune. Il n'y a eu aucun trouble viscéral, ni diarrhée, ni stomatite, ni salivation. L'éruption est généralisée. Au tronc et sur les membres (sauf aux plis articulaires) elle rappelle l'érythème scarlatiniforme. C'est une rougeur continue s'effaçant sous la pression du doigt, et s'accompagnant au bout de quelques jours d'une desquamation farineuse, sèche. Au niveau des plis de flexion des membres, à l'aisselle, au pli du coude, à l'aîne, au jarret, de même qu'aux organes génitaux et au sillon interfessier, l'éruption rappelle l'eczéma aigu suintant et croûteux. L'épiderme s'exfolie, montrant une surface rouge sombre, lisse, suintant assez abondamment. Dans les régions pourvues de poils, ceux-ci sont collés par la sérosité. Ces surfaces suintantes sont limitées par une zone où la desquamation se fait par grands lambeaux d'épiderme macéré.

Aux mains et aux pieds qui sont gonflés et dont les mouvements sont gênés, la desquamation se fait en lambeaux épais, en commençant par les espaces interdigitaux où il y a eu macération.

A la figure et au cou, la peau est rouge, avec desquamation fine, farineuse. Les oreilles sont suintantes avec formation de croûtes jaunâtres. De même au niveau des sourcils, de la moustache, de la barbe, des croûtes impétiginiformes collent les poils et en nécessitent la coupe.

Au niveau du cuir chevelu, les cheveux sont accolés en pinces, par des squames épaisses et grasses rappelant l'eczéma séborrhéique.

La pâte de zinc appliquée sur les surfaces suintantes ou sans application préalable de nitrate d'argent, ne produisit pas un effet bien favorable et ce fut le saupoudrage à l'amidon continué avec persévérance qui soulagea le mieux le malade. Peu à peu le suintement cessa et la desquamation généralisée diminua de même, puis cessa tout à fait, la peau reprenant son apparence normale. Il faut noter qu'après la disparition de l'érythrodermie on vit reparaitre l'éruption syphilitique sous forme de taches rosées ou brunâtres, visible surtout sur le tronc. Le malade guéri partit pour l'asile de convalescence le 16 janvier 1904, sans avoir encore repris le traitement mercuriel.

Il faut noter dans l'histoire de ce fait que la dose de mercure absorbée a été assez notable, plus de soixante pilules de trois centi-

grammes ; pourtant l'idiosyncrasie ne s'est manifestée que tardivement par l'apparition de l'érythrodermie. On peut espérer qu'elle pourra n'être que passagère ; il faudra que le traitement mercuriel ne soit repris qu'avec de faibles doses et quelque temps seulement après la convalescence.

Dans les derniers jours de l'érythrodermie, lorsque le malade était en pleine desquamation, nous eûmes l'idée de recueillir les squames et de rechercher si elles contenaient du mercure. Cette recherche a été faite par M. Dugros, interne en pharmacie, qui nous a remis à ce sujet la note suivante :

Nous avons eu à notre disposition 60 grammes de squames ; nous les avons traitées suivant le procédé de Witz par de l'acide chlorhydrique et du permanganate de potasse au dixième pour essayer de détruire la matière organique. Mais, nous étant vite aperçu de l'insuffisance du procédé pour obtenir pareil résultat, car les squames sont très difficiles à dissocier d'abord et à détruire ensuite, nous avons eu recours au procédé classique par l'acide chlorhydrique et le chlorate de potasse.

Nous avons repris notre magma, nous en avons chassé l'eau par la chaleur et nous l'avons attaqué vivement par le chlorate de potasse et l'acide chlorhydrique pur, suivant en ce point tous les principes de la méthode, celui par exemple de n'ajouter le chlorate que progressivement. Grâce à cette attaque énergique et relativement longue, nous sommes arrivé à faire disparaître complètement notre matière organique.

Dans ces conditions, on sait qu'il se forme un chlorure double de mercure et de potassium stable, même à la chaleur. Pour le séparer on a parfois recours au procédé des piles, la pile de Smithson par exemple. Une simple spirale de cuivre bien décapée à l'acide chlorhydrique suffit.

Nous avons repris par l'eau filtrée pour nous débarrasser de l'oxyde brun de manganèse et nous avons évaporé à sec la liqueur pour chasser tout l'acide chlorhydrique et le chlore libres ; nous avons même chauffé quelque temps au bain de sable pour compléter cette action, sans toutefois élever trop la température. Nous avons repris par deux litres d'eau ce résidu et notre liqueur obtenue avec ces dernières précautions à l'état très faiblement acide, nous l'avons fait passer pendant deux jours, goutte à goutte, sur une spirale de cuivre dans un tube de verre effilé, laissant écouler deux ou trois gouttes par seconde. La spirale desséchée complètement entre des feuilles de buvard, a été placée au fond d'un tube de verre sec, dans lequel on a fait descendre un minime cristal d'iode à 10 centimètres environ au-dessus du cuivre. Il a suffi de chauffer légèrement la spirale pour que le mercure qui s'y était fixé se volatilise et forme au contact de l'iode du biiodure de mercure caractéristique. Le biiodure de mercure ainsi recueilli se présente sous la forme d'un demi-anneau étroit, rouge, et entouré de taches jaunâtres disséminées.

La quantité de mercure recueillie par l'analyse peut paraître bien petite, mais il ne faut pas oublier que la quantité des squames

recueillies n'était pas grande et qu'elles ont été recueillies vers la fin de la dermatose. De plus, on sait que la dose capable de produire ces accidents de nature idiosyncrasique n'a pas besoin d'être forte et qu'il faut en pareil cas tenir compte des plus petites doses de mercure absorbé.

Nous croyons devoir éliminer d'abord une cause d'erreur à laquelle il faut penser en pareil cas ; l'épiderme de notre malade aurait pu accidentellement être imprégné d'une certaine quantité de mercure, par exemple, après le contact d'une solution de sublimé. Or dans notre service cette solution est tenue sous clé, et nous savons par enquête que le malade n'ya touché à aucun moment de son séjour dans l'hôpital.

Il faut aussi tenir compte de ce fait que le mercure s'élimine normalement en certaine quantité par la peau. Nos recherches ont porté sur l'épiderme desquamé dans les derniers jours de l'exfoliation et alors qu'elle était notablement diminuée. Il serait intéressant de recueillir les squames pendant toute la durée de la maladie et de faire la recherche du mercure au moins deux fois pour avoir des données plus intéressantes sur son élimination.

Il est possible, en effet, que le mercure soit en quelque sorte projeté en abondance vers la peau pendant la première période de la maladie, et qu'il soit ensuite repris par la circulation progressivement et éliminé définitivement par les voies habituelles de l'intestin et du rein. Nous ne donnons donc notre observation qu'avec réserves et en reconnaissant ses imperfections, dans l'espoir de provoquer des recherches plus fructueuses dans l'avenir en pareilles circonstances.

Les réserves que nous venons de faire nous engagent aussi à la prudence dans l'interprétation pathogénique de notre observation. Deux hypothèses se présentent à l'esprit : 1° L'érythrodermie exfoliante causée par le mercure introduit dans l'économie par les voies digestives ou par la méthode des injections hypodermiques pourrait être de même nature que celles qui peuvent se produire en dehors du traitement mercuriel. Cliniquement, elle leur ressemble beaucoup et pourrait être due, par exemple, à une intoxication d'origine intestinale favorisée par l'irritation de l'intestin en présence du mercure. Ce serait une érythrodermie en quelque sorte de cause paramercurielle, liée aux causes habituelles et encore obscures des érythrodermies, chez un sujet prédisposé à cette affection. « Chez un sujet de ce genre, il suffit, dit Brocq, d'une dose unique et minime d'un composé mercuriel, pour produire une éruption même très grave et très étendue ;..... plus peut-être que pour toute autre éruption médicamenteuse, il faut admettre une prédisposition individuelle. »

Il est frappant de voir que ces érythrodermies, même dans les cas les plus graves, ne s'accompagnent pas habituellement des signes habituels de l'intoxication mercurielle. D'autre part, leur marche, leur durée, leur gravité paraissent aussi plutôt sous la dépendance d'une affection particulière, encore obscure dans sa nature, plutôt que sous la dépendance de l'intoxication mercurielle. Tantôt l'érythrodermie ne se reproduit plus à la suite de nouveaux traitements mercuriels, tantôt elle reparait à chaque traitement; l'idiosyncrasie qu'on est forcé d'invoquer serait donc tantôt momentanée, tantôt permanente.

2° Dans une autre hypothèse, l'idiosyncrasie se manifesterait d'une autre manière : par suite d'un désordre produit dans les localisations et dans les éliminations du mercure absorbé, celui-ci serait en quelque sorte dévié directement vers la peau, pourrait s'y concentrer, et y provoquer une dermatose spéciale caractérisée cliniquement par une érythrodermie exfoliante. Celle-ci, produite directement par le mercure, serait le résultat d'une intolérance particulière de la peau qui, sous l'influence de l'idiosyncrasie, réagirait plus ou moins violemment. Cette théorie aurait l'avantage d'une plus grande simplicité; elle peut s'appuyer sur les différences cliniques qui existent entre les éruptions médicamenteuses de diverses causes. Elle pourra peut-être aussi s'appuyer dans l'avenir sur la recherche dans les squames des différentes substances médicamenteuses, mercure, arsenic, etc. qui auront provoqué ces éruptions.

L'avenir nous apprendra la part de vérité que contiennent ces deux hypothèses, mais nous inclinons à penser que le mercure a réellement une action directe sur la peau.

M. FOURNIER. — Cette érythrodermie mercurielle offre cette particularité de n'être apparue qu'un mois environ après le début du traitement. Les intolérances médicamenteuses se manifestent ordinairement beaucoup plus tôt.

M. HALLOPEAU. — J'ai publié dans ma thèse d'agrégation plusieurs exemples d'érythrodermie mercurielle. La plupart de ces faits étaient consécutifs à des frictions; mais l'un d'eux était survenu à la suite d'ingestion mercurielle. Bazin avait antérieurement cité des faits semblables.

M. SPILLMANN. — Chez un malade dont j'ai présenté l'observation à la Société médicale de Nancy, une seule friction mercurielle provoqua une érythrodermie d'une gravité exceptionnelle; deux ans plus tard, ce malade fut de nouveau atteint d'érythrodermie à la suite de l'ingestion de deux pilules seulement de protoiodure; les accidents eurent la même gravité.

M. GALIPPE. — Les éruptions médicamenteuses ne sont pas nécessairement dues au médicament lui-même, mais aussi à une intoxication d'origine gas-

tro-intestinale. Je rappelle à ce propos les expériences de M. Charrin, qui a provoqué des éruptions analogues sur des animaux par inoculation de substances septiques.

Dans des cas analogues à celui de M. Balzer, je conseillerais de continuer le traitement mercuriel en lui associant l'antiseptie intestinale.

Je ferai enfin remarquer que, quand un malade prend du mercure, on peut retrouver le médicament dans tous les organes.

M. BAUDOVIN. — Je ne suis pas de l'avis de M. Galippe. Bien que les éruptions cutanées soient fréquentes chez les dyspeptiques, on n'a pu encore déceler de toxines dans l'estomac et dans l'intestin. Toute la question des phénomènes attribués à des intoxications gastro-intestinales est d'ailleurs à reviser.

M. GALIPPE. — On ne peut mettre en doute le rôle des intoxications intestinales consécutives à l'absorption de certains médicaments tels que les iodures ou les bromures. Il faut remarquer que ces médicaments modifient la composition des sécrétions; la salive par exemple subit des modifications qui facilitent la pullulation microbienne, et il est vraisemblable que des phénomènes analogues se produisent dans les sécrétions intestinales.

M. BALZER. — On pourrait objecter à M. Galippe que certains médicaments tout au moins produisent des éruptions toujours semblables, ce qui est peu en faveur d'une intoxication d'origine intestinale. Mais la pathogénie des éruptions médicamenteuses est encore très obscure. Nous avons voulu seulement signaler ici le fait de la présence du mercure dans les squames de l'érythrodermie d'origine mercurielle.

Parapsoriasis en plaques.

Par M. DUBREUILH.

Pierre D..., cultivateur, âgé de 23 ans, n'a jamais eu de maladie notable et sa santé générale ne laisse actuellement rien à désirer. Dès sa première enfance il a remarqué les lésions cutanées actuelles : les marbrures violacées et les plaques squameuses des cuisses; mais autrefois, les plaques squameuses étaient limitées aux cuisses et disparaissaient presque en été. Depuis trois ans, elles sont plus persistantes et se sont généralisées.

Les plaques squameuses occupent les membres et surtout les membres inférieurs; les plus grandes, les plus anciennes et les plus fixes occupent la face antérieure des cuisses au-dessus des genoux; les autres varient de la grandeur d'une pièce de 1 franc à celle de la main. Elles sont rougeâtres, mal délimitées, de forme irrégulière, sans infiltration, ou ne présentant qu'une infiltration à peine appréciable, couvertes d'une desquamation en lamelles nacrées minces, tantôt petites et farineuses, d'autres fois plus larges, atteignant 2 ou 3 millimètres et ayant un aspect collodionné. Elles ne sont jamais assez abondantes pour masquer la rougeur de la peau, mais assez pour que le malade ait remarqué qu'en se déshabillant il faisait

tomber de son corps une poussière blanche comme du son. Ces plaques rougeâtres et squameuses sont parfois isolées comme sur les membres supérieurs et sur le tronc où elles sont du reste plus rares. Sur les membres inférieurs elles sont irrégulièrement confluentes. En certains points, comme sur les cuisses, sur les bras, dans les régions scapulaires, elles forment des trainées larges de 1 à 2 centimètres anastomosées en réseau dont les mailles ont 2 ou 3 centimètres de large. Parfois enfin on rencontre des plaques dont le contour extérieur est mal dessiné, se dégradant vers les parties voisines et qui circonscrivent des îlots bien délimités de peau saine larges de 2 ou 3 centimètres et qui paraissent déprimés par rapport aux parties malades. Ces plaques sont le siège d'un prurit insignifiant. L'éruption s'aggrave régulièrement en hiver pour s'atténuer en été, sans cependant jamais disparaître.

A la partie antérieure et postérieure des cuisses on remarque des trainées violacées, anastomosées en réseau. Les trainées, larges de 1 centimètre environ, sont d'une teinte cyanotique pâle et circonscrivent des mailles de 3 ou 4 centimètres, on n'y sent ni induration ni saillie, et ces réseaux qui datent de l'enfance n'ont subi aucun changement.

La peau du tronc présente un aspect légèrement ichthyosique qui ne se retrouve pas sur les membres. Les paumes et les plantes sont franchement kératodermiques et présentent tous les caractères de l'ichthyose. La couche cornée est uniformément épaissie, dure, sèche et souple avec quelques crevasses en hiver seulement.

Les ongles sont normaux.

La face est un peu colorée, les cheveux sont un peu secs avec un état pityriasique léger du cuir chevelu.

On donne au malade 5 milligrammes d'acide arsénieux par jour et il fait des frictions avec un mélange de glycérine et d'alcool contenant 10 p. 100 de résorcine.

Un mois après, en décembre, les plaques squameuses des membres inférieurs ont sensiblement diminué. Elles ont plutôt augmenté aux membres supérieurs et s'étendent de l'épaule sur les parties voisines de la poitrine et du dos, en formant des réseaux de trainées rougeâtre pâle avec desquamation fine presque collodionnée. Dans le flanc gauche est une plaque de 6 à 7 centimètres, mal délimitée mais circonscrivant très exactement deux îlots de peau saine.

En janvier l'éruption présente toujours les mêmes caractères, mais les plaques ont changé de forme et de situation : c'est ainsi que la plaque signalée le mois précédent dans le flanc gauche a disparu, mais on trouve une grande plaque réticulée au niveau de l'omoplate gauche, et sur le pectoral gauche une plaque grande comme une pièce de 5 francs circonscrivant un îlot de peau saine large comme l'ongle. On remarque en outre à la face palmaire du poignet droit une plaque grande comme une fève rouge, squameuse, bien limitée et nettement saillante et indurée.

On fait mettre une pommade au thiol.

www.libtool.com.cn
 Sur un signe de diagnostic des épithéliomas des régions pileuses.

Par M. AUDRY.

On sait que les épithéliomas primitifs des régions poilues sont assez rares, et qu'en particulier, on ne les observe sur le cuir chevelu que très exceptionnellement.

De plus, ils y sont difficiles à reconnaître. Voici un petit signe qui m'a rendu service en plusieurs occasions, et surtout dans un cas récent où le diagnostic était assez malaisé.

Il s'agissait d'une campagnarde de 50 ans qui était soignée depuis huit années pour une petite plaie du cuir chevelu. Cette plaie occupait le milieu de la zone temporo-pariétale droite; grande comme une pièce de un franc, à peu près circulaire, elle était située au milieu des cheveux; elle était recouverte de bourgeons roses, réguliers, exactement semblables à ceux qui recouvrent une plaie exubérante quelconque. La peau voisine n'était nullement modifiée.

Depuis 8 ans, la malade présentait par périodes des croûtes à ce niveau, ou une petite plaie à peu près indolente qui se cicatrisait plus ou moins complètement; elle avait été, à plusieurs reprises, cautérisée par le médecin traitant qui n'y attachait aucune importance. Il n'y avait aucune adéno-pathie.

Toutefois, je n'hésitai pas à affirmer la nature épithéliomateuse de la lésion en m'appuyant sur ce seul fait : *que des bourgeons, ou d'entre les bourgeons charnus sortaient encore un certain nombre de cheveux noirs encore solidement implantés.*

J'extirpai l'ulcération; le microscope montra d'une manière évidente qu'il s'agissait d'un ulcus rodens du cuir chevelu, sans globes cornés; entre les lobules, et au-dessous d'eux, on retrouvait aisément les follicules et les poils parfaitement conservés.

Ainsi, on devra songer à un épithélioma toutes les fois qu'une ulcération chronique, même d'apparence régulière, laissera voir des poils ou des cheveux persister dans son aire d'érosion bourgeonnante.

Lupus érythémateux à début bulleux.

Par M. AUDRY.

On a signalé des bulles au début ou au cours des formes aiguës du lupus érythémateux. Mais ces mêmes phénomènes paraissent très rares dans les variétés chroniques, vulgaires. En voici un exemple :

Il s'agit d'une jeune fille que j'ai pu suivre pendant 9 années consécutives. C'était, il y a 9 ans, une enfant de 13 ans, grosse et grasse. Le père était mort d'une cardiopathie; la mère vit encore ainsi qu'une sœur unique,

bien portante. Depuis plusieurs années, la fillette présentait des crises épileptiformes; ces crises n'ont pas cessé de se renouveler à des intervalles plus ou moins rapprochés; elles sont plus fréquentes et plus intenses au voisinage des règles. Tantôt ce sont des crises complètes avec chute, morsure de la langue, émission d'urine, parfois suivies de sugillations sanguines; tantôt ce sont des crises avortées: obnubilation rapide, incomplète, sans perte totale de la conscience. Il y a du rétrécissement du champ visuel, de l'ovaralgie, a un clou hystérique, de l'inversion des phosphates. Les neurologistes qui l'ont étudiée (elle a été internée plusieurs mois) ont conclu à des crises de grande hystérie plutôt qu'à de l'épilepsie.

C'est vers l'âge de 13 ans, après l'établissement des règles, que les accidents nerveux prirent toute leur intensité. La malade prenait du bromure de potassium lorsque, brusquement, dans l'espace de quelques heures, la face se couvrit de grosses bulles pleines d'un liquide clair. Ces bulles occupaient les deux saillies malaires, les deux régions orbito-temporales, les angles rétro-maxillaires, le menton, le milieu du nez. Elles furent traitées par des cataplasmes, s'affaissèrent, devinrent croûteuses. Ces lésions disparurent ainsi lentement. J'ai vu pour la première fois cette malade 2 ans plus tard. A ce moment, tout était guéri, sauf deux plaques de la région malaire. Les autres lésions avaient disparu, laissant toutefois des surfaces blanches, légèrement déprimées, recouvertes d'un épiderme un peu gaufré.

Quant aux joues, elles présentaient au point indiqué, un peu en dedans de la saillie malaire, au-dessous du bord inférieur de l'orbite, deux petits placards de 3 centimètres de diamètre environ, irrégulièrement dessinés. Le centre était saillant, d'un blanc rosé, grenu, brillant. Les bords étaient entourés d'une bande de coloration rose qui débordait un peu sur la peau saine. Il s'agissait de deux efflorescences de lupus érythémateux bien caractérisées; j'ajoute que cette malade a été vue par plusieurs de nos collègues (Brocq, W. Dubreuilh, etc.) et qu'ils n'ont pas hésité à y voir un lupus érythémateux.

Au cours des huit années qui se sont écoulées, la maladie a régressé avec une extrême lenteur. C'est à peine si on peut la considérer comme guérie; c'est la photothérapie qui paraît avoir amené l'amélioration définitive. Actuellement, la rougeur périphérique a disparu ainsi que la saillie du placard; il reste une surface décolorée, un peu grenue, d'aspect légèrement cicatriciel.

Toutefois, elle a présenté il y a 5 ans, en dehors de tout traitement interne, indépendamment du bromure de potassium (qu'elle n'a jamais voulu reprendre), 4 ou 5 petites bulles, grosses comme des haricots disséminées sur les lèvres et le menton. Je les ai vues, elles ont disparu en 8 ou 10 jours sans laisser de traces. La malade et sa mère affirmèrent que, aux dimensions près, elles étaient semblables à celles qui avaient marqué le commencement de la maladie. J'ajouterai qu'il y a 3 ans, la malade a présenté sur la jambe gauche 3 ou 4 petites tuberculides papulo-nécrotiques très bien caractérisées dans leur aspect et leur évolution, et plus tard deux petites lésions tout à fait comparables à celles de l'érythème induré de Bazin. Enfin, elle a eu des adénites chroniques sous-maxillaires.

La malade joint à tous ces accidents une dermatophobie intense, telle qu'elle se cloître impitoyablement; elle a beaucoup engraisé; il y a 3 ans, en 8-10 jours, son ventre et ses hanches se sont couverts de vergetures violettes.

On est naturellement amené à se demander si l'éruption bulleuse du début ne s'est pas produite sous l'influence du bromure de potassium. A cela on peut répondre qu'une éruption semblable quoique moindre, s'est produite plusieurs années après la cessation de l'emploi de ce médicament. De plus, il resterait ce fait extraordinaire de lésions de lupus érythémateux développées sur des territoires de bulles bromo-potassiques.

La Société décide que la séance de juillet sera consacrée à la discussion de la question suivante : « La syphilis à la deuxième génération ». M. E. Fournier est désigné comme rapporteur.

Le Secrétaire,

L. BRODIER.

SÉANCE DU 4 MARS 1904

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrage offert à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : A propos du traitement opératoire des chéloïdes, par M. GAUCHER. — Récidive d'alopecie syphilitique; forme en clairières, trois ans et demi après le début de la maladie; pityriasis rosé concomitant, par ALEX. RENAULT. (Discussion : MM. DU CASTEL, HALLOPEAU, FOURNIER, SULZER, LEREDDE.) — Chancres syphilitiques multiples, par M. DANLOS. — Syphilis palmaire récidivante, par MM. GAUCHER et ROSTAINE. (Discussion : MM. DU CASTEL, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU, BASTION, MOTY, JULLIEN, FOURNIER, VERCHÈRE, GALIPPE, SULZER.) — Gomme syphilitique de la langue, par MM. GAUCHER et ROSTAINE. — Dermate bulleuse congénitale à kystes épidermiques, par MM. BALZER et FOUQUET. — Asphyxie locale des extrémités, avec gangrène des phalangettes et sclérodactylie, par MM. BALZER et FOUQUET. (Discussion : MM. MOTY, BALZER, DARIER, BARTHÉLEMY, LEREDDE, LENGLET.) — Ichthyose cornée, par M. DANLOS. (Discussion : MM. DARIER, DU CASTEL, LENGLET, DANLOS.) — Sur un cas de maladie de Recklinghaus en avec surabondance de taches pigmentaires, présence de molluscum fibreux et volumineuse tumeur abdominale, par MM. HALLOPEAU et LEBRET. — Sur deux cas de tuberculides lichénoïdes des membres inférieurs, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD. — Psoriasis et synovite fongueuse, par M. DANLOS. (Discussion : MM. SABOURAUD, DANLOS, BALZER, DU CASTEL, LEREDDE.) — Technique et contre-indications de la radiothérapie, par M. OUDIN. — Nouvelle ampoule pour la radiothérapie des cancers profonds, par M. OUDIN. — Épithéliomatose sur syphilitique de la bouche, par M. AUDRY.

Ouvrage offert à la Société.

Transactions of the American dermatological. Association at its 27th. Annual meeting, 1903.

A propos du traitement opératoire des chéloïdes.

Par M. GAUCHER.

Je n'ai pas assisté à la lecture du procès-verbal de la dernière séance; j'ai été retenu dans mon service, où j'avais des choses plus importantes à faire. Or, en lisant ce procès-verbal dans le bulletin que je n'ai reçu qu'il y a quelques jours, j'y vois qu'un membre de cette Société m'a attaqué à propos de critiques que j'avais formulées relativement au traitement chirurgical des chéloïdes. Ce membre m'accuse même d'avoir manqué de réflexion, et je pourrais lui répli-

quer que c'est lui qui n'a pas réfléchi à ce qu'il a dit, car j'ai l'âge de la réflexion si ce jeune homme ne l'a pas encore.

J'avais présenté mon observation en termes très modérés et très courtois, sans nommer personne; je n'avais l'intention d'être désagréable à qui que ce soit, car cela m'est parfaitement indifférent : *De minimis non curat prætor*. J'avais présenté cette observation uniquement pour mettre mes confrères en garde contre l'ablation chirurgicale des chéloïdes, qui donne toujours une récurrence plus grave que la tumeur primitive. Or, l'opérateur, qui s'est nommé *lui-même*, parce qu'il l'a bien voulu, a d'abord plaidé les circonstances atténuantes et, de fait, il pouvait être jusqu'à un certain point excusable à cause d'une expérience insuffisante. Mais maintenant, il veut soutenir qu'il a bien fait et que les chéloïdes doivent être opérées avec le bistouri. A cette thèse je ne puis souscrire et je répète simplement que, dans le cas particulier, l'opération des chéloïdes a été désastreuse et que, dans tous les cas, c'est une opération mauvaise. C'est d'ailleurs ce que j'ai dit dans l'argumentation de la thèse à laquelle il a été fait allusion. J'ajoute que j'ai prévenu la malade et sa famille de la nécessité d'un traitement de très longue durée par les scarifications. J'ai parlé de 7 à 8 ans. Il serait certainement préférable d'agir plus rapidement, mais à la condition de ne pas employer un remède qui peut être pire que le mal.

Cela dit, je considère cet incident comme définitivement clos et je déclare une fois pour toutes que je ne répondrai plus.

Récidive d'alopecie syphilitique, forme en clairières, trois ans et demi après le début de la maladie; pityriasis rosé concomitant.

PAR M. ALEX RENAULT.

Deux raisons m'engagent à vous présenter le malade, qui fait l'objet de cette communication : la première, son alopecie en clairières qui serait banale s'il s'agissait de la chute inhérente au début de la syphilis; mais, ainsi que vous l'apprendra l'observation, nous avons affaire à une récurrence, trois ans et demi après le début de la maladie et cela malgré un traitement régulièrement suivi, à telle enseigne que l'hypothèse de pelade récidivante pouvait se présenter à l'esprit. La seconde, l'existence sur le tronc d'une éruption, dont le diagnostic est délicat, mais que, pour ma part, je considère comme un pityriasis rosé de Gibert.

Avant d'entrer dans le vif de la question, c'est-à-dire dans la discussion du diagnostic, il importe de vous exposer, aussi brièvement que possible, l'histoire de mon malade.

Je laisse de côté les antécédents héréditaires et personnels, qui n'offrent aucun intérêt.

En 1900, au mois de juillet, chancre syphilitique dans le sillon balanopréputial, accompagné de l'adénite inguinale caractéristique.

Accidents secondaires très légers, sauf, en novembre de la même année, une première atteinte d'alopecie diffuse.

En dehors de cette alopecie, pendant trois ans et demi, aucune manifestation spécifique appréciable.

On peut supposer que cet état de santé apparente a été le résultat de la médication suivie, médication cependant plutôt insuffisante.

Pendant la première année en effet, 5 mois de traitement avec les pilules de protoiodure, à la dose de 10 centigrammes par jour.

En deuxième année, 3 mois et demi de traitement : pilules de protoiodure et sirop de Gibert.

Durant la troisième année, 3 mois de traitement ioduré seulement.

Brusquement, dans les derniers jours de janvier 1904, apparition, au niveau de la partie postéro-inférieure du cuir chevelu, un peu au-dessus de la moitié gauche de la nuque, d'une plaque peladoïde, égale en diamètre à une pièce de 50 centimes.

Le malade, porteur de cette plaque unique, se présente à la consultation de l'hôpital Cochin, où on le considère comme atteint de pelade vraie.

Prescription : attouchement quotidien avec un mélange à 1/10^e d'acide acétique et de chloroforme.

Ainsi que vous pouvez en juger, par la rougeur et l'état cicatriciel des parties, la mise en pratique de cette prescription a été plutôt exagérée.

Quoi qu'il en soit, au bout de 10 jours, l'alopecie atteint toutes les parties du cuir chevelu.

Le malade se décide alors à entrer à l'hôpital, où il est admis le 19 février.

Vous voyez, après rasage, l'état de son cuir chevelu. Son crâne est parsemé d'îlots dénudés, de véritables clairières, irrégulières de forme et de diamètre.

Il s'agit sans nul doute ici d'une alopecie syphilitique exclusive, en dépit de la plaque initiale, cause d'une erreur de diagnostic.

En voici les raisons, indiquées d'ailleurs de vieille date par M. le professeur Fournier :

1° Multiplicité des zones de dénudation ; dans la pelade, plaques plutôt rares.

2° Faible diamètre et irrégularité des clairières, à l'encontre des îlots de pelade, larges et réguliers.

3° Clairières incomplètement glabres. Vous voyez en effet ici, dans l'aire des parties dénudées, quelques cheveux plus ou moins clairsemés.

Aujourd'hui, cette particularité est très nette ; mais dans les premiers jours, qui ont suivi l'entrée, on ne distinguait que des points noirs, correspondant aux orifices pilaires, et donnant déjà un aspect très différent de la plaque lisse, brillante, appartenant à la pelade.

4° Enfin, à la périphérie des clairières, il existe une alopecie

diffuse, sans que les cheveux présentent la disposition en massue, que notre très distingué collègue, M. le D^r Sabouraud, considère comme caractéristique de la pelade.

Inutile d'insister sur les lésions capillaires, constatées au microscope.

On voit très nettement sur certains cheveux la portion radulaire, dépigmentée, atrophiée, terminée par un bulbe plein.

Mais ces lésions, ainsi que l'ont très judicieusement indiqué MM. les D^{rs} Darier et Sabouraud, témoignent seulement d'un état de souffrance de la papille formatrice du poil, et se retrouvent dans tous les états d'intoxication, que celle-ci soit d'origine locale, comme dans la pelade, ou générale, comme dans les maladies infectieuses ; elles n'ont par elles-mêmes aucune valeur séméiologique.

En réalité, je ne vous ai présenté jusqu'ici qu'un exemple vulgaire d'alopecie en clairières. Là ne saurait être l'intérêt de ce malade. La particularité curieuse de cette alopecie est son retour près de trois ans et demi après une première atteinte d'alopecie diffuse, et cela dans un cas de syphilis à manifestations légères et malgré un traitement plutôt sérieux.

En lisant l'article Alopecie du remarquable traité de la syphilis de notre vénéré président, je n'ai pas trouvé mention d'une récurrence aussi tardive. Pareil fait doit donc être prodigieusement rare. Chez notre malade la chute des cheveux a été probablement favorisée par l'état séborrhéique du cuir chevelu. Il y a longtemps du reste que M. le D^r Sabouraud a insisté sur l'influence morbigeène de cet état, d'ailleurs si fréquent.

Dans une discussion mémorable, à la date du 3 février 1897, sur la séborrhée et les alopecies, M. le professeur Fournier a signalé les récurrences de l'alopecie syphilitique peladiforme. Mais ici, il ne s'agit pas de cette variété d'alopecie, dont la nature est encore très discutée, mais de l'alopecie classique en clairières, dépourvue des deux caractères fondamentaux de l'alopecie peladiforme, c'est-à-dire de la surface absolument glabre et de la décoloration tégumentaire concomitante.

Avant de vous décrire l'éruption, qui émaille le tronc et la racine des membres, je vous ferai remarquer, en passant, une autre manifestation spécifique, assez rare chez l'homme, mais bien significative, quand elle existe, c'est la syphilide pigmentaire du cou, que vous pouvez aisément constater, chez ce jeune homme.

Maintenant, si vous découvrez le tronc, vous apercevez, principalement à la partie antérieure de la poitrine et sur l'abdomen, des taches rouges de configuration irrégulière ou encore des cercles dont quelques-uns ont la forme de médaillons ; leur périphérie est franchement rouge ; leur centre, légèrement bistre. Vous retrouvez

ces mêmes éléments à la racine des membres supérieurs et inférieurs et particulièrement à la partie antérieure des aisselles.

Quand on examine ces plaques ou ces cercles à la loupe, on remarque à leur surface quelques squamules, d'ailleurs minimes et rares.

Cette éruption est prurigineuse ; sous l'influence des bains d'amidon, les démangeaisons ont diminué ; elles persistent néanmoins.

Les premiers éléments ont apparu au mois de novembre dernier ; depuis ils se sont multipliés par poussées successives.

Les caractères objectifs et les troubles subjectifs, que nous venons de décrire, l'évolution par poussées successives appartiennent, n'est-il pas vrai, au pityriasis rosé de Gibert, et dans le cas particulier, je ne vois que deux dermatoses qui puissent prêter à confusion : la roséole de retour et l'eczéma séborrhéique d'Unna.

Quatre caractères permettent de distinguer l'exanthème de ce malade de la roséole de retour :

- 1° L'existence de médaillons ; on n'en trouve pas dans la roséole ;
- 2° Le plissement épidermique, que l'on constate à la surface de certains d'entre eux, en étirant l'élément éruptif aux deux extrémités de son diamètre le plus large.
- 3° Le prurit, qui n'existe pas dans la roséole.

4° L'évolution par poussées successives, qui appartient au pityriasis.

Dans notre cas, il n'y a pas à tenir compte de l'état squameux de surface, vraiment trop minime, pour qu'il ait une valeur sémiologique.

La confusion ne saurait également se produire avec l'eczéma séborrhéique.

Le diagnostic différentiel repose surtout ici sur la localisation de l'éruption.

L'eczéma séborrhéique occupe la partie antérieure de la poitrine, la région interscapulaire ; mais il ne siège pas au niveau de l'abdomen, ni à la partie antérieure des aisselles.

Enfin très souvent les cercles sont limités par des débris nettement vésiculeux, dont nous ne voyons pas trace ici.

En résumé, nous concluons, de par les considérations précédentes, au pityriasis rosé et nous espérons que ce diagnostic recevra votre assentiment.

M. DU CASTEL. — Je ne crois pas au pityriasis rosé de Gibert, car les médaillons ne sont pas nets, et il n'y a pas prédominance de l'éruption thoracique, la maladie dure depuis trop longtemps, la durée du pityriasis rosé n'est guère que de 6 semaines, non 4 mois. Si ce malade était syphilitique depuis moins longtemps je serais tenté de regarder son éruption comme étant de nature spécifique.

M. HALOPKAU. — Je suis frappé de ce que ce malade est nettement dermatographique ; ne s'agirait-il pas d'une urticaire chronique ?

M. FOURNIER. — L'éruption ne paraît pas aisée à déterminer, mais l'alopecie me semble franchement syphilitique. Elle n'est pas apparue en son temps, car elle se produit normalement de 3 à 6 mois après le chancre. Je suis persuadé que nous sommes ici en présence d'un des accidents que j'appelle accidents de *syphilis secondaire tardive*. La roséole, par exemple, peut paraître dans la seconde, la cinquième, la sixième année. De même, le psoriasis palmaire, au lieu d'apparaître au sixième mois environ, peut se montrer jusqu'à 10 et 20 ans après le chancre. De même également la plaque muqueuse. MM. Balzer, Tarnowsky et moi en avons relaté des exemples. Le fumeur est particulièrement atteint par ces syphilides *tardives* de la bouche, et les risques de la contagion se renouvellent avec elles.

M. SULZER. — La chronologie classique est assez souvent perturbée : on voit ordinairement les localisations du système nerveux survenir tardivement ; or, certains malades présentent des paralysies oculaires précoces, strabisme externe, paralysie de l'accommodation avant la roséole et avant l'éruption de syphilides érosives. Dans la suite se sont produits les accidents classiques, puis une rechute d'accidents oculaires. Même fait se produit pour l'iritis, le premier symptôme de généralisation peut être l'iritis et j'ai vu l'irido-choroïdite et la rétinite avant tout autre accident secondaire ; j'ai a peu près à mon actif dix de ces manifestations nerveuses comme accident de début de la syphilis.

M. LEREDDE. — Se produit-il des phénomènes généraux au moment de la syphilis secondaire tardive ?

M. FOURNIER. — Les accidents du début étant le plus souvent sans réaction, il n'est pas étonnant qu'il ne se produise pas d'accidents généraux à l'époque de la syphilis secondaire tardive.

Chancre syphilitiques multiples.

Par M. DANLOS.

Malgré le dogme de l'unité du chancre syphilitique, il est très fréquent d'en voir deux et trois sur le même sujet ; au delà de ce nombre les cas sont naturellement plus rares. A ce titre le suivant a paru digne d'être mentionné. Il s'agit d'un sujet qui dans une même séance eut des rapports pénis et buccaux dans lesquels il contracta *sept* chancres.

Cinq occupent la verge. Quatre sont situés symétriquement sur le fourreau. Le cinquième est à cheval sur le méat qu'il entoure complètement. Les deux autres chancres occupent la lèvre inférieure et la face inférieure de la langue du côté gauche à la hauteur de la glande de Blondin.

Tous ces chancres ont des caractères objectifs normaux et sont simplement exulcéreux. A la verge le chancre du méat, bien que simplement

érosif, est plus induré que les autres (urine). Le chancre de la lèvre inférieure n'a que la dimension d'une lentille, il est très dur et couvert d'une fausse membrane adhérente. Le chancre sublingual est également très dur et diphthéroïde ; il fait en outre une saillie de 2 millimètres environ sur la muqueuse ambiante.

Tous ces chancres s'accompagnent de l'adénopathie classique. Légère adénopathie sous-mentonnaire répondant au chancre de la lèvre inférieure. L'adénopathie du chancre sublingual est beaucoup plus forte et occupe la partie latérale gauche du cou, à 5 ou 6 centimètres au-dessous du maxillaire.

Trois des chancres de la verge et celui de la langue sont contemporains. Deux autres (fourreau, lèvre) ne seraient apparus qu'une dizaine de jours après les premiers et sont de *dimension moindre*. Le malade ne peut dire à quel moment s'est montré le chancre du méat.

Malgré la multiplicité des voies d'infection, le malade ne présente pas les malaises précurseurs de la période secondaire, et cependant une ébauche de roséole est déjà visible sur le corps.

Syphilis palmaire récidivante.

Par MM. GAUCHER et ROSTAINE.

La syphilis peut parfois se localiser en un point de l'organisme, s'y cantonner et récidiver sur place. L'histoire de ce malade en est la preuve et mérite d'être rapportée.

En 1895, il eut un chancre de la verge pendant son service militaire et trois jours avant son départ pour le Tonkin. Il fut traité pendant les 40 jours de traversée, puis pendant 15 jours à Hanoi, au moment où apparut sa roséole.

Pendant 5 ans, il n'eut aucun accident, et ne fut pas traité. En 1901, il eut une syphilide ulcéreuse de la paume de la main gauche. Il n'y attacha pas d'importance, partit faire la campagne de Chine et ne se traita pas.

A la fin de la campagne, il avait une large ulcération de la paume de la main.

Il rentre en France et est traité à l'hôpital de Cherbourg où, en 32 jours, les lésions disparaissent par le sirop de Gibert.

Deux mois après, de nouvelles lésions se produisent. Le malade entre à l'hôpital du Havre, où on lui donne du sirop de Gibert. Les lésions s'améliorant lentement, on essaie le traitement du lupus (cautérisations, photothérapie), qui est abandonné au bout de deux mois. On donne alors exclusivement le traitement mixte. La guérison est obtenue en huit jours.

Un mois après, nouvelles lésions toujours au même siège, et nouveau séjour à l'hôpital du Havre, où la guérison est obtenue en six mois par le traitement mixte.

Le malade quitte l'hôpital du Havre en octobre 1903. Quinze jours après, de nouvelles ulcérations s'étant produites toujours au même point, il entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Du Castel, le 18 novembre.

Il en sort le 14 février 1904, ayant eu neuf piqûres de calomel sans qu'une amélioration sensible se soit produite.

Il entre dans notre service le 21 février.

Il présentait alors, sur l'éminence hypothénar à gauche, une ulcération serpigineuse profonde, à fond grisâtre, à bords irréguliers et déchiquetés, sur la face antérieure du poignet gauche, deux ulcérations larges comme une pièce de 20 centimes et une ulcération semblable au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt et sur la face palmaire de la deuxième phalange du pouce. Il avait enfin un peu de stomatite mercurielle.

Actuellement les lésions se sont améliorées et très rapidement. Nous n'avons institué aucun traitement spécifique, à cause de la stomatite, mais nous avons donné à notre malade de l'eau sulfureuse (eau d'Uriage), qui a permis l'utilisation du calomel accumulé dans l'organisme.

M. DU CASTEL. — J'ai eu à traiter ce malade dans mon service il y a trois mois environ : les ulcérations palmaires étaient alors très étendues. Le traitement par le calomel eut peu d'influence et je me suis demandé si le séjour aux pays chauds n'avait pu, en modifiant le terrain, agir sur une syphilis contractée en France pour l'aggraver. Quelle est dans ce cas le facteur de la malignité spéciale de la syphilis? Pourquoi cette syphilis des pays chauds revêt-elle ces caractères de résistance?

M. BARTHÉLEMY. — Je demande à M. Du Castel de vouloir bien préciser ce qu'il entend par *syphilis des pays chauds*. J'avoue que ce que j'en ai observé ne me permet pas de croire qu'il y ait, de par ce fait seul, des manifestations plus graves, plus profondes, plus récidivantes ou plus rebelles au traitement. Je ne discute pas la question de races; certaines races peuvent être plus sujettes aux tabes et à la paralysie générale alors que d'autres sont plus frappées du côté des os ou des téguments. Mais il s'agit ici d'un malade de notre race. Or, ici même, à Saint-Louis, nous voyons des sujets qui ont contracté leur syphilis en France et qui n'ont pas quitté Paris et qui ont des syphilis aussi graves que ceux qui reviennent de l'Indo-Chine ou d'Afrique. Dans les cas que j'ai observés il s'agissait de sujets épuisés, anémiés, n'offrant pas plus de résistance à la syphilis qu'à toute autre infection, de sujets alcooliques (œnosyphilis), ou surtout de sujets qui n'avaient pas suffisamment combattu leur syphilis par le mercure en temps opportun. Or, de tels sujets sont frappés aussi sévèrement à Paris qu'aux pays dits chauds, la chaleur n'étant pas pour la syphilis une condition désavantageuse, à hygiène égale. C'est à peine si l'on peut penser que telle syphilis grave a été engendrée par une syphilis qui n'aurait pas été préalablement mercurialisée.

M. DU CASTEL. — Ce n'est pas ce que j'ai voulu dire; je n'ai pas fait allusion au degré thermométrique. Je crois que le virus syphilitique agit souvent avec plus d'intensité dans les pays chauds pour des raisons qu'il est difficile de préciser; soit qu'il s'agisse de l'influence des races, ou de celle du terrain transformé par l'hygiène, le milieu, les conditions pathologiques surajoutées.

M. HALLOPEAU. — Il est regrettable qu'on ne puisse appliquer le traitement local aux accidents de cette sorte à cause de l'épaisseur de l'épiderme. En d'autres régions on eût obtenu un résultat par ces applications locales.

M. DU CASTEL. — Les moyens locaux pouvaient être et ont été appliqués sans succès, cependant les fissures et les érosions de la partie malade semblaient devoir en favoriser l'action.

M. BASTIAN. — Je n'ai pas vu de syphilis maligne au Tonkin, ni dans les autres colonies, sauf quelques cas exceptionnels. Je ne crois donc pas à la gravité de la syphilis des pays chauds.

M. MORY. — Je m'associe à l'observation de M. Barthélemy; comme lui je pense que la température n'a par elle-même qu'une influence minime sur la syphilis; il est même à noter que dans un service de maladies vénériennes au Tonkin ou en Algérie les formes observées chez les Européens sont à peu près les mêmes que l'on observe à Paris; j'ajouterai même que le paludisme ne m'a pas paru aggraver la syphilis d'une manière appréciable. Ce qu'on voit nettement quand on reçoit des Européens et des indigènes dans un même service, c'est que la syphilis prend une forme particulière sur chaque race, bien que les sources où le mal a été puisé soient les mêmes pour chacune d'elles.

M. BASTIAN. — J'ai vu les syphilis les plus graves à Rio-de-Janeiro et Montévidéo chez les indigènes. Les Français résidant dans le pays étaient moins atteints qu'eux. La question de race était donc, semble-t-il, la plus importante.

M. JULLIEN. — J'appuie énergiquement l'opinion de mon collègue Barthélemy. La chaleur n'est pas un facteur de gravité de la syphilis, je dirai même au contraire. J'ai pu le constater en dépouillant un nombre considérable de travaux sur la *distribution géographique de la syphilis*.

En avançant vers les pays tropicaux, on voit certaines races sur lesquelles la syphilis n'a pas de prise ou qu'elle effleure à peine.

Et nos officiers de marine, gravement atteints en Europe, savent bien qu'ils guérissent par un voyage aux Antilles.

M. FOURNIER. — Ceci est en contradiction avec ce que j'ai vu sur des colons, des marins, revenant des colonies et qui étaient en proie à une syphilis abominable. Les cas majeurs de syphilis venaient d'Indo-Chine, de Chine, du Sénégal.

M. DU CASTEL. — Nous avons vu des syphilis graves rapportées du Tonkin à l'occasion de la dernière campagne. Dernièrement, j'ai soigné deux malades atteints de syphilis graves, l'une prise en Algérie, l'autre en Amérique du Sud. Je crois qu'il faut avoir plus peur des syphilis des pays chauds que de notre syphilis indigène.

M. VERCHÈRE. — Les changements d'habitudes, de terrain, de climat, et surtout la virulence spéciale de certaines syphilis étrangères et vierges de traitement ou d'hérédité, me paraissent expliquer la gravité indéniable à mon sens de syphilis d'origine véritablement exotique.

M. BASTIAN. — Quand on a parlé des soldats venus du Tonkin, on faisait allusion à une syphilis neuve sur terrain neuf. Les tirailleurs algériens arabes ont au moment de la campagne contaminé les femmes annamites, qui ont à leur tour contaminé les Français. La syphilis a été souvent grave pour ceux-ci.

M. MOTY. — J'ai eu un service indigène longtemps, et je n'y ai pas vu de différence entre la gravité commune de la syphilis chez les indigènes et chez les Européens qui y étaient soignés.

M. GALIPPE. — Je signale le mémoire de M. Kermorgant qui traite avec beaucoup de compétence de ce sujet.

M. BARTHÉLEMY. — Que M. Verchère me permette de lui objecter que le terrain joue un rôle aussi considérable que la graine et que telle syphilis grave ne vient pas toujours d'une syphilis grave. J'ai observé, il y a 10 ans, 5 sur 7 jeunes gens qui ont contracté la syphilis la même nuit de la même femme atteinte de syphilis anodine bénigne. Or ces cinq syphilis ont été loin de présenter une marche identique; deux ont été très graves, alors que les trois autres sont restées bénignes, le traitement ayant été à peu près le même.

La source de la syphilis n'est pas tout, il y a le terrain du sujet infecté.

M. HALLOPEAU. — Cette question a été tranchée par M. Jeanselme dans son beau livre sur les affections cutanées des pays chauds.

M. FOURNIER. — Comme exemple de gravité, j'en citerai un qui me revient à l'esprit. J'ai vu un jeune officier venu d'Asie, mourir de ses gommés en Europe, après avoir eu des lésions de cet ordre extraordinairement multipliées et graves.

M. SULZER. — L'impaludisme rend grave la syphilis qui, bien tolérée jusqu'à l'infection malarique, devient grave quand celle-ci survient; j'en connais plusieurs faits.

Gomme syphilitique de la langue.

Par MM. GAUCHER et ROSTAINE.

Voici un malade qui a eu la syphilis en 1889. Il s'est soigné pendant un mois seulement. Cependant, il ne présenta aucun accident jusqu'en 1900. Il eut alors à la partie moyenne de la jambe gauche un placard de gommés dont vous pouvez voir les cicatrices caractéristiques et pour lesquelles il fut traité pendant un mois et demi.

Il y a huit jours, le matin en se levant, notre malade s'aperçut qu'il avait sur la partie gauche de la langue une petite tumeur, dure, absolument indolore et grosse comme un pois. Cette tumeur augmenta de volume progressivement, sans d'ailleurs déterminer aucun signe fonctionnel marqué. Actuellement, vous pouvez voir cette gomme sur la partie moyenne de la moitié gauche de la langue. Elle a le volume d'une grosse noisette; elle

forme une saillie nettement limitée, non ulcérée et recouverte par la muqueuse linguale normale. En la palpant, on la trouve molle, fluctuante, siégeant dans la couche superficielle de la langue.

Il n'y a pas de ganglions et on ne remarque rien d'anormal à l'examen de la cavité buccale.

Ce cas est intéressant d'abord par le peu de virulence de la syphilis, malgré l'absence de traitement, et surtout par la netteté de la lésion qui, fait rare, ne peut être confondue ici avec un épithélioma ni avec une manifestation tuberculeuse.

Dermatite bulleuse congénitale à kystes épidermiques.

Par MM. BALZER et FOUQUET.

Henriette Sta..., âgé 21 mois, nous fut amenée, il y a quelques jours, pour une éruption bulleuse généralisée.

Cette enfant fut mise en nourrice dès sa naissance, de sorte que la mère ignore l'époque précise à laquelle l'éruption a débuté; mais il est certain que celle-ci s'est montrée dans les premières semaines de la vie. Depuis, les poussées bulleuses se succèdent à peine séparées entre elles par un repos d'une quinzaine de jours. Actuellement, la petite malade présente deux sortes d'éléments: des bulles et des kystes épidermiques. Les bulles ont commencé aux coudes, puis se sont généralisées. Il en existe quelques-unes sur le tronc et sur la face, mais elles sont surtout nombreuses aux membres. A gauche, on en voit à l'aisselle, au bras, au pli du coude, au coude, au poignet et à la main, à l'extrémité du petit doigt. A droite, il existe des bulles au coude, au poignet, au petit doigt. Aux membres inférieurs, on peut en voir à la face antérieure des jambes, aux deux malléoles de la jambe droite, sur le dos des pieds, à la malléole externe de la jambe gauche, ainsi qu'à la base du premier métatarsien du même côté.

L'apparition de ces bulles est souvent précédée de démangeaisons qui rendent l'enfant nerveuse et désagréable. Les bulles sont tendues, elles contiennent un liquide citrin clair, quelques-unes renfermaient un liquide légèrement hémorragique. L'examen de ce liquide nous a montré l'existence de cellules polynucléaires et mononucléaires sans éosinophiles.

Le volume des bulles est variable, quelques-unes ont le volume d'un pois, mais d'autres comme au tronc et au pied gauche atteignent la dimension d'une demi-noix. Elles occupent une surface de peau saine et ne sont pas cerclées d'une aréole inflammatoire. Ces bulles se rompent facilement, il se forme une croûte mince, qui lorsqu'elle tombe, laisse à découvert une surface arrondie d'une coloration rouge foncé. Cette tache disparaît elle-même en quelques jours sans laisser de cicatrices. Il y a aussi des bulles sur la muqueuse de la bouche.

A côté de cette éruption bulleuse, il existe, en certains endroits, des groupes confluents de petits nodules blancs, durs, rappelant le milium, du volume d'une tête d'épingle. Ces groupes s'observent surtout aux mains et aux pieds, au niveau des articulations phalango-phalangiennes. Aux mains, il n'en existe pas à la face palmaire; ils sont, par contre, assez

nombreux à la face dorsale des doigts et de la main, sur les troisième et quatrième orteils du pied droit, et à la malléole interne du même côté. A gauche, il en existe sur la face dorsale du petit orteil, à la tête du premier métatarsien, au-dessus de la malléole externe, et au-dessous du genou. La mère n'a pas su nous dire, si ces petits groupes kystiques se formaient sur des régions antérieurement occupées par des bulles. Ces kystes épidermiques ne sont pas prurigineux.

En dernier lieu, on observe chez cette enfant des troubles dystrophiques des ongles, des mains et des pieds. L'ongle du pouce de la main droite est strié transversalement, il est épaissi; aux pieds, les ongles des gros orteils sont portés fortement en dedans, ils vont en s'effilant à leur extrémité libre; en outre ils sont très épaissis et striés.

D'après les renseignements que nous avons pu avoir, les parents sont bien portants et n'ont jamais eu d'affection cutanée. Des trois enfants qu'ils ont eus, le premier, qui a présenté dans les premiers mois de sa vie une éruption bulleuse analogue, serait mort à quatre mois; la deuxième enfant est celle qui fait l'objet de cette observation. La troisième enfant, âgée de deux mois, est actuellement en nourrice et n'a présenté jusqu'ici aucune éruption.

Il faut ajouter que les traumatismes même légers paraissent nettement provoquer les bulles; leur siège aux mains, aux pieds, aux coudes, etc..., montre bien cette influence des traumatismes.

Au moment même où nous présentons cette enfant à la Société, on peut voir à la fesse une longue et large bulle remplie de liquide citrin, et dont la formation rapide ne peut s'expliquer que par un traumatisme, sans doute un frottement plus ou moins rude.

L'affection que présente notre petit malade offre un cas remarquable de dermatite bulleuse congénitale à kystes épidermiques, maladie que M. Hallopeau a décrite sous le nom de forme dystrophique de la dermatose bulleuse héréditaire et traumatique, et M. Brocq sous le nom de pemphigus successif à kystes épidermiques.

La coexistence de production de bulles et de kystes épidermiques au cours de cette affection semble être un caractère objectif assez constant et assez typique pour qu'on doive en faire une entité morbide spéciale; mais on connaît encore mal le rapport qui relie les bulles et les kystes.

Asphyxie locale des extrémités avec gangrène des phalangettes et sclérodactylie.

PAR MM. BALZER et FOUQUET.

X..., âgé de 32 ans, ancien cantonnier, est facteur des postes à Paris depuis deux ans. Il est marié, a eu six enfants dont quatre sont encore vivants. X... est originaire de la Bresse, où l'on rencontre bon nombre de

cas de paludisme; au dire du malade, un de ses voisins du pays serait mort après avoir présenté la même affection que lui, et perdu les doigts et les orteils. Il n'y a dans son passé pathologique, ni syphilis, ni fièvre intermittente. A 20 ans, il a eu une bronchite grave, qui le fit exempter du service militaire; au même âge il eut aussi une scarlatine sérieuse. Jusqu'à l'âge de 28 ans l'état général fut assez bon. Il redoutait cependant le froid, les mains en hiver se couvraient d'engelures.

C'est à 28 ans que semble débiter la maladie qui l'amène aujourd'hui. Aux mois d'avril et de mai 1900, il ressent de violentes douleurs dans les mains, douleurs comparées à des brûlures qui s'irradiaient du côté de l'avant-bras et du bras jusqu'à l'épaule et l'aisselle. C'est pour ces douleurs qu'il entra à l'Antiquaille, de Lyon, dans le service du D^r Gailleton. On lui fait des frictions à l'alcool camphré et au baume de Fioravanti, et on lui prescrit de l'iodure de potassium et des bains tièdes.

A la suite de cette médication, les douleurs cessent, tandis que les deux mains deviennent le siège d'un œdème « énorme », au dire du malade. Aussitôt des sillons circulaires s'établissent à l'extrémité des doigts, les phalanges tombent et les mutilations se font, telles que nous les observons aujourd'hui. Le pouce de chaque main a été épargné.

Au bout de trois semaines environ, il sort guéri de l'Antiquaille, et reprend son métier de cartonnier. L'hiver, les mains redevenaient œdématisées et cyanosées; pendant quelques jours, il était dans l'impossibilité de continuer son dur métier de cartonnier. Il rentre à nouveau faire un séjour d'un mois à l'Antiquaille, où il prend de l'arséniate de soude.

Il vient ensuite à Paris comme facteur des postes. Le 24 février 1904, un médecin de l'administration, ému à la vue des mutilations des mains et craignant un cas de lèpre ou d'affection contagieuse, l'envoie à Saint-Louis, où nous le voyons. Le malade ne présente comme lésions que celles des mains, il n'a rien ailleurs. Ce qui frappe surtout, c'est le caractère de symétrie des mutilations digitales. En outre, la main est froide, cyanosée. Cette cyanose diminue beaucoup en été. Les pouces sont intacts, l'index ne présente qu'une cicatrice à l'extrémité sans amputation de phalanges. Les trois autres doigts sont très raccourcis, ils sont terminés en pointe conique, le petit doigt ne présente qu'un court moignon. La peau des doigts est sèche, rosée, luisante, dure, sclérosée, difficile à pincer. Les ongles ont disparu, à peine en reste-t-il quelques vestiges noirâtres.

Les membres inférieurs ne présentent aucune lésion, les oreilles, le nez, les lèvres ne sont pas cyanosés. On ne trouve aucune lésion cardiaque. Les artères ne semblent pas sclérosées. Le pouls bat régulièrement à 70 pulsations.

Quant à la sensibilité, elle est absolument normale. Le malade est maigre, pâle, et bien qu'il ne tousse plus d'une manière habituelle, il présente assez bien l'habitue des tuberculeux.

Le caractère particulier qu'offre cette observation, c'est la rapidité avec laquelle se sont faites les mutilations des deux mains et l'arrêt qui semble ensuite s'être établi dans l'évolution de l'affection. En outre, c'est la localisation unique aux extrémités digitales. La scléro-

dactylie, comme cela est assez fréquent, parait s'établir consécutivement à l'asphyxie locale.

Le malade dit qu'il ne mangeait pas de pain de seigle dans son pays, et qu'il n'en a pas mangé depuis qu'il l'a quitté. La cause de cette maladie de Raynaud reste un peu obscure ; il faut cependant tenir compte de la tuberculose pulmonaire dont il a été atteint certainement à l'âge de 20 ans, et nous croyons que ce cas vient à l'appui de l'opinion de ceux qui pensent que la tuberculose doit toujours être recherchée dans les antécédents des sujets atteints de maladie de Raynaud, bien que l'on ne sache pas bien encore le rôle qu'elle peut jouer dans sa pathogénie.

M. MOTY. — Je demanderai à M. Balzer si le champ visuel du malade a été pris. Voici une affection qui est manifestement générale puisqu'elle se traduit par une lésion symétrique des deux membres supérieurs ; de plus, elle est intermittente, ce qui exclut l'idée d'une lésion artérielle grave et définitive. Dans ces conditions on est amené à mettre en cause le fonctionnement du système nerveux.

M. BALZER. — L'examen du système nerveux n'a pas encore été fait complètement.

M. DARIER. — Il y a lieu, je pense, de distinguer nettement et de classer dans des catégories à part les cas de gangrène au cours de la sclérodactylie, et ceux qui dépendent de la maladie de Raynaud, comme chez le malade qu'on nous présente. Dans la sclérodermie, la gangrène est un accident ultime qui ne survient que lorsque la sclérose des doigts est totale jusqu'aux os. Dans la maladie de Raynaud de forme typique, comme il n'y a ni artérite, ni névrite, il faut admettre que c'est le spasme artériel qui peut aller jusqu'à provoquer la nécrose des tissus, si surprenant que cela paraisse. Certaines localisations de la gangrène dans cette maladie excluent la pathogénie par artérite, la gangrène du nez et des oreilles par exemple. On a pu rencontrer la syphilis ou la tuberculose chez ces sujets atteints de maladie de Raynaud, mais le fait est certainement inconstant. En tout cas, lorsqu'on est en présence d'une artérite suffisante par elle-même pour expliquer la gangrène, ce n'est plus une maladie de Raynaud laquelle est par définition une angio-névrose.

M. MOTY. — Le fait que la maladie se présente par crises est peu favorable à l'idée d'artérite.

M. BARTHÉLEMY. — Dans la léproserie de Bergen, en 1884, il y avait plusieurs malades analogues aux malades de M. Balzer ; elles étaient rendues infirmes par la sclérodermie et sclérodactylie qu'on distinguait facilement de lésions lépreuses objectivement identiques par le fait de la conservation de la sensibilité. Autrefois, on considérait ces malades comme des arthritiques et elles finissent habituellement par l'urémie. Je me souviens d'en avoir montré un cas à Paris à notre éminent collègue Zambaco-Pacha qui, malgré la conservation de la sensibilité, a pensé que le diagnostic d'une

forme spéciale de lèpre pouvait être maintenu. J'avoue ne pas avoir partagé cet avis.

J'ai observé récemment un syphilitique anémié et insuffisamment traité par le mercure au début et qui, lymphatique et arthritique, c'est-à-dire ayant une fragilité congénitale des vaisseaux, a, 15 ou 18 ans après le chancre, des troubles alternatifs de circulation tels qu'il y a tantôt de la rougeur violacée des orteils et tantôt des pieds de cire. Ces phénomènes ont déjà abouti à la chute gangreneuse de deux orteils et ce n'est vraisemblablement pas fini. M. Besnier a vu le malade avec moi, M. Pierre Marie aussi et ce dernier qui a observé, avec son maître Charcot, pas mal de cas de gangrène dite sénile, même quand il s'agit comme ici d'un homme de 45 ans, m'a dit n'avoir jamais rencontré de tels faits que chez d'anciens syphilitiques. On peut admettre qu'il s'agit d'artérite tertiaire et que la syphilis, et même l'hérédosyphilis, ne sont pas toujours étrangères au syndrome de la maladie de Raynaud. On peut ajouter enfin que, du temps de Raynaud, beaucoup de symptômes qu'on sait maintenant devoir être rapportés à la syphilis, n'étaient pas attribués à cette cause.

M. LEREDDE. — Il peut y avoir des artérites latentes, dans les cas mêmes où rien ne les peut déceler; il convient de plus de remarquer que la maladie de Raynaud est un syndrome.

M. BALZER. — L'idée d'artérite me paraît très acceptable, mais je crois avant tout qu'il faut admettre le spasme vasculaire et l'influence de la syphilis, de la tuberculose ou d'autres processus infectieux.

M. LENGLET. — Il est des cas où les troubles se produisent évidemment en dehors de toute artérite préexistante par action vaso-tropho-motrice; on en peut citer comme exemples, les hémorragies du sein chez les hystériques, le dermographisme, les ecchymoses du tabes, les troubles vasculaires vaso-moteurs de la démence sénile, etc., etc. La gangrène, les sugillations, les stigmates hystériques, sont, bien qu'on ne puisse actuellement en donner l'interprétation pathogénique exacte, des phénomènes de même ordre. Il y a donc là toute une classe particulière où le trouble nerveux commande la lésion périphérique et où l'artérite ne saurait être primitivement mise en cause. Ceci dit, bien entendu, sans préjudice du rôle que le traumatisme, l'infection, l'intoxication jouent dans d'autres cas.

Ichthyose cornée.

Par M. DANLOS.

Malade de 25 ans, atteint d'ichthyose généralisée. Aucun détail sur le développement, le sujet dit simplement qu'il s'est toujours connu dans le même état et que ni ses ascendants ni ses frères et sœurs ne présentent rien de semblable. La maladie, très nettement caractérisée, a tous les symptômes classiques. Des polyèdres cornés, séparés par de profonds sillons, dessinent à la surface de la peau une mosaïque dont les éléments ont jusqu'à 5 et 6 millimètres d'épaisseur. Ils rappellent un pavage régulier.

lier et, sur certains points (bords axillaires) où les sillons séparatifs sont plus rapprochés, prennent une apparence presque foliacée sans avoir moins de hauteur. Leur couleur générale est noire. Au-dessous d'eux quand on les arrache ou qu'ils tombent, la peau se montre rouge hérissée de débris épidermiques blancs.

La maladie affecte la distribution ordinaire. La paume des mains, la plante des pieds, les ongles sont presque absolument respectés. Il en est de même du scrotum, mais non de la verge et du gland qui sont revêtus d'une véritable carapace cornée, plus mince toutefois que celle des parties voisines. Même le sillon balano-préputial habituellement découvert est recouvert d'enduit corné. Poils pubiens conservés mais secs et peu abondants. Sur le haut du tronc en avant et en arrière, l'ichthyose est très atténuée, mais elle est très développée sur la totalité des bras et des membres inférieurs. Le cou est relativement respecté, et la face l'est presque complètement de même que le cuir chevelu dont les cheveux, normaux mais clairsemés, émergent d'une peau en desquamation séborrhéique. Malgré l'immunité presque complète de la face, la barbe existe à peine. Rien sur les muqueuses toutefois, malgré l'âge peu avancé du malade (25 ans), plaques des fumeurs aux commissures labiales. Aucun autre antécédent morbide que des abcès froids avec cicatrices enfoncées (sternum, aisselles, cou); pas de syphilis acquise ou autre. A noter seulement que les plis de flexion, coude, aines, aisselles, creux poplités, loin d'être respectés sont aussi frappés que les surfaces d'extension, circonstance qui rapproche ce cas de l'ichthyose dite congénitale, dont il se distingue par l'absence d'ectropion et de toute déformation auriculaire. Dans les plis, à cause de la persistance de la sécrétion sudorale, les squames présentent l'aspect macéré. Dans le dos, abondant développement de follets, surtout dans les points où l'ichthyose tend à s'atténuer. Atrophie des poils axillaires.

M. DARIER. — J'attire tout particulièrement l'attention sur l'état des plis articulaires qui sont tous envahis chez ce malade.

M. DU CASTEL. — Je remarque en outre les grandes plaques desquamées où la peau apparaît lisse, légèrement érythémateuse et complètement privée de toute squame lui donnant un aspect ichthyosique.

M. LENGLET. — A ces deux remarques qui viennent d'être faites par MM. Darier et Du Castel j'ajoute celle-ci : le système pileux a subi une évidente exagération d'activité car les follets sont serrés, longs et abondants dans toute la région dorsale, et loin d'être couchés sous les squames et cachés par elles ils les traversent. Il y a au contraire agénésie des phanères de la barbe. Ces caractères : apparence spéciale de l'éruption, prise des plis, chute facile de nappes cornées laissant à nu une peau non hyperkératosée, follets abondants traversant l'hyperkératose, rapprochent ce cas des hyperépidermotrophies ou érythrodermies ichthyosiformes de Brocq.

M. DANLOS. — La desquamation par places semble due à ce que le malade a subi une violente pression et a été pansé avec des cataplasmes.

www.libtool.com.cn

Sur un cas de maladie de Recklinghausen avec surabondance de taches pigmentaires, présence de molluscum fibreux et volumineuse tumeur abdominale.

Par MM. H. HALLOPEAU et LEBRET.

Il résulte des faits publiés par l'un de nous que les différents cas de maladie de Recklinghausen, tout en présentant les caractères qui permettent de les rattacher à ce type morbide, offrent, pour la plupart, des particularités dignes d'intérêt : il en est ainsi pour la malade que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui.

La nommée Sel..., âgée de 42 ans, entre le 21 février au 25, salle Lugol. Elle ne peut renseigner exactement sur le mode de début de ses altérations cutanées, mais il résulte cependant de ses indications qu'elles n'ont pas toutes été congénitales et qu'elles évoluent : c'est ainsi que les taches pigmentaires n'auraient paru qu'il y a une quinzaine d'années, que le début de la grosse tumeur abdominale n'aurait eu lieu qu'un an auparavant et qu'elles continueraient, celle-ci à augmenter de volume, celles là à se multiplier. Aucun membre de sa famille n'a été atteint d'affection semblable.

Nous indiquerons seulement, dans l'histoire de cette malade, les particularités qui la distinguent des formes habituelles de cette affection.

Le phénomène le plus frappant est la *surabondance des taches pigmentées* : intéressant toutes les parties de la surface cutanée, sauf les régions palmaires et plantaires, elles sont confluentes au cou et dans la région inter-scapulaire, très serrées sur les autres parties du tronc ainsi que sur les membres ; elles sont moins nombreuses au visage.

La plupart de ces plaques sont d'un brun pâle, non saillantes : leurs dimensions habituelles varient de celles d'un grain de millet à celles d'une petite lentille ; on en voit cependant un certain nombre qui atteignent plusieurs centimètres de diamètre ; enfin, toute la surface cutanée présente une coloration jaunâtre légèrement bronzée que l'on pourrait considérer comme une esquisse, addisonnienne ; il y a de l'hyperkératose plantaire : les muqueuses sont indemnes.

Les nodules fibromateux sont assez nombreux ; on en compte 43 ; ils présentent, pour la plupart, les caractères classiques ; nous indiquerons seulement l'aspect de l'un d'eux qui rappelle celui d'un *grain de raisin sec écrasé* ou d'une *vessie de caoutchouc vidée*, et l'existence de *molluscums fibreux* avec tous les intermédiaires entre ces tumeurs et les nodules fibromateux.

La *grosse tumeur* siège au niveau du rebord des fausses côtes à gauche. On la limite facilement en bas où son bord inférieur se détache nettement, en haut et à gauche, elle se perd sous le rebord costal. La peau est mobile sur elle. Son volume est celui d'une petite tête de fœtus.

Elle est lisse, uniformément dure, mate à la percussion, et se soulève à chaque mouvement respiratoire sans subir l'abaissement diaphragmatique.

A droite, une zone de sonorité la sépare du foie. Cette tumeur est indolente. Quand on fait contracter le grand droit de l'abdomen, elle se

trouve fixée par ce mouvement : ce fait indique qu'elle siège dans ce muscle ou immédiatement au-dessous de lui.

Quelle est la nature de cette tumeur? en raison d'une vague fluctuation, on pourrait penser à un kyste : une ponction pratiquée par M. Guinard avec une seringue de Pravaz a donné des résultats négatifs; il s'agit donc d'une tumeur solide : les vraisemblances sont en faveur d'une néoplasie conjonctive de même nature que les nodules cutanés; nous serons bientôt renseignés à cet égard d'une manière positive, car, dès demain, M. Guinard doit en pratiquer l'ablation; cette opération est en effet indiquée en raison de l'accroissement que présente depuis quelque temps cette masse morbide et des sensations pénibles dont elle est le siège.

Nous devons signaler enfin l'existence de sensations de fourmillements et d'engourdissement dans le bras gauche, surtout au niveau des doigts; elles font soupçonner l'existence, sur le trajet du plexus brachial, d'une tumeur non accessible à la palpation.

Si l'on cherche à établir quelles peuvent être l'origine et la filiation de ces manifestations multiples qui semblent de nature diverse, on est conduit à admettre un trouble embryonnaire dans la nutrition du corps muqueux ainsi que des gaines nerveuses et peut-être aussi, comme on l'a soutenu, des gaines vasculaires et des enveloppes glandulaires : il appartiendra aux embryologistes d'élucider la question, en tout cas, il ne semble pas que la localisation admise par Feindel dans l'ectoderme réponde à la réalité des faits, car les néoplasies conjonctives indiquent que le feuillet moyen participe aux altérations.

Sur deux cas de tuberculides lichénoïdes des membres inférieurs, avec immunité pulmonaire.

Par MM. H. HALLOPEAU et VIELLIARD.

Cette présentation offre un intérêt surtout clinique : l'éruption de la nommée R... avait des caractères tellement insolites qu'il semblait impossible d'arriver à un diagnostic ferme, quand la comparaison avec celle de notre second malade est venue, croyons-nous, donner la solution du problème.

L'observation de la nommée R... peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Antoinette R..., âgée de 27 ans, cuisinière, entre le 5 février 1904, salle Lugol, lit n° 8.

Jusqu'à l'âge de 12 ans, il n'y avait rien d'anormal sur les téguments du membre inférieur gauche, sauf qu'elle portait une tache bleuâtre « de naissance » au niveau du mollet, Cette tache, qui a pâli depuis mais qu'on retrouve encore aujourd'hui, paraît être constituée par un nævus.

C'est au niveau de ce nævus que l'affection cutanée observée aujourd'hui paraît, d'après les affirmations de la malade, avoir débuté. En effet, petit à petit, les téguments de la jambe se sont pigmentés par places, avec des pous-

sées très nettes, un peu prurigineuses au moment des règles. Peu à peu, en une dizaine d'années environ, les lésions cutanées ont pris l'aspect que nous leur voyons aujourd'hui. En effet, il y a 6 ans, la malade assure avoir eu un eczéma généralisé pour lequel elle a été traitée à Saint-Louis et qui a guéri, et elle affirme que, depuis ce temps, son affection cutanée ne s'est modifiée, ni comme intensité, ni comme étendue.

Elle est actuellement constituée par plusieurs placards pigmentés.

L'un d'eux frappe surtout par son étendue : Il occupe toute la région antérieure de la jambe depuis un travers de main environ au-dessous de la pointe de la rotule jusqu'au niveau de l'interligne tibio-tarsien. D'autres plaques, beaucoup moins importantes, plus ou moins reliées au placard principal, plus ou moins séparées par des intervalles de peau saine, occupent la région interne de la jambe et la partie postérieure du dos du pied.

Sur le mollet, on voit la plaque arrondie, de consistance moindre, dont nous avons déjà fait mention : il paraît bien s'agir d'un nævus.

En regardant de plus près les plaques pigmentées décrites ci-dessus, on s'aperçoit qu'elles sont formées d'une infinité de petites papules agminées entre lesquelles on aperçoit de légers sillons. D'autre part, à la périphérie des grands placards, on observe de petits éléments papuleux isolés ou groupés par deux ou trois, de la même couleur violet noirâtre que les grandes plaques, de la dimension moyenne d'un gros grain de mil. Ces papules présentent une consistance remarquable.

On ne voit de dépressions punctiformes en aucun point de la surface de ces éléments isolés ou agminés.

Au niveau des régions atteintes, la peau est indurée, elle a perdu son élasticité normale et donne la sensation de sécheresse ; elle y semble aussi plus chaude à la palpation que dans les parties saines. On y réveille, par une pression forte, une douleur assez vive.

Sur le reste du corps, il n'existe aucune autre lésion cutanée.

Dans les antécédents de la malade, il est impossible de retrouver des stigmates de tuberculose viscérale. Elle ne tousse jamais, n'a jamais eu d'hémoptysies, etc. A la percussion et l'auscultation des poumons, on ne relève aucun signe de cette maladie.

Nous avons pensé, au premier abord, à un lichen anormal : l'aspect brillant des papules et leur coloration d'un rouge violacé plaidaient en faveur de cette interprétation : nous ne pouvions méconnaître cependant que la forme ovale ou arrondie des papules, l'absence de dépressions punctiformes et de stries opalines ainsi que de prurit n'étaient pas d'accord avec cette première impression, et nous restions dans le doute, quand la comparaison avec une dermatose presque identique coïncidant avec des altérations évidemment tuberculeuses est venue éclairer la question.

Voici en résumé l'histoire de ce second malade :

X..., âgé de 46 ans, électricien, salle Bazin.

Antécédents héréditaires. — Le père paraît être mort de tuberculose pulmonaire. La mère aurait eu un lupus au bras.

Antécédents personnels. — Sauf son affection cutanée, le malade dit avoir toujours été bien portant. Il est atteint d'une tuberculose du membre inférieur droit qui date de sa première enfance.

Il est souvent venu à Saint-Louis. Dès 1872, il était soigné par Lailler; en 1891, il fut traité par M. Besnier; enfin, dans ces dix dernières années, il est fréquemment revenu dans notre salle Bazin.

Il présente, au niveau du pied, une large surface ulcérée empiétant un peu sur le bord interne de la plante, mais occupant surtout la partie interne de la face dorsale ainsi que la région malléolaire interne.

C'est une ulcération suintante, à bords irréguliers, assez profonde et dont le fond, en grande partie cicatrisé, présente de nombreux tubercules jaunes, sucre d'orge, de la grosseur d'une tête d'épingle.

Sous l'influence du permanganate de potasse, l'ulcération tuberculeuse a présenté une amélioration des plus nettes; le malade affirme que, depuis longtemps, son affection n'avait eu autant de tendance à la guérison.

On observe vers la racine des orteils, sur leurs faces palmaires et plantaire, de nombreuses végétations recouvertes d'épiderme. On voit encore quelques-unes de ces végétations, mais moins exubérantes, au-dessus et en arrière de la malléole interne.

Sur presque tout le reste du membre inférieur droit, c'est-à-dire à la jambe, au genou et dans les deux tiers inférieurs de la cuisse, il existe de larges placards violets, formés d'éléments arrondis, légèrement saillants et agminés. Certains d'entre eux, isolés des principaux placards et séparés de ceux-ci par des intervalles de peau saine, se présentent sous forme de petites papules arrondies, de la dimension d'une petite lentille, violacées et faisant une légère saillie au-dessus de la peau saine. Au toucher, ces petites papules offrent une consistance assez marquée. Cette sensation d'induration est surtout nette au niveau des grands placards; la peau en ces points a perdu son élasticité naturelle.

Notons encore de fines squames blanchâtres recouvrant en partie les régions malades.

Pas de douleur spontanée, ni provoquée; un peu d'hypoesthésie au niveau de la place atteinte. Une plaque typique de lupus, avec nodules de coloration sucre d'orge, se trouve sous l'extrémité inférieure de l'omoplate.

On trouve encore quelques plaques typiques de moindre importance dans les régions fessières et lombaires.

Malgré ces nombreuses lésions cutanées, datant pour certaines de plus de trente ans, l'état général du malade est en somme satisfaisant.

On ne relève dans son histoire aucun symptôme fonctionnel apparent de tuberculose pulmonaire et, ni la percussion, ni l'auscultation, ne révèlent rien qui puisse faire soupçonner que ses sommets soient touchés.

Nous noterons encore une fois, en passant, cette remarquable immunité des voies respiratoires chez ce malade atteint depuis tant d'années de tuberculoses des plus graves du tégument externe; cette infraction à la loi de Louis montre une fois de plus que les *différents tissus du même individu peuvent offrir des terrains de culture très inégaux au bacille de Koch*; chez celui-ci, c'est le tégument

externe, chez tel autre ce sera le squelette, chez tel autre l'appareil ganglionnaire, qui seront exclusivement intéressés, et, chose remarquable, cette localisation de la prédisposition n'est pas, en général, transmise héréditairement : c'est ainsi que l'on voit, dans une même famille, des coxalgiques, des lupiques, des méningitiques et des phthisiques ; il est au contraire exceptionnel d'y observer plusieurs lupiques.

Le point sur lequel nous désirons surtout attirer l'attention, c'est la grande ressemblance qui existe entre les nodules lupiques du membre inférieur droit de ce malade et les nodules signalés chez notre femme de Lugol ; elle est telle qu'elle nous paraît conduire à identifier la nature des deux dermatoses et à conclure par conséquent que l'éruption énigmatique de la première malade n'est autre qu'un lupus anormal ; l'examen histologique d'une de ses papules, enlevée ces jours derniers pour en faire la biopsie nous fera savoir si nous sommes dans le vrai.

Il est probable que cette éruption doit surtout ses caractères particuliers de coloration à son siège déclive, bien qu'il ne soit pas rare de voir au pied des nodules sucre d'orge.

Nous concluons de cette discussion que le *lupus de la jambe peut présenter particulièrement dans la couleur, la forme et la consistance de ses éléments, des caractères particuliers, qui, au premier abord, rendent le diagnostic difficile et le rapprochent objectivement des lichens.*

Psoriasis et synovite fongueuse.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un malade de 35 ans, infirmier dans un service de chirurgie et atteint depuis 15 ans de psoriasis, depuis 14 mois de synovite tuberculeuse du poignet droit. Le psoriasis, de gravité moyenne, est disséminé et assez intense à la figure. La synovite atteint les gaines des tendons fléchisseurs et extenseurs du poignet avec nécrose partielle du radius. L'articulation radio-carpienne semble peu atteinte si l'on en juge par le degré de conservation des mouvements. L'aspect des lésions, fistules, fongosités, suppurations, est typique de la tuberculose. D'ailleurs aucun antécédent de syphilis acquise, aucun stigmate d'hérédité. Altération de la voix rauque et enrouée depuis plusieurs mois. Pas de signes rationnels ou physiques de tuberculose pulmonaire.

Cette coïncidence du psoriasis et de la tuberculose est exceptionnelle. Si le psoriasis s'associe à nombre de dermatoses (eczéma, syphilides, séborrhée, etc.), s'accompagne quelquefois de glycosurie, d'albuminurie modérée, ou de rhumatisme chronique, son association à la tuberculose cutanée ou autre est exceptionnelle ; et

à ce titre le malade présenté nous paraît offrir quelque intérêt.

A l'époque où la notion de l'herpétisme n'avait pas d'adversaires, on disait que le psoriasis était la dartre des organismes forts. Il est certain qu'on l'observe plutôt sur des sujets exempts de tares.

M. SABOURAUD. — Le psoriasis coexiste souvent avec d'autres dermatoses comme la pelade, le lichen plan; et il arrive qu'une dermatose peut prendre l'aspect du psoriasis après avoir longtemps évolué sous une forme apparemment différente.

M. DANLOS. — Oui, cela est connu, mais ce qui l'est moins c'est l'évolution d'un psoriasis sur le terrain cachectique d'un tuberculeux.

M. DU CASTEL. — Quelle est la chronologie de ces deux affections associées?

M. DANLOS. — Le psoriasis est antérieur à la tuberculose.

M. BALZER. — A titre de document, je signale que j'ai vu le début du psoriasis se produire au moment où évoluait un chancre syphilitique chez deux malades.

M. LEREDDE. — Il y a une explication naturelle à l'association de la tuberculose et du psoriasis chez le malade de M. Danlos.

Il est infirmier et s'est sans doute contaminé au cours de son service hospitalier. Je crois qu'on trouverait dans les hôpitaux généraux cette coexistence plus fréquente qu'elle le paraît ici où nous voyons seulement des malades qui viennent consulter pour un psoriasis et non pour la tuberculose.

Technique et contre-indications de la radiothérapie.

Par M. OUDIN.

J'ai déjà eu, au cours de l'année 1902, l'honneur de vous exposer une méthode radiothérapique qui me semblait rationnelle et avec laquelle je considérais les accidents de radiodermite grave comme impossibles. Je prends, vous disais-je, une ampoule maintenue par son osmo-régulateur de 2 à 5 centimètres d'étincelle équivalente fournissant des rayons de 5 à 7 au radio-chromomètre pour les affections superficielles, de 7 à 10 pour les affections profondes. Je la maintiens aussi près que possible de la peau pour couvrir la surface malade, c'est-à-dire à 5 ou 10 centimètres des téguments, et je fais une séance tous les deux jours en commençant par des temps très courts, de deux à quatre minutes suivant la distance. A chaque nouvelle séance j'augmente le temps de pose d'une demi-minute jusqu'à ce qu'apparaisse l'érythème bénin, toujours bénin dans ces conditions, qui commence de 12 à 24 heures après la séance, s'accompagne d'un peu de chaleur et de démangeaisons et disparaît au bout de quelques

heures. C'est de l'apparition de cet érythème que je fais pour ainsi dire la base de ma méthode. Il me sert de pierre de touche pour apprécier les temps de repos et les durées des séances consécutives. Sa recherche systématique me dispense, toutes les conditions physiques restant constantes, cela va sans dire, de m'inquiéter du voltage et de l'ampérage auxquels je n'accorde d'attention que pour les maintenir toujours au même point. Je sais, pour chaque malade, que l'érythème apparaît toujours au bout de tant de minutes. Je me tiens pendant quelques séances à ce temps critique si je veux provoquer de la radiodermite simple, je reste un peu deçà, et je crois que le plus souvent c'est le mieux, dans les autres cas. Et dans l'apparition de cet érythème bénin intervient pour chaque malade une sorte de coefficient personnel très variable, une vraie idiosyncrasie aussi indiscutable ici qu'elle est hypothétique pour la radiodermite profonde.

Je ne veux pas insister sur les points de détail de cette technique que j'ai d'ailleurs exposés à différentes reprises. Si je suis revenu sur ses grandes lignes, c'est pour en arriver à ceci qu'elle nous laisse toujours maître du temps qui sépare les séances et de leur durée, nous permettant de les modifier proportionnellement à la susceptibilité de chaque malade qui nous fournit son critérium individuel, et nous faisant employer l'agent thérapeutique à petites doses graduellement croissantes que nous pouvons facilement diminuer ou espacer, alors que surviennent des accidents sur lesquels je désire attirer tout particulièrement votre attention, maintenant que la radiothérapie du cancer est à l'ordre du jour.

L'action des rayons X sur les tumeurs malignes, et tout particulièrement sur les sarcomes et les épithéliomas, est en effet indéniable. Après quelques séances on constate une régression manifeste des néoplasmes, leur diminution de volume, leur ramollissement; j'ai même pour ma part pu observer la guérison complète d'un épithélioma du sein, et j'ai actuellement en traitement deux sarcomes, dont l'un mélanique de la face, enrayés et s'améliorant tous les jours. Mais en présence de ces résultats on doit se demander ce que deviennent ces tissus cancéreux que l'on voit ainsi disparaître si rapidement. Ils sont résorbés, mais sous quelle forme? Ont-ils perdu déjà, par l'action des rayons, leur caractère infectieux, ou bien devons-nous craindre de voir tout l'organisme véhiculer des germes morbides encore vivants, capables de provoquer soit une généralisation miliaire, soit des foyers viscéraux secondaires?

Je crois pour ma part à cette résorption, mais certainement les produits résorbés n'ont qu'une virulence très atténuée qui permet à l'organisme de les détruire rapidement et de les éliminer, à condition que leur quantité ne soit pas trop grande, et que les moyens

de défense de l'organisme ne soient pas débordés par des apports trop abondants ou trop fréquemment renouvelés.

Si on a affaire à une petite néoplasie, un épithélioma de la face par exemple, on peut sans inconvénients procéder par séances massives, comme pour une épilation ou un lupus, en se basant sur les indications du chromo-radiomètre; mais quand on traite une tumeur volumineuse, on doit toujours craindre en agissant ainsi de provoquer une généralisation contre laquelle il sera trop tard pour réagir quand elle se manifesterait dans les jours qui suivront la séance.

J'ai vu chez tous mes malades cancéreux, après la troisième ou quatrième exposition aux rayons X, apparaître les mêmes symptômes d'infection générale : courbature, grande lassitude, fièvre légère, inappétence, vomissements ou diarrhée, facies grippé, quelquefois toux et dyspnée, qu'on pourrait mettre sur le compte d'une résorption simple de toxines si en même temps on ne voyait la tumeur diminuer de volume; ce qui implique fatalement, surtout alors qu'il n'y a pas d'ulcération, la résorption de matériaux solides. Si on n'a pas été trop loin et qu'on suspende les séances au bout de trois à quatre jours, on voit ces symptômes s'amender rapidement et disparaître; on peut alors recommencer le traitement, mais je crois qu'on fera bien de ne plus pousser jusqu'au point où s'est produite cette infection. J'ai actuellement en traitement une malade, portant une récurrence ganglionnaire et cutanée de cancer du sein opéré, chez laquelle ces symptômes sont constants et d'une netteté indiscutable, dès que je dépasse cinq minutes d'exposition. Je suis bien persuadé que si je passais outre et si je ne lui laissais pas, en faisant des séances courtes séparées par des intervalles suffisamment longs, le temps d'éliminer les produits résorbés, j'arriverais très vite à des accidents viscéraux graves ou à une généralisation miliaire.

Voici résumée en quelques lignes l'observation d'une autre malade chez laquelle ces symptômes se sont présentés sous leur forme pour ainsi dire type; et c'est pour cela que je vous demande la permission de vous la citer.

OBSERVATION I. — M^{me} D..., 75 ans. Large cancer en cuirasse du sein droit. Ulcération profonde et sanieuse occupant toute la région mammaire, entourée de volumineux bourgeons d'une dureté presque cartilagineuse, nombreux petits nodules cutanés sur toute la paroi thoracique. La tumeur est fixe sur le thorax. L'ulcération s'étend jusqu'à la région axillaire, mais sans qu'on sente de masse ganglionnaire isolée, pas non plus de ganglions sous-claviers. Pas d'œdème du bras. État général excellent. Femme maigre, vigoureuse, très active, qui n'a que très peu souffert de sa tumeur qu'elle prend pour de l'eczéma; aussi n'a-t-elle jamais voulu entendre parler d'opération. Jamais elle n'a été malade. Son appétit est excellent, ses

forces conservées. Elle fait remonter à trois ans le début de l'ulcération et depuis lors n'a jamais cessé de faire de longues promenades à pied.

17 décembre 1903. — Début du traitement. Une séance tous les deux jours. Ampoule à 10 centimètres de l'ulcération. Ét. Eq. 4 centimètres. Première séance, 5 minutes.

23 décembre. — Depuis avant-hier se sent très fatiguée, n'a pas d'appétit, est courbaturée, tousse un peu, a dans le dos des points qui l'empêchent de dormir. Je remets la séance à demain.

25 décembre. — État général meilleur, mais n'a pas recouvré son appétit. Une séance de 5 minutes.

26 décembre. — Les mêmes accidents qu'antérieurement ont reparu avec plus d'acuité. Fatigue intense, petite toux continue; un peu de matité et d'égophonie à la base droite, pas de râles. La malade attribue son état à de la grippe, bien que jamais elle n'ait été grippée jusqu'aujourd'hui. Elle n'a pas mal à la gorge. Je la remets à une date indéterminée.

9 janvier 1904. — L'état général a été de plus en plus mauvais, bien que la température n'ait pas dépassé 38° (27 et 28 décembre). L'inappétence a été absolue. La toux est restée très violente jusqu'au 4 janvier, mais toujours sèche. Maintenant, elle a à peu près disparu. L'appétit revient. Les douleurs générales ont cessé depuis le 5 janvier, mais il reste encore un peu de dyspnée et d'endolorissement de la région scapulaire droite. Plus de matité ni d'égophonie. Malgré cela l'état général est encore mauvais, la faiblesse telle que la malade, si alerte il y a quinze jours, peut avec peine monter mon étage. Elle est pâle, a encore la langue très chargée. L'état local est sensiblement amélioré. Les gros bourgeons très durs qui entouraient l'ulcération se sont ramollis et affaissés. Les petits nodules cutanés sont moins saillants, moins larges, et moins durs.

13 janvier. — Grande amélioration. Plus de toux, bon appétit, les forces reviennent rapidement. Plus de douleurs. Je reprends les séances tous les trois jours, 3 minutes et demi par séance.

20 février. — Les symptômes généraux ne se sont plus reproduits, l'état local est excellent, l'aspect de la plaie complètement transformé, elle est rétrécie de près de moitié.

Ici, vous le voyez, en interrompant les séances, tout est complètement rentré dans l'ordre et je n'ai pas eu de suites graves à déplorer. Malheureusement, il n'en a pas toujours été ainsi et au début de ma pratique radiothérapique, insuffisamment informé de la possibilité de ces accidents, j'ai vu se produire dans des conditions presque identiques trois généralisations rapides que je veux vous dire en quelques mots.

Obs. II. — M^{me} L..., 72 ans, m'est amenée par les D^{rs} Vibert et Doumer, le 18 juin 1903. C'est une femme grande, forte, à teint rose, sans apparence cachectique, à état général excellent, présentant une volumineuse tumeur du sein gauche, avec gros engorgement ganglionnaire axillaire et sous-clavier. Large ulcération suintante de 10 centimètres de diamètre. Dès la quatrième séance, la malade se plaint de son appétit qui décline rapidement. Nous constatons à la palpation de l'empâtement de la région hépatique. Séances tous les deux jours 5 minutes en face du foie, 8 minutes à 12 centimètres du sein. L'état local s'améliore rapidement. Dès le 30 juin,

le volume du sein a diminué d'au moins un tiers. État général très mauvais, inappétence absolue, vomissements, faiblesse extrême, pâleur cachectique. Le 6 juillet, elle est incapable de se lever, a des quintes de toux très pénibles. Le foie dépasse maintenant de trois travers de doigt la ligne au nitrate d'argent marquée le 25 juin. Ictère. Mort le 15 juillet, moins d'un mois après le début du traitement.

Obs. III. — M. G..., 42 ans, confrère présentant une deuxième récurrence d'un sarcome du membre supérieur gauche. Aujourd'hui l'épaule est prise. Très volumineuse tumeur. Ulcération de la cicatrice d'amputation. Pas de ganglions. Homme d'apparence vigoureuse. Appétit bon. Digestions normales. Douleurs violentes surtout la nuit. Première séance le 15 septembre, 4 centimètres. Et. Eq., 5 minutes en face du moignon et 8 minutes à 10 centimètres de la face antérieure de l'épaule. Dès le 1^{er} octobre, il y avait une amélioration locale notable, tumeur moins grosse, moins tendue, plus de douleurs la nuit, mouvements de la tête bien plus faciles, et pourtant insomnies persistantes, pas d'appétit, douleurs dans le ventre et la région inguinale droite. Le 3 octobre, teinte jaune paille, aggravation des symptômes généraux. Urine rare, très trouble. 1^{er}, 20 d'albumine. Nausées et vomissements. Le 8 octobre, région hépatique douloureuse, foie débordant de quatre travers de doigt. Amaigrissement, faiblesse extrême. Le malade, se rendant parfaitement compte de la gravité de son état, retourne dans son pays et meurt le 1^{er} novembre, six semaines après la première séance.

Obs. IV. — L'histoire de cette malade que nous suivions avec le D^r Pochon, pourrait être calquée sur la précédente. Volumineux sarcome récidivé de la cuisse chez une femme se défendant parfaitement au point de vue général. Amélioration locale par le traitement, mais très rapidement apparition de symptômes gastro-intestinaux graves, intolérance gastrique presque absolue, cachexie rapide, etc., bref, évolution fatale en quelques semaines d'une affection qui, en raison de l'excellent état général de la patiente, semblait plutôt devoir se terminer par l'extension locale de la tumeur.

Chez ces trois malades l'identité des symptômes, leur forme franchement infectieuse, la mort rapide qui les a suivis, ne peuvent laisser de place au doute, c'est bien d'une généralisation rapide qu'il s'est agi. Ils prennent d'ailleurs un caractère d'une netteté indiscutable quand on les rapproche des nombreux faits analogues mais plus bénins que j'ai observés depuis.

Les Américains, qui font de la radiothérapie bien plus couramment que nous, et depuis plus longtemps, ont certainement observé des accidents analogues, puisqu'avec Morton ils conseillent, quand on a affaire à une grosse tumeur inopérable, d'en faire pourtant enlever la plus grande partie avant de commencer le traitement. Et je sais, dans la pratique de plusieurs collègues français, des faits de même nature. Je crois qu'il est bon de les publier parce que nous devons tâcher d'en empêcher le retour, et parce que tous nos efforts

doivent tendre à bien préciser la technique d'une méthode nouvelle qui comme toutes autres a pu faire des victimes à ses débuts, et victimes combien déjà compromises, mais qui nous donne aussi des résultats inespérés.

Nouvelle ampoule pour la radiothérapie des cancers profonds.

Par M. OUDIN.

J'ai présenté dernièrement à l'Académie des sciences un tube de Crookes, destiné au traitement des cancers du col de l'utérus, du rectum, ou de la langue. Il était constitué par une ampoule portant en face de l'anticathode un prolongement en doigt de gant pouvant s'introduire dans les cavités naturelles.

Cette ampoule était soufflée dans du cristal épais très peu perméable aux rayons X, sauf l'extrémité du doigt de gant, faite en verre ordinaire. On peut ainsi porter presque au contact du néoplasme la partie active sans léser les muqueuses ou les orifices.

De cette ampoule ainsi construite partiraient des étincelles très pénibles pour la malade et qui la mettraient certainement de suite hors d'usage. Je les évite complètement en engainant le prolongement dans un tube d'ébonite un peu plus large que lui et rempli de pétrole, le pétrole et l'ébonite étant très transparents aux rayons X. La protection avec cette gaine est parfaite. Mais à l'usage j'ai reconnu à ce tube un grand inconvénient. L'ampoule en cristal durcit avec une rapidité extrême et est très vite hors d'usage.

Le tube que je vous présente aujourd'hui et que construit la maison Gaiffe, n'a pas cet inconvénient. Les parties actives en sont recouvertes d'une chemise de plomb, sauf à l'extrémité du prolongement. La protection par l'ébonite et le pétrole reste la même. Il me donne toute satisfaction.

Je crois qu'il peut aussi avoir un intérêt pour le traitement des petits épithéliomas de la face, de l'angle de l'œil, de l'aile du nez, en permettant facilement de les atteindre sans risque pour les régions voisines.

Épithéliomatose sur syphilitique de la bouche.

Par M. Ch. AUDRY.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que datent les premiers travaux sur les rapports qui peuvent exister entre la vérole et le cancer. Je rappelle en passant les travaux de Verneuil et de ses élèves sur les hybrides de ce genre. D'autre part, nous savons tous quel rôle la syphilis joue dans l'établissement des leucoplasies buccales, et quelle

parenté, unit celles-ci à l'épithélioma. L'observation qui suit a pour but de bien montrer que l'épithélioma de la bouche, en l'espèce épithélioma de la muqueuse de la joue, peut être causé par la syphilis sans l'intermédiaire du processus leucoplasique.

X..., âgé de 62 ans, ancien boulanger, dit s'être toujours bien porté. Il a eu deux enfants, un garçon mort à 15 ans, une fille vivante et bien portante. Sa femme est morte; elle n'a pas eu de fausses couches. Personnellement, il n'accuse aucun antécédent, n'avoue que des blennorrhagies.

Il y a deux ans qu'il a renoncé à son métier. Il souffre de la bouche depuis une année. Il se présente à la policlinique le 5 janvier et entre dans le service le surlendemain.

C'est un homme petit, amaigri, pâle, presque cachectique. Depuis quelques semaines, il parle et déglutit avec difficulté; il respire bruyamment en dormant; ce dernier symptôme était si marqué qu'il troublait le sommeil des malades de la salle.

A l'examen de la bouche, on note une ulcération superficielle du rebord de la lèvre inférieure au voisinage de la commissure gauche. D'ailleurs, presque toute la muqueuse de la lèvre est d'un rose violacé. La face interne de la joue gauche est rouge, tuméfiée, sillonnée, mamelonnée. Au centre de la lésion, au niveau de l'union des dents, ulcération linéaire à fond jaunâtre. L'ensemble est ferme, plutôt que dur. Au voisinage de la petite plaie, la muqueuse est comme papillomateuse.

Lésions semblables sur la face interne de la joue droite, mais sensiblement plus souples, et avec une ulcération moins étendue.

Sur le côté droit de la langue, sorte d'excavation profonde dont les parois sont formées par la muqueuse linguale d'aspect papillomateux, rouge; il n'existe d'ulcération manifeste qu'au fond même de cette dépression; la langue est souple, indolente.

Au laryngoscope, toute la région épiglottique paraît tuméfiée, infiltrée, rouge, d'aspect presque œdémateux; l'épiglotte profondément déformée est à peine reconnaissable. Cette infiltration descend dans la cavité laryngée et s'étend jusque sur les bandes ventriculaires qui sont envahies. Aucune ulcération. Nez normal.

Dents mauvaises; pas de chicot au niveau de la dépression linguale. Un ganglion au niveau de l'angle maxillaire gauche; traces d'albumine dans les urines.

État général misérable. Le malade se plaint de digérer très péniblement; il vomit quelquefois le matin, ou après les repas, souffre au niveau de l'épigastre, mange très peu. L'exploration ne révèle pas de tumeur abdominale. Jamais d'hématémèse ni de melæna.

On commence immédiatement le traitement mercuriel: injection intramusculaire de 2 gouttes d'huile de mercuriol de Blomquist (à 90° diluée d'un égal volume d'huile d'amande desséchée); gargarismes d'eau oxygénée. Il fut fait en tout 6 injections à 5 jours d'intervalle.

L'amélioration apparut dès le troisième jour: disparition rapide des troubles de la voix; déglutition meilleure; les ulcérations se détergent, etc.

Après la sixième injection, la joue droite était complètement cicatrisée,

ainsi que la langue; l'infiltration épiglottique et laryngée si considérable, avait presque totalement disparu. L'ulcération de la joue gauche était seule stationnaire; l'ulcération de la lèvre était guérie depuis longtemps. Cependant le malade conservait un état général précaire; l'albumine restait d'ailleurs à l'état de traces; l'appétit semblait un peu relevé. Tout à coup, le malade déclina, toussa un peu, se mit à cracher, offrit de la dyspepsie; ni fièvre, ni douleurs, ni plainte. A l'auscultation : *pneumonie du sommet*. Le lendemain, expectoration rouillée abondante. Mort en trois jours.

L'autopsie ne put être faite en raison de l'attitude de la famille. Elle ne nous aurait probablement rien appris, car on avait facilement pu suivre l'évolution des lésions, et l'examen laryngoscopique avait été pratiqué l'avant-veille de la mort.

Au bout d'une semaine il semble que l'ulcération de la joue gauche est moins améliorée que les autres. Excision d'un fragment des bords, puis d'un fragment des bords des deux autres lésions (langue, joue droite); alcool, paraffine, etc. Le microscope permet de constater ce qui suit :

1° Joue gauche : il existe purement et simplement un épithélioma du type le plus vulgaire, exactement conforme à celui qu'offrent les tumeurs de ce genre nées sur les muqueuses sans l'intermédiaire préalable de leucokérotose; c'est de l'épithélioma lobulé *sans globes cornés*.

Le revêtement épithélial s'enfonce en prolongements irréguliers qui arrivent dans la profondeur à former des nappes ou des aires morcelées de cellules épithéliomateuses plus ou moins atypiques, plus ou moins dégénérées, mais dont la structure malpighienne reste presque toujours manifeste grâce à la persistance de la structure filamenteuse.

Au milieu d'une de ces nappes existe un beau plasmode multinucléé entouré de polynucléaires.

Tout le tissu dans lequel plonge cette végétation est du tissu conjonctif extrêmement enflammé. Les faisceaux conjonctifs ont perdu toute trace d'orientation ou de systématisation. Ils sont le théâtre d'une infiltration cellulaire extrêmement intense, lymphocytaire en particulier; beaucoup de noyaux nus, de débris de chromatine. En un point une cellule géante isolée. L'infiltration cellulaire est d'autant plus intense qu'on examine des couches plus profondes. Dans les parties superficielles au-dessous de l'épiderme de recouvrement, il existe surtout de l'œdème et quelques cellules plasmatiques. L'épithéliomatation n'a pas son origine dans l'épithélium de recouvrement, mais trouve son point de départ à l'extrémité des prolongements interpapillaires extraordinairement allongés et bouleversés.

2° Langue et joue droite : les coupes offrent dans les deux cas des lésions semblables : l'épithélium présente une acanthose intense se caractérisant par l'allongement des colonnes interpapillaires; c'est ce que l'on appelait autrefois de la papillomatose. Mais chaque prolongement garde son individualité, reste typique, isolé, circonscrit. Nulle part il n'aboutit à une formation traduisant l'épithélioma.

Le derme est la proie d'une violente inflammation, surtout lymphocytaire, d'autant plus intense qu'on s'avance dans la profondeur; ni cellules géantes, ni formation nodulaire d'aucune espèce.

Au-dessous de l'épiderme de recouvrement, au sommet des papilles conservées, mais allongées : de l'œdème, dilatation considérable des vaisseaux. Infiltration beaucoup moins dense que dans la profondeur.

En résumé, lésions syphilitiques des joues, de la langue et du larynx, guéries par Hg. sauf en un point où s'est installé un épithélioma. Celui-ci représente l'aboutissant et la déviation du processus d'acanthose engendrée par l'irritation chronique sous-muqueuse syphilitique, acanthose qui n'a point dépassé la forme dite papillomatose sur les autres points, même ulcérés.

Cette acanthose pseudo-papillomateuse est exactement comparable à celle qui recouvre si souvent les nodules lupiques et dont la tuberculose verruqueuse nous offre le plus parfait exemple. Il y a eu chez notre malade épithélioma sur syphilis, comme il y a épithélioma juxta-lupique.

Bien des épithéliomas de la langue, principalement des variétés infiltrées et dures, n'ont ni une autre nature, ni une autre cause. Voilà pourquoi le calomel les améliore. Il faut se décider à voir dans la syphilis l'amorce d'un grand nombre de cancers de la bouche.

Le secrétaire,

LENGLET.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1904

Présidence de M. Alfred Fournier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Sur l'extirpation des chéloïdes, par M. LEREDDE. (Discussion : MM. GAUCHER, LEREDDE.) — Rapport de M. le Secrétaire général sur la situation morale de la Société et la gestion du Comité de direction. — Le dosage en radiothérapie et son tracé graphique, par M. BÉCLÈRE. (Discussion : M. BISSÉRIÉ.) — Maladie osseuse de Paget améliorée par le traitement antisiphilitique, par MM. GAUCHER et ROSTAINE. — Maladie osseuse de Paget, par MM. DU CASTEL et SEMPER. (Discussion : M. FOURNIER.) — Origine syphilitique de l'appendicite, par M. GAUCHER. (Discussion : MM. EDM. FOURNIER, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU, DE LAVARENNE, LE PILEUR, GAUCHER.) — Tuberculose cutanée papuleuse en plaques, par MM. GAUCHER et WEILL. — Deuxième note sur un cas de maladie de Recklinghausen avec surabondance de taches pigmentaires et volumineuse tumeur abdominale, par MM. HALLOPEAU et FRANÇOIS DAINVILLE. — Sur une victime de la séborrhée, par M. HALLOPEAU. — Sur un cas de xanthomes lenticulaires avec diabète maigre, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD. (Discussion : M. DARIER.) — Épidermolyse bulleuse congénitale, par MM. HALLOPEAU et SÉE. (Discussion : MM. FOURNIER, DARIER.) — Syphilide pigmentaire généralisée, par M. DANLOS. (Discussion : MM. FOURNIER, QUEYRAT, HALLOPEAU, THIBIERGE, BARTHÉLEMY.) — Lichen de Wilson avec flot de réserve au niveau d'un vésicatoire, par M. DANLOS. (Discussion : M. DARIER.) — Cancer cutané très amélioré par la radiothérapie, par M. DANLOS. — Deux nouveaux cas de sarcoïdes multiples sous-cutanées, par M. DARIER. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DARIER.) — Sur quelques cas de balanite à microorganismes strictement anaérobies, par M. RUST. — Syphilis et cancer de la bouche, par M. AUDRY. — Deux ichthyosiques fils d'un syphilitique, par M. AUDRY. — Phlycténose récidivante et dermatite polymorphe douloureuse, par M. CARLE. — Élections.

Ouvrages offerts à la Société.

JACOBI. — *Atlas des maladies de la peau*. Traduction française.

L. RAYNAUD. — Service des consultations cutanées à l'hôpital de Mustapha. Extr : *Bulletin médical de l'Algérie*, 1904.

MIBELLI. — *La clinica dermo-siflopatica*, 1903.

GRÖLL. — Syphilis et grossesse. Extr : *Dauphiné médical*, 1903.

— Sels mercuriels dans le traitement de la syphilis. Extr : *Dauphiné médical*, 1903.

— Sérumthérapie antisiphilitique. Extr : *Dauphiné médical*, 1904.

www.libtool.com.cn

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL.

Sur l'extirpation des chéloïdes.

Par M. LEREDDE.

J'ai prié notre collègue Gaucher d'être présent à cette séance pour que je puisse répondre à ce qu'il a dit à la dernière réunion ; il ne m'avait pas en effet prévenu de son intention de parler à nouveau de l'extirpation des chéloïdes. Par respect pour la Société de Dermatologie, par respect pour moi-même, je désire en finir.

La note de M. Gaucher contient des inexactitudes, malgré l'âge de l'orateur et le temps qu'il a pris pour réfléchir à la rédaction. Notre collègue insinue que je l'ai attaqué en janvier dernier ; c'est une erreur : je répondais simplement à sa communication de décembre qui a paru, à tous ici, agressive. Il affirme avoir parlé en termes modérés et courtois : c'est inexact. Il laisse entendre que s'il n'a pas nommé le médecin qui avait soigné la malade, c'est par bienveillance pour ce médecin : c'est faux. Je me suis nommé parce que, lorsque j'ai agi selon ma conscience, je ne crains l'opinion de personne... ni celle de M. Gaucher.

Enfin notre collègue dit avoir annoncé aux parents de la malade qu'il faudrait sept ou huit ans pour la guérir par les scarifications : c'est certainement inexact.

Comme je désire rester dans la note habituelle à nos discussions, aucune n'ayant jamais pris à la Société de Dermatologie le caractère de celle-ci, je rappellerai seulement qu'en décembre, M. Gaucher a manqué aux règles déontologiques suivies ici et dans toute société savante en attaquant devant une malade par lui présentée les actes du médecin qui l'avait soignée. Je pense que notre collègue voudra bien s'expliquer enfin, s'il reprend la parole, sur ce côté de la question qu'il a eu tort de négliger ; il est dommage qu'il ne soit pas venu à une séance où la discussion a porté sur ce sujet, séance où je l'avais prié également de venir et où tout le monde a regretté son absence. La discussion n'a pas été insérée dans les comptes rendus de la Société, mais M. Gaucher en a certainement entendu parler et doit savoir ce qui s'y est dit.

M. GAUCHER. — Je n'ai rien à dire, car il y a des choses auxquelles je ne réponds pas et qui ne méritent pas de réponse. Je trouve d'ailleurs que cette petite histoire a duré trop longtemps, vu qu'elle ne présente aucun intérêt, ni pour la Société ni pour moi.

M. LEREDDE. — Nous sommes exactement du même avis.

www.libtool.com.cn

Rapport de M. le Secrétaire général sur la situation morale de la Société et la gestion du Comité de direction.

L'activité scientifique de notre Société reste toujours aussi grande, comme on peut s'en assurer en parcourant les nombreux et très étudiés travaux que renferment nos *Bulletins*. Ceux-ci restent toujours une grosse dépense pour la Société et quelques membres se sont préoccupés de rechercher s'il n'y aurait pas moyen d'en atténuer l'importance.

Votre Comité de direction a étudié la question : il s'est abouché avec un certain nombre d'éditeurs. Les frais d'impression demandés ont toujours dépassé, quelquefois sensiblement, le chiffre que nous payons actuellement.

Dans ces conditions il a paru à votre Comité qu'il n'y avait rien à changer à votre mode d'impression actuel.

Restait encore la question de savoir si les comptes rendus de notre Société devaient continuer à paraître avec les *Annales de dermatologie*. Tous ceux qui ont suivi dans ces dernières années le mode de publication des sociétés savantes savent que celles-ci sont toutes à la recherche d'un journal médical qui veuille bien s'annexer leurs comptes rendus, et leur assurer ainsi une plus grande publicité. Il ne semble pas que ce soit au moment où toutes les autres sollicitent leur annexion à un journal que notre Société doive rompre avec celui qui veut bien accueillir nos publications.

Votre Comité de direction est d'avis que le mieux est de continuer le mode de publication auquel était arrivé le regretté Vidal, si dévoué à notre Société, après plusieurs essais malheureux.

Notre Société a été heureuse de lui voir venir, comme *membres titulaires* :

MM. Lacapère, Lévy-Bing, Sabatié, Meynet, Paris, Chompert.

Comme *membres correspondants* :

MM. Stelwagon (Philadelphie), Macleod (Londres), Rosenthal (Berlin), Azua y Suarez (Madrid), Olavide (Madrid), Castelo (Madrid).

Nous souhaitons tous la bienvenue à ces nouveaux collègues et nous ne doutons pas qu'ils continuent par leur activité à faire la gloire de notre Société.

Le dosage en radiothérapie et son tracé graphique.

Par M. BÉCLÈRE.

Avant de vous présenter plusieurs malades traités par la radiothérapie et de vous soumettre les tableaux graphiques sur lesquels sont figurés la marche du traitement et le dosage de l'agent thérapeutique, permettez-moi quelques commentaires préalables.

Au cours de l'année 1902, j'ai déjà insisté ici, à deux reprises, sur l'importance des mesures exactes en radiothérapie et sur les instruments qui servent à ces mesures. Dans une première communication (1), je vous ai montré comment le radiochromomètre de Benoist permet de définir et de mesurer la *qualité* des rayons fournis par une ampoule radiogène à un moment donné de son fonctionnement, comment les ampoules réglables et, au premier rang, les ampoules à osmo-régulateur de Villard nous donnent le pouvoir d'obtenir à volonté la qualité de rayons dont nous avons besoin, enfin comment le spintermètre nous aide à maintenir les ampoules au même degré de résistance électrique et par suite à leur faire émettre la même qualité de rayons pendant toute la durée des séances du traitement.

Dans une seconde communication (2), à mon retour de Vienne, je vous ai apporté le chromoradiomètre du D^r Holzknecht qui permet de mesurer la *quantité* de rayons absorbée par la peau.

La mesure du facteur *quantité* dépasse en importance celle du facteur *qualité* puisque les *réactions thérapeutiques dépendent essentiellement de la quantité de rayons absorbée* (loi de Kiemböck).

Sans doute il faut compter avec d'autres facteurs d'ordre biologique, avec l'âge du malade, la région de la surface cutanée, l'état phlegmasique ou non phlegmasique du tégument, la nature et le degré de la lésion, très probablement aussi avec des différences individuelles. Il n'en reste pas moins qu'un facteur d'ordre physique, *la quantité de rayons absorbée*, joue dans les réactions thérapeutiques le rôle capital.

Pour répéter la conclusion par laquelle je terminais récemment un article de vulgarisation dans la *Presse médicale* (3) : *le dosage en radiothérapie est aujourd'hui facilement réalisable ; le médecin doit toujours le pratiquer aussi exactement qu'il est possible.*

Quant aux avantages d'un dosage exact, à la fois pour les malades, pour les médecins et pour les progrès de la radiothérapie, il me paraît superflu de les énumérer de nouveau après la démonstration éclatante que vient d'en donner récemment M. Sabouraud. Son mémoire des *Annales de l'Institut Pasteur* (4), sur le traitement des teignes cryptogamiques, peut être proposé en exemple à tous ceux qui s'occupent de radiothérapie. Il faut louer notre collègue de guérir les teigneux, de les guérir à coup sûr, sans accident, en une

(1) Les mesures exactes en radiothérapie. *Société française de Dermatologie*, 9 janvier 1902.

(2) Seconde note sur les mesures exactes en radiothérapie. *Société française de Dermatologie*, 6 novembre 1902.

(3) Le dosage en radiothérapie, procédés et instruments. *Presse médicale*, 3 février 1904.

(4) *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 janvier 1904.

seule séance et d'abaisser ainsi, de dix-huit à trois mois, la durée moyenne de la maladie, mais ce dont il faut, je crois, le louer surtout, c'est d'avoir donné une formule générale du traitement que peuvent adopter et appliquer les médecins de tous les pays, quelle que soit la diversité de leur outillage.

Cette formule, vous la connaissez : pour provoquer, sans réaction inflammatoire apparente, la dépilation du cuir chevelu indispensable à la guérison, la dose nécessaire et suffisante de rayons de Röntgen absorbée par la peau est de 4,5 à 5 unités H.

En possession de cette formule, le médecin peut employer une ampoule d'une autre forme et d'une autre fabrication que celle dont se sert M. Sabouraud ; il peut remplacer la machine statique, en usage à l'hôpital Saint-Louis, par une bobine d'induction, de faible ou de grande puissance ; il peut modifier la distance de l'ampoule à la peau. S'il a soin de faire absorber au cuir chevelu exactement la quantité de rayons indiquée, il obtiendra exactement les mêmes succès thérapeutiques que notre collègue, et le praticien de campagne, au moyen d'une petite machine mise en mouvement à la main, les obtiendra aussi bien que le médecin d'hôpital pourvu des appareils les plus puissants, le temps dépensé sera seulement pour le premier notablement plus long que pour le second.

Il était bon que le problème du dosage dans la radiothérapie des teignes cryptogamiques fût tout d'abord résolu, la solution en est relativement facile et s'exprime par une formule très simple. En effet, chez des sujets à peu près du même âge, c'est une même région de la surface cutanée qui présente des lésions de même nature et de même profondeur ; de plus, la dose nécessaire à la guérison est inférieure à celle qui provoquerait une radiodermite appréciable ; on peut donc la faire absorber tout entière en une seule séance, il y a même grand avantage à agir de cette manière.

Dans le traitement d'autres affections justiciables de la radiothérapie, en particulier dans le traitement des néoplasmes cutanés et sous-cutanés, la diversité des lésions aux multiples points de vue de l'âge des sujets, de la topographie régionale, de la structure histologique, des dimensions en surface et surtout en profondeur, de l'évolution clinique et de la tendance à la propagation à distance par les voies lymphatiques ou sanguines, rend le problème du dosage beaucoup plus difficile et plus complexe.

Dans tous les cas, sauf exceptions assez rares, la dose totale nécessaire à la guérison est de beaucoup supérieure à celle dont l'absorption, en une seule séance, provoquerait infailliblement une radiodermite. Cependant, la radiodermite n'est pas plus nécessaire à la guérison que ne l'est la stomatite dans le traitement mercuriel des affections syphilitiques et doit, à l'égal de celle-ci, être autant que

possible évitée. La multiplicité des séances devient donc indispensable et le problème du dosage, pour chacune des affections justifiables de la radiothérapie, se pose en ces termes : quelle dose faut-il faire absorber à chaque séance ? Quel intervalle faut-il mettre entre les séances ?

Si on n'oublie pas l'action à longue échéance des rayons de Röntgen sur les téguments et, par suite, leur action cumulatrice, c'est un problème très analogue à celui du traitement mercuriel par les injections intra-musculaires de sels insolubles, en particulier par les injections de calomel. Pour que ce mode de traitement mercuriel soit à la fois aussi intense et aussi inoffensif que possible, il faut, on le sait, donner à chaque injection la quantité de calomel maxima, compatible avec l'intégrité de la muqueuse buccale et mettre entre les diverses injections consécutives l'intervalle de temps minimum compatible avec cette même intégrité. Cette formule générale comporte d'ailleurs, dans ses applications aux divers malades, de nombreuses variations en rapport avec l'âge du sujet, l'état de la bouche, l'intégrité des diverses fonctions et, au premier rang, de la fonction rénale, sans parler de la gravité plus ou moins grande et de la marche plus ou moins rapide des lésions à traiter.

Il me semble qu'une formule toute semblable et aussi générale peut être adoptée en radiothérapie. Cette formule tient dans les deux règles suivantes :

1° *Faire absorber, à chaque séance, la quantité de rayons maxima compatible avec l'intégrité du tégument, cutané ou muqueux.*

2° *Mettre entre les diverses séances l'intervalle de temps minimum, compatible avec l'intégrité du tégument, cutané ou muqueux.*

Pour appliquer aux divers cas individuels la première de ces deux règles, il importe surtout de tenir compte de l'âge des malades et de la région à traiter. Sur ce sujet, le docteur Holzkmnecht a donné de précieuses indications que je vous ai déjà communiquées, mais que je demande la permission de reproduire.

La dose maxima, capable d'être absorbée par la peau en une séance, sans risque pour son intégrité, est plus faible chez les jeunes sujets que chez les adultes, plus faible aussi chez les adultes que chez les vieillards. Quand la peau est normale, cette dose varie, pour le visage, de trois à quatre unités H ; pour les surfaces de flexion des jointures, de quatre à six unités H ; pour le tronc, pour le cuir chevelu, pour la paume des mains et la plante des pieds, de cinq à sept unités H. Quand la peau a été le siège d'une inflammation récente et surtout si elle est encore enflammée, ces doses doivent être diminuées d'au moins d'une ou deux unités H.

Par contre, il est permis de dépasser notablement ces doses lorsque la surface en traitement est une surface ulcérée, à la condition de protéger, par un écran de plomb, la peau avoisinante.

Pour l'application de la seconde des règles précédentes, l'expérience m'a montré, qu'en général, il convient de mettre entre deux séances consécutives un intervalle de sept jours.

Ce nombre de sept jours n'a, d'ailleurs, rien d'absolument immuable. Plusieurs fois, il m'est arrivé, au début d'un traitement, quand la gravité du cas exigeait une action rapide et intense, de diminuer cet intervalle et de faire en sept jours deux séances pendant une ou deux semaines consécutives, très exceptionnellement même de faire trois séances pendant la première semaine seulement, au risque de provoquer un certain degré de radiodermite, de même que dans le traitement des accidents graves de la syphilis, on préfère parfois exposer le malade aux inconvénients de la stomatite, plutôt que de lui donner une dose insuffisamment active du médicament. J'en étais quitte pour diminuer ensuite la dose hebdomadaire ou pour augmenter l'intervalle entre les séances; dans un très petit nombre de cas, je fus même obligé de suspendre le traitement jusqu'à ce que le derme rubéfié ou superficiellement dépouillé de son épiderme fût revenu à l'état normal. Dans aucun des cas que j'ai traités moi-même, au nombre d'une cinquantaine environ, je n'ai cependant provoqué de radiodermite ulcéreuse, et, en suivant rigoureusement la règle des sept jours d'intervalle, j'aurais pu, je crois, éviter les radiodermites légères qu'il m'a été donné d'observer, puisque certains malades, soumis à cette règle, ont pu, sans inconvénient et sans interruption, continuer leur traitement pendant plusieurs mois consécutifs.

Pour répandre parmi les médecins la connaissance du dosage en radiothérapie avec la vue claire de son importance, non moins que pour faciliter la lecture et surtout la comparaison des observations de diverses provenances, j'ai eu idée d'employer la méthode graphique et, sur mon conseil, le docteur Haret a fait lithographier les tableaux très simples que je vous présente.

Ces *fiches* ou *feuilles radio-dosométriques* sont tout à fait analogues aux feuilles de température qui nous servent, dans les maladies pyrétiqes, à représenter d'un trait et à voir d'un coup d'œil la marche de la fièvre; elles sont coupées de lignes verticales et de lignes horizontales. Les lignes verticales correspondent aux divisions du temps et représentent, comme dans les feuilles de température, la série des jours du traitement, tandis que les lignes horizontales représentent les quantités de rayons successivement absorbées par la peau et correspondent chacune à une unité H. Tout le traitement d'un malade peut ainsi être figuré par une sorte d'es-

calier dont les marches sont d'autant plus hautes que la quantité de rayons absorbée à chaque séance est plus grande, d'autant moins larges que l'intervalle entre les séances est plus court.

Pour conclure, j'exprime le vœu qu'à l'avenir toutes les observations concernant l'action thérapeutique des rayons de Röntgen

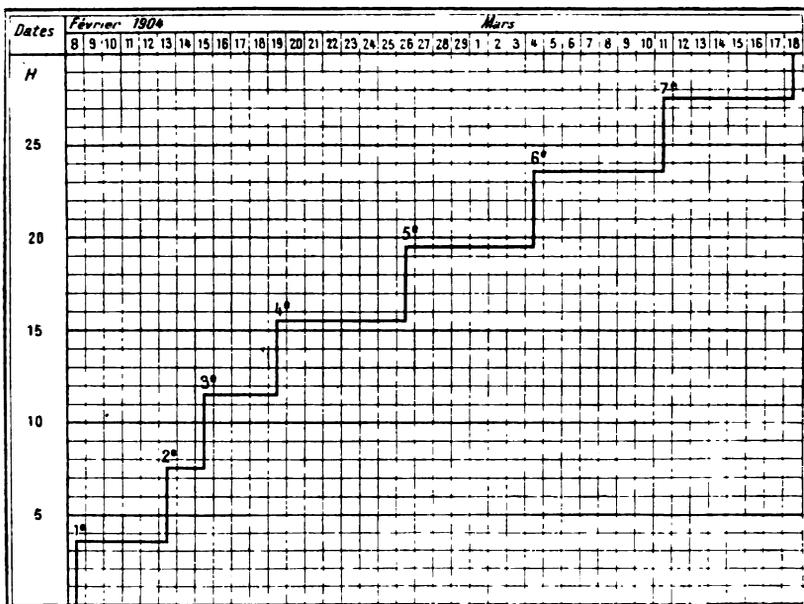


Fig. 1.

soient accompagnées d'un tableau de ce genre où sera représentée, par la méthode graphique, la marche du traitement avec la dose absorbée à chaque séance et les intervalles des séances.

Mais il est temps d'appuyer de quelques exemples ces considérations théoriques.

Le premier malade que je vous présente est un homme de 70 ans, que mon collègue le Dr Walther m'a envoyé à l'hôpital Saint-Antoine avec le diagnostic d'épithélioma cutané de la tempe, pour le soumettre à la radiothérapie. A la fin de juillet 1903, cet homme, jusqu'alors bien portant, s'est aperçu de l'existence d'« un petit bouton » sur la tempe gauche; en septembre le bouton s'est ulcéré et depuis n'a cessé de grandir rapidement en même temps qu'il devenait le siège d'élanements douloureux. Le moulage que vous voyez, dû au talent de M. Jumelin, représente le néoplasme après les deux premières séances du traitement, alors qu'il a déjà commencé à diminuer de volume. C'est un champignon irrégulièrement circulaire, de quatre centimètres environ de diamètre et d'un centimètre d'épaisseur

au point le plus saillant; il émerge d'une collerette de peau en apparence intacte, présente une consistance molle, une coloration d'un rouge vif et saigne très facilement au moindre contact. Mon interne M. Beaujard en a fait l'examen histologique : les trois belles micro-photographies que je vous sou mets ne laissent aucun doute sur l'existence d'un épithélioma pavimenteux tubulé; voici d'ailleurs le texte de la note qui les accompagne :

La pièce est formée d'un stroma conjonctif entouré d'épithélium. Le stroma est riche en cellules conjonctives jeunes. L'épithélium pavimenteux corné est très hypertrophié aux dépens du corps muqueux de Malpighi. Il s'enfonce dans le stroma en formant de longs boyaux bosselés, ramifiés. La membrane basale est respectée, sauf en un point où l'un des boyaux s'effile, se divise et se perd insensiblement dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Il n'existe pas à vrai dire de globes épidermiques, toutefois en un point les cellules malpighiennes se disposent concentriquement.

En somme, la pièce doit être classée parmi les *épithéliomes pavimenteux tubulés*, réserve faite d'une tendance à la *diffusion* en certains points et à la formation de globes épidermiques en quelques autres.

Ainsi la marche rapide de l'affection et les résultats de l'examen histologique sont d'accord pour montrer la gravité du pronostic.

Le traitement, commencé le 8 février, n'est pas encore terminé, mais on peut dire qu'il touche à sa fin puisque, comme vous le voyez, il n'existe plus à la place du néoplasme fongueux figuré sur ce moulage que deux petites érosions, de niveau avec la peau avoisinante et grandes au plus comme la moitié de l'ongle du petit doigt. Il y a eu jusqu'à présent onze séances, les trois premières en une seule semaine et les huit autres se suivant régulièrement à sept jours d'intervalle; à chaque séance, comme le montre le tableau graphique que je vous présente, la dose absorbée a été environ de 4 unités H. J'ai opéré avec une bobine d'induction et une ampoule à osmo-régulateur Villard, donnant des rayons n° 6, l'anticathode placée à 15 centimètres de la surface du néoplasme; la peau avoisinante était protégée par une feuille de plomb.

Je vous présente maintenant une femme de cinquante-huit ans qui m'a été adressée par mon collègue le D^r Gosset et qui dans le service de M. le professeur Terrier a subi, à un an d'intervalle, en juin 1902 et en juillet 1903, deux opérations pour un néoplasme du sein gauche. Ce néoplasme, dont le début apparent remonte au mois de février 1902, a récidivé après chaque opération. La photographie stéréoscopique que voici représente la malade au début du traitement le 16 décembre 1903. Elle montre la moitié gauche de la face antérieure du thorax, depuis le sommet de l'aisselle jusqu'au rebord des fausses côtes, parsemée de fongosités surélevées, plus ou moins volumineuses, qui saignent au moindre contact.

A ce moment la malade souffre jour et nuit, elle ne dort jamais plus d'une heure sans être éveillée par de vives douleurs, elle a maigri, perdu ses forces et s'alimente avec peine faute d'appétit. Voyez aujourd'hui quelle transformation; le visage est bon, la malade a recouvré le sommeil et l'appétit, elle a gagné deux kilogrammes et ne ressent plus que quelques rares et très légères douleurs. Quant aux végétations fongueuses, elles ont complètement disparu, et comme vestiges du passé vous constatez qu'il n'existe plus à la surface de la peau de la région mammaire que deux ou trois petites croûtes sèches et des squames épidermiques brunâtres en voie de détachement. C'est un succès inespéré; on ne peut cependant affirmer encore la guérison définitive; si légères et si rares que soient les douleurs, elles n'ont pas complètement disparu et la circonférence du bras gauche dépasse de deux centimètres celle du bras droit; il y a là de quoi faire craindre l'existence de ganglions profonds de l'aisselle encore en état d'évolution morbide.

Le traitement a consisté en douze séances, du 16 décembre 1903 au 24 février 1904; l'amélioration était déjà très apparente à la fin du premier mois. D'abord séparées par des intervalles de sept jours, ces séances ont été, à la fin du mois de février, plus rapprochées, il y en eut quatre en quatorze jours, du 10 au 24, mais à ce moment est survenu une radiodermite, d'ailleurs caractérisée seulement par une forte rougeur avec tuméfaction de la peau sans vésication, et le traitement a été interrompu. Depuis le 23 mars, malgré la guérison apparente des lésions cutanées, il y a eu trois nouvelles séances dirigées contre les légères douleurs qui persistent. La quantité de rayons absorbée à chaque séance a varié de 5 à 6 unités H; les autres conditions ne différaient pas sensiblement de celles que j'ai énumérées à propos du malade précédent.

Enfin cette troisième malade que m'a adressée en 1902 mon collègue et ami Darier est une jeune femme dont le pied était atteint d'un lupus tuberculeux recouvrant toute la région du tendon d'Achille et débordant sur les deux faces interne et externe dans une étendue plus grande que celle de la paume de la main. Il existait une infiltration profonde du derme, des saillies verruqueuses très apparentes, en un mot un épaississement de la peau tellement marqué que ce cas était certainement au-dessus des ressources de la photothérapie. Mais on peut dire que là où finit le domaine des rayons ultra-violets, si peu pénétrants, commence celui des rayons de Röntgen, et de fait cette malade semble guérie. La marche du traitement, confiée à mon chef de laboratoire, a d'ailleurs été déplorablement lente et tout au début traversée par des accidents de radiodermite avec ulcération superficielle. A ce moment le dosage de l'agent thérapeutique n'était pas encore pratiqué ni le traitement

bien réglé. Si satisfaisant que soit le résultat final, ce cas n'en montre pas moins, par contraste avec la marche rapide vers la guérison dans les deux observations précédentes et tout en tenant compte de la diversité des affections morbides, quelle importance ont en radiothérapie la méthode et surtout le dosage exact du nouvel agent thérapeutique.

M. BISSÉRIÉ. — La communication que vient de faire le D^r Béclère me dispense d'insister sur ces points. Nos communications, faites sans la moindre entente, arrivent à des conclusions absolument identiques. Je me borne donc à vous lire ces conclusions. Le point capital en radiothérapie est de doser la quantité de rayons X que l'on fait absorber à la région traitée.

Nous avons actuellement entre les mains un certain nombre d'appareils qui nous permettent de doser d'une façon complète les rayons X, tant au point de vue qualitatif qu'au point de vue quantitatif.

Dans l'état actuel de la question, tout médecin qui fait de la radiothérapie doit de toute nécessité utiliser :

1° Les ampoules à osmo-régulateur ;

2° Le spintermètre qui par la mesure de l'étincelle équivalente permet de connaître à tout instant les variations du tube ;

3° Le chromoradiomètre de Benoist qui permet de déterminer la qualité des rayons que l'on utilise ;

4° Le radiochromomètre d'Holznecht qui, pour un temps de pose donné et une distance focale donnée, indique la quantité de rayons X absorbés par la région traitée.

La quantité de rayons X reste la dominante thérapeutique en radiothérapie. Armé de ces divers appareils, le médecin voit ce qu'il fait, il est maître de son médicament.

A mon avis, la notation d'un traitement radiothérapique pourrait se transcrire de la façon suivante par exemple :

La région traitée a été soumise aux radiations n° 4 de l'échelle de Benoist et elle a absorbé 3, 4, 5 H.

Cette quantité étant éminemment variable suivant le temps de pose et la distance focale dont il deviendrait inutile de s'occuper, tout comme de la variété et de la puissance de l'appareil générateur.

Maladie osseuse de Paget améliorée par le traitement antisypilitique.

Par MM. GAUCHER et ROSTAINE.

La maladie de Paget, dont on ignorait la nature jusqu'en ces dernières années, a été rapportée par MM. Lannelongue et Fournier à la syphilis héréditaire. Le cas dont nous nous occupons aujourd'hui vient confirmer l'opinion de ces auteurs. Il s'agit en effet d'un malade atteint d'ostéite déformante de Paget, dont l'état a été très notablement amélioré par le traitement antisypilitique.

était atteint il y a 5 ans; enfin la clavicule se prenait à son tour il y a 3 ans. Ce travail pathologique est resté silencieux jusqu'il y a 2 ans; à cette époque les douleurs firent leur apparition. Faibles en intensité au début: simples picotements, élancements, elles sont devenues depuis deux mois plus intenses, comparables à des morsures de chiens. Spontanées, survenant plusieurs fois par jour, on peut les provoquer par la pression au niveau des os malades, ce qui permet de constater en même temps une hyperthermie locale des plus accusées. Depuis quelques jours les fosses temporales sont le siège d'élancements qui persistent la nuit.

On constate au niveau des membres malades un état variqueux avec pigmentation; ces lésions cutanées sont surtout marquées au pourtour de la cicatrice qu'a laissée l'ulcère de la jambe droite. Celui-ci a cédé à quelques pansements humides et au repos.

La démarche de la malade est lourde, oscillante, pénible.

On ne trouve chez elle aucune déformation syphilitique. Les cinq fausses couches que la malade a faites paraissent sous la dépendance d'une infection puerpérale contemporaine de sa première fausse couche. Trois injections d'huile grise lui ont été faites et n'ont amené aucune amélioration.

M. FOURNIER. — Je pense qu'il serait important de rechercher très soigneusement la syphilis dans ce cas et de ne pas négliger l'examen du fond de l'œil.

Les injections d'huile grise ont déterminé de la stomatite chez cette femme; ces injections entraînent fréquemment une gingivite hypertrophique qui oblige de suspendre le traitement pendant fort longtemps.

De l'origine syphilitique de l'appendicite.

Par M. E. GAUCHER.

Je crains fort que la communication que je vais faire ne soit pas bien accueillie; cependant je ne la fais qu'après y avoir réfléchi. On ne voudra peut-être pas pour l'instant en tirer des conclusions définitives; mais les faits exactement observés et fidèlement rapportés ont une importance et une valeur qu'on ne saurait méconnaître.

Il s'agit de l'origine syphilitique de l'appendicite.

A une époque où je faisais la statistique du nombre des syphilitiques et où j'essayais d'établir leur pourcentage, — statistique que je n'ai pas encore publiée et qui m'avait donné les chiffres de 33 p. 100 dans la clientèle de ville et de 22 p. 100 dans la clientèle hospitalière — je m'enquerais, au sujet de tous les malades atteints d'une affection quelconque, de leurs antécédents syphilitiques. C'est en compulsant ces notes que j'ai été frappé du grand nombre d'appendicites avec antécédents syphilitiques, personnels, héréditaires ou conceptionnels.

Depuis lors, j'ai interrogé dans ce sens les malades atteints d'appendicite, auprès desquels j'ai été appelé; lorsque ces malades

étaient des femmes ou des enfants, j'ai interrogé les maris et les pères.

En réunissant tous les cas, je suis arrivé, en totalité, aux résultats suivants :

Mon enquête porte sur 32 cas d'appendicite que j'ai classés en deux catégories : l'une comprenant les malades au-dessus de 30 ans, correspondant dans mon esprit aux syphilis acquises ; l'autre les malades au-dessous de 30 ans, correspondant aux syphilis héréditaires. Je reconnais, d'ailleurs, que cette classification est tout à fait artificielle ; mais, comme l'appendicite, si elle est d'origine syphilitique, ne peut être qu'un accident tardif, il est vraisemblable, dans le cas de syphilis acquise, qu'elle ne doit se manifester qu'après 30 ans.

1° J'ai observé 9 appendicites au-dessus de 30 ans, 4 hommes et 5 femmes.

Chez les 4 hommes, âgés de 32 à 49 ans, j'ai trouvé des antécédents syphilitiques personnels, avoués sans difficulté.

Parmi les 5 femmes, âgées de 30 à 38 ans, j'en ai trouvé : une personnellement syphilitique, âgée de 37 ans, infectée avant son mariage ; 3 dont les maris m'ont avoué leur syphilis antérieure, et qui avaient, toutes les trois, des enfants ; une seule âgée de 32 ans, dont le mari m'a nié formellement tout antécédent syphilitique et dont je n'ai pu, d'autre part, interroger les parents.

2° Ma seconde catégorie d'appendicites, au-dessous de 30 ans, comprend 23 cas, sur lesquels j'ai trouvé 21 fois une hérédité syphilitique paternelle ; dans 2 cas, le père m'a nié tout antécédent.

Donc, 21 hérédo-syphilitiques sur 23 cas d'appendicites. Parmi ces 21 cas, j'ai trouvé 2 fois 2 enfants de la même famille atteints, 1 fois un enfant et son père, 2 fois l'enfant et sa mère.

Au total, sur 32 cas d'appendicite, j'ai trouvé la syphilis 29 fois : 8 fois la syphilis acquise et 21 fois l'hérédité syphilitique.

J'ai traité quelques autres cas d'appendicite, dans lesquels je n'ai pas songé à m'informer des antécédents syphilitiques.

Je n'ai donné le traitement spécifique qu'une fois, dans un cas où la syphilis acquise remontait à quinze ans ; mais, quand j'ai vu le malade, il y avait déjà un abcès péri-cæcal et l'opération dut être pratiquée rapidement. D'ailleurs, je ne veux pas dire que ce traitement aurait pu être efficace.

*
**

Voilà les faits ; je livre cette statistique sans commentaires, en invitant tous mes confrères à s'enquérir dorénavant des antécédents syphilitiques, personnels ou héréditaires, des malades atteints d'appendicite et à étendre, à confirmer ou à infirmer ma statistique,

d'après leurs observations. Mais, dès maintenant, d'après ce que j'ai vu, je crois que l'appendicite est ou peut être une manifestation quaternaire ou tardive de l'infection syphilitique ou, si l'on veut, une affection parasymphilitique, dépendant plus souvent d'une syphilis héréditaire que d'une syphilis acquise.

M. EDMOND FOURNIER. — Je n'ai pas à vous fournir un stock de documents aussi important que celui que vient de vous présenter mon maître, le professeur Gaucher. Néanmoins, je veux vous dire combien j'ai été frappé par la fréquence de l'appendicite chez les individus issus de parents syphilitiques. L'an dernier à pareille époque j'avais eu l'intention de vous faire cette communication; j'en ai été empêché par mon père qui trouvait que le nombre de mes observations n'était pas suffisant pour être probant.

Il n'en est plus de même aujourd'hui, après la communication que vous venez d'entendre, et je veux ajouter les résultats de ma petite expérience personnelle à ceux de l'expérience si grande et si incontestée de mon savant maître. J'ai observé 12 cas d'appendicite chez des individus hérédosyphilitiques et toujours, si j'ai bonne mémoire, sur des individus en apparence sains, bien portants et non porteurs de stigmates apparents de leur hérédité spécifique; ces 12 cas ont évolué dans 10 familles.

Je ne saurai que dire sur l'origine de ces appendicites. Si je n'avais pas entendu l'opinion de mon maître, je vous dirais que, dans ma pensée, l'appendicite constituait pour l'hérédosyphilis un pendant à la diphthérie. Vous savez tous combien est fréquente et meurtrière la diphthérie chez les hérédosyphilitiques. Je crois que l'hérédosyphilitique, qui vient au monde avec un coefficient de résistance vitale certainement amoindri, est un être infériorisé au point de vue de la défense contre les accidents de la route et je crois, je croyais, pour mieux dire, que l'appendicite était, comme la diphthérie, un de ces accidents auxquels est exposé tout individu chétif, auxquels est exposé plus que tout autre l'hérédosyphilitique, cet individu fragile par excellence. Je ne voyais jusqu'à présent qu'une coïncidence, à coup sûr étrangement fréquente, entre l'appendicite et la syphilis; les chiffres que vient de vous fournir le professeur Gaucher, l'opinion que sa grande expérience lui a permis de formuler devant vous à l'instant font que je me demande s'il n'y a pas entre ces deux facteurs autre chose qu'une cause d'appel de l'un à l'autre et s'il n'y a vraiment pas entre eux un rapport de cause à effet.

C'est sans doute là un point que des observations nouvelles et nombreuses pourront seules fixer dans l'avenir et sur lequel je ne saurais être autorisé à formuler une opinion personnelle catégorique.

M. BARTHÉLEMY. — Les considérations que M. Gaucher vient d'exposer présentent l'intérêt de toute constatation exacte de faits réels. L'interprétation donnée est-elle admissible sans réserve? Notre collègue me permettra bien de dire que telle n'est pas mon opinion. M. Gaucher observe surtout sur des sujets entachés de syphilis; il n'est donc pas étonnant qu'il trouve une proportion considérable de syphilis parmi les appendicites qu'il

a pu suivre. Ses statistiques démontrent qu'il n'y a pas d'antagonisme entre la syphilis et l'appendicite, mais nullement qu'il y a une relation de cause à effet entre l'une et l'autre de ces infections. On n'est pas à l'abri de l'appendicite par le fait qu'on a de la syphilis ou de l'hérido-syphilis ou même de l'hérédité syphilitique. De tels sujets ont des organes fragiles, et sont moins bien armés pour la résistance aux agents pathogènes : tel hérido-syphilitique prendra la tuberculose, tel autre la diphthérie ; celui-ci aura des végétations adénoïdiennes (j'ai toujours été, pour ma part, très frappé de l'extraordinaire fréquence de ces végétations adénoïdiennes chez les hérido) ; celui-là aura de l'appendicite plus facilement que s'il était indemne de toute tare syphilitique ; voilà ce que l'on peut avancer ; au moins tel est seulement ma manière de voir corroborée par ce fait que j'ai observé *trois cas de syphilis contractée plusieurs années après que l'opération de l'appendicite avait dû être pratiquée*. J'ajoute enfin que sur cinq sujets syphilitiques héréditaires variés, deux filles et trois garçons ayant aujourd'hui de 20 à 30 ans, ce dernier observé avec M. Fournier qui a vu aussi un des autres, et sur lesquels des syphilides secondaires incontestables ont été constatées à la naissance ou dans les premiers mois de la vie, sur ces cinq sujets réellement syphilitiques, aucune variété d'appendicite n'a jamais éclaté.

M. HALLOPEAU. — Je ne crois pas qu'il existe de relation entre la syphilis et l'appendicite. Je connais en effet nombre d'exemples d'appendicite chez des sujets nullement entachés de syphilis ; d'autre part, si une telle relation existait, on ne s'expliquerait pas pourquoi l'appendicite jusqu'à ces dernières années si rare, est devenue fréquente de nos jours.

M. LE PILEUR. — J'ai observé récemment quatre cas d'appendicite qui ne relèvent pas de la syphilis. L'un de ceux-ci concerne un enfant de 7 ans, dont le père n'est pas syphilitique et dont la mère contracta la syphilis trois ans avant l'appendicite de son enfant. Les autres cas appartiennent à une même famille dont le père et la mère ne sont pas syphilitiques ; ils eurent quatre enfants dont trois furent atteints d'appendicite.

M. DE LAVARENNE. — On connaît les analogies de structure qui existent entre l'amygdale et l'appendice. De même que la diphthérie est plus fréquente chez les hérido-syphilitiques, il est possible que les infections diverses telles que la grippe produisent plus facilement l'appendicite chez les syphilitiques que chez les non syphilitiques.

M. GAUCHER. — J'ai dit que l'appendicite est, non pas une lésion syphilitique, mais une lésion parasymphilitique. Aussi, n'y a-t-il rien de surprenant à ce fait que des enfants, ayant eu une appendicite, contractent ultérieurement la syphilis ; et ce fait ne contredit nullement l'origine parasymphilitique de l'appendicite.

A M. Hallopeau je réponds que si l'appendicite paraît plus fréquente aujourd'hui qu'autrefois, c'est que nous savons mieux la reconnaître.

Enfin on m'objecte l'exemple d'enfants absolument indemnes de syphilis, acquise ou héréditaire ; mais la syphilis est facilement ignorée et les malades la cachent au médecin d'autant plus volontiers qu'il est leur ami.

www.libtool.com.cn

Tuberculose cutanée papuleuse en plaques.

Par MM. GAUCHER et WEILL.

Pauline C.-S..., âgée de 23 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis le 28 septembre 1903.

Les commémoratifs n'offrent rien à noter, au sujet de l'hérédité.

La malade aurait eu, il y a 5 ans, un érythème papuleux soigné, à l'hôpital d'Auch, par des applications de salicylate de méthyle et guéri en 15 jours. Il y a 3 ans, elle a été atteinte d'une nouvelle éruption siégeant à la face et au cou et qui paraît avoir été de nature impétigineuse.

Le début de l'affection actuelle remonterait à 8 mois. Vers la fin de janvier, auraient paru sur le front de petites papules rosées, grandissant peu à peu, desquamant au bout de quelques jours et laissant après elles des cicatrices d'un rouge vineux, déprimées et irrégulières. Peu à peu l'éruption se dissémina, en conservant les mêmes caractères, et sans rétrocéder sur les points primitivement atteints.

Actuellement on observe sur le front, dans les sillons naso-géniens, sur le tronc, des taches cicatricielles, rouges, ressemblant par leur couleur à des éléments de purpura, et groupés en petits placards disséminés en ces diverses régions; sur les jambes, plusieurs placards à éléments plus larges.

La malade vient de séjourner 8 mois à l'hôpital Broca, service du Dr Brocq; elle a été soumise successivement à des frictions mercurielles, à la liqueur de Van Swieten, à des piqûres de benzoate de mercure, sans que les lésions se soient modifiées, si ce n'est qu'on n'observe plus actuellement d'éléments en activité, mais seulement des cicatrices.

L'examen le plus minutieux ne fait reconnaître aucun stigmate, ni aucun commémoratif de syphilis. Aucune lésion viscérale.

On institue pourtant, à titre d'épreuve, le traitement spécifique sous forme d'injection quotidienne de 2 centigrammes de benzoate de mercure.

Le 1^{er} octobre. — L'apparition d'une stomatite fait interrompre le traitement, après la quatrième injection pratiquée dans le service.

Le 31 octobre. — L'aspect des lésions s'est peu à peu modifié. Les cicatrices paraissent moins nettes; des papules saillantes et squameuses s'y substituent. Le traitement mercuriel est rétabli (injection de benzoate et 2 grammes de Ki).

Le 9 novembre. — Les lésions tendent à s'accroître. Les éléments papuleux se multiplient alentour des placards déjà constitués.

Le 30 novembre. — On ne constate aucune amélioration.

L'état général est toujours satisfaisant.

Le traitement mercuriel est suspendu.

Le 10 décembre. — On constate une tendance très nette vers l'aggravation. Les placards anciens s'étendent. De nouveaux éléments apparaissent au cuir chevelu et en divers points du tronc et des membres. Ce sont des papules, un peu analogues à des papules de psoriasis, légèrement saillantes, à squames fines et adhérentes, à fond rouge. Sur la jambe droite et aux creux poplités, on observe au centre de placards irréguliers, de petites

ulcérations cratériformes, à bords non décollés, donnant issue à un liquide séro-sanguinolent peu abondant, en somme sans caractéristique bien nette. La malade n'accuse aucune démangeaison, elle se plaint seulement de douleurs assez vives au siège des ulcérations.

Le 4 janvier 1904. — Un nouvel essai de traitement par les injections de benzoate est tenté, mais la dixième injection est suivie de stomatite et le traitement est suspendu. L'iodure de potassium est prescrit à la dose de 2 grammes par jour.

Le 26 janvier. — On tente des injections locales de solution aqueuse de biiodure de mercure (3 gouttes d'une solution au centième), au niveau de deux ou trois petits placards siégeant sur le dos.

Sur la face, on applique de la pommade au calomel.

Le 16 février. — Les injections locales sont abandonnées et l'on fait à la fesse une injection de 5 centigrammes de calomel.

Le 23 février et le 1^{er} mars. — On pratique deux nouvelles injections de calomel sans aucun résultat.

Les lésions n'ont fait que progresser durant le séjour de la malade à l'hôpital. Des éléments nouveaux, analogues aux premiers, se sont développés sur le tronc et les membres. Les anciens placards ont eux-mêmes augmenté et jamais n'ont manifesté de tendance nette vers la guérison.

A la fin de février, apparaissent successivement et en petit nombre, des bulles disséminées sur les plaques du dos, des bras, du pied et de la main.

Le 1^{er} mars. — Nous observons une petite bulle intacte à la partie inférieure de la jambe gauche.

Deux des petites ulcérations des jambes se sont peu à peu cicatrisées et les cicatrices rouges se marquent par des dépressions sur les placards croûteux qui leur ont donné naissance.

On songe à une forme un peu particulière de pemphigus, mais la malade ne présente pas de démangeaisons.

Sur le front, sur le dos et les membres, la plupart des plaques ont gardé leurs caractères papuleux, rouges, squameux et croûteux, psoriasiformes.

Le 24 mars. — L'hypothèse de lésion d'origine syphilitique paraît devoir être définitivement écartée; on élimine également le diagnostic de pemphigus, comme on l'a vu plus haut; l'idée d'un psoriasis ne s'accorde pas avec la gravité de cette éruption, la production d'ulcérations et de bulles.

Nous pensons devoir poser le diagnostic de tuberculose cutanée papuleuse en plaques.

On soumet deux petites plaques, situées à la face postérieure de l'épaule droite, au traitement par les courants de haute fréquence (applications de 2 minutes).

Le 3 avril. — Pour des raisons accidentelles, le traitement par les courants de haute fréquence est suspendu. Il n'y a pas encore de modifications appréciables des placards traités.

On remplace ce dernier traitement par des applications d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'acide acétique glacial à partir du 6 avril.

www.libtool.com.cn

Deuxième note sur un cas de maladie de Recklinghausen avec surabondance de taches pigmentaires et volumineuse tumeur abdominale.

Par MM. HALLOPEAU et FRANÇOIS-DAINVILLE.

Ainsi que l'avait annoncé l'un de nous dans la dernière séance, la tumeur abdominale a été enlevée par M. Guinard ; il a constaté qu'elle siégeait profondément entre le muscle grand droit du côté gauche et le fascia propria du péritoine. L'énucléation a été facile et rapide, car la tumeur était environnée de tissu conjonctif. Nous la plaçons sous vos yeux : vous pouvez voir qu'elle est allongée, bosselée, et qu'elle a l'aspect d'une grosse pomme de terre.

Une section, pratiquée verticalement suivant son grand axe, montre qu'elle est formée de masses blanches, d'aspect gélatineux et tremblottant, de consistance molle, et entourées de travées fibreuses ; par places, on voit des trainées jaunâtres qui sillonnent irrégulièrement la pièce. En aucun point de la tumeur, on ne peut déceler macroscopiquement la présence d'éléments nerveux.

Examen histologique. — Praticqué par l'un de nous (François Dainville) avec le concours de M. Darier, il a porté sur la tumeur de la paroi abdominale et sur un fibrome cutané extirpé ultérieurement chez la même malade afin de pouvoir établir entre les deux tumeurs des points de comparaison.

1° *Fibrome cutané.* — Il offre l'aspect des fibromes mous ou molluscum. Le tissu fibreux est moins abondant et moins serré que dans les fibromes ordinaires. Les éléments cellulaires, par contre, sont plus nombreux et formés de cellules conjonctives de forme allongée ou étoilée. En aucun point on ne voit d'éléments nerveux.

2° *Tumeur de la paroi abdominale.* — Le tissu fibreux est le même que dans celui du fibrome cutané ci-dessus, mais les fibres sont plus clairsemées. Les éléments cellulaires ont de même la plus grande analogie. On trouve en outre, par places, des cellules fusiformes étoilées analogues parfois à des cellules de myxome, et, en d'autres endroits, des cellules d'aspect sarcomateux ; et, comme on ne trouve nulle part des vaisseaux à paroi absolument et complètement embryonnaire (cellules constituant à elles seules un canal vasculaire), on peut affirmer qu'il n'y a pas de transformation sarcomateuse. Les travées jaunâtres, mentionnées plus haut dans la description de la pièce, correspondent à des points de nécrobiose cellulaire sans réaction lymphoïde ; on voit aussi des grains jaunes d'hématine.

En résumé, il s'agit de *fibromes mous* ; on ne trouve pas dans la préparation, avec les réactifs habituels, trace d'éléments nerveux.

Les altérations que nous venons d'indiquer suffisent à elles seules pour caractériser la maladie de Recklinghausen. Telle est du moins l'opinion de M. Darier qui vient ainsi confirmer par l'histologie le diagnostic que la clinique avait conduit l'un de nous à formuler. Suivant M. Darier, les fibromes molluscum, même lorsqu'ils

n'existent qu'en petit nombre, constituent une variété de la neurofibromatose fruste.

La maladie de Recklinghausen peut être considérée en somme comme une grande maladie nævique, comportant un ensemble de néoformations fibreuses dans les nerfs, dans la peau, dans d'autres parties de l'organisme, comprenant, d'autre part, des taches pigmentaires d'une apparence spéciale, s'accompagnant souvent de troubles mentaux (cérébralité diminuée). Mais on en rencontre de très nombreux cas frustes dans lesquels ne figurent qu'un ou plusieurs de ces éléments constitutifs ci-dessus énumérés. Dans notre cas, il y avait tumeurs cutanées, tumeur sous-péritonéale, taches pigmentaires, troubles mentaux, et il ne manquait que des tumeurs nerveuses (pseudo-névromes), pour que le tableau de la maladie fût complet.

Sur une victime de la séborrhée.

Par M. HALLOPEAU.

Nous prions nos collègues de nous excuser si nous nous permettons de leur présenter un objet qui reste généralement étranger aux débats scientifiques : il s'agit d'un chapeau tube. C'est qu'il est atteint d'altérations qui ne nous paraissent pas sans intérêt au point de vue dermatologique : vous pouvez voir, en effet, que, non seulement la garniture en cuir qui se trouve en contact avec le cuir chevelu, mais aussi la coiffe dans la plus grande partie de sa hauteur et le feutre lui-même jusqu'à sa partie la plus élevée, sont abondamment infiltrés de graisse ; or, le porteur de ce couvre-chef ne se sert jamais de pommade : c'est donc son cuir chevelu seul qui a fourni cette graisse.

On peut d'autant plus s'étonner de son abondance que le porteur a l'habitude de se savonner le cuir chevelu deux fois par semaine et de le lotionner ensuite avec de l'alcool soufré ; il ressort de ce fait, que cette pratique est insuffisante, et désormais, ce sujet se livrera quotidiennement à ce savonnage. Ce détail de pratique mérite d'être signalé, si, comme nous continuons à le penser, la séborrhée est, en pareil cas, le phénomène initial et si les fins bacilles d'Unna et Sabouraud ne s'y développent que secondairement ; cela revient à dire que nous avons le vif regret de nous trouver en désaccord avec notre excellent collègue et ami M. Brocq, lorsqu'il dit que « l'on dessèche outre mesure les cheveux, lorsqu'on les lave pour combattre la séborrhée, et qu'il serait nécessaire de leur restituer une partie de la graisse qu'on leur a enlevée ». Nous ne pouvons admettre non plus, avec M. Sabouraud, que les excipients gras puissent être employés avec avantage contre cet état morbide (1).

(1) A cette occasion, nous exprimons le regret que M. Sabouraud, dans son

www.libtool.com.cn

Sur un cas de xanthomes lenticulaires avec diabète maigre.

Par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD.

L'histoire de cette maladie rare n'étant qu'incomplètement faite, nous croyons devoir en faire connaître un cas qui a offert quelques particularités dignes d'intérêt.

C..., 39 ans, surveillant de pharmacie, ordinairement bien portant jusqu'en 1900, se met à maigrir à cette époque; il est atteint d'une soif exagérée; il est continuellement en proie à une lassitude profonde. Il pense alors à examiner ses urines dont le volume atteint 6 litres par jour: Il y trouve 300 grammes de sucre par 24 heures. En suivant un régime sévère et principalement en s'alimentant par le pain de soja, le malade voit diminuer, puis disparaître totalement le sucre dans ses urines; l'état général s'améliore; puis, le sucre réapparaît progressivement avec des alternatives d'augmentation et de diminution coïncidant avec des aggravations et des améliorations de l'état général.

En 1902, après l'absorption de la mixture Martin (?), amélioration, mais le sucre ne disparaît pas des urines. L'amaigrissement progressif a été surtout marqué depuis six mois. Le malade ne tousse pas du tout; il urine actuellement par jour 7 litres avec environ 300 grammes de sucre.

Il y a six semaines, des nodules ont apparu au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Sur le membre supérieur droit, l'éruption est surtout abondante à la partie postérieure du coude; on voit cependant des éléments disséminés à la face palmaire de l'avant-bras; il y en a aussi quelques-uns sur sa face dorsale. Au niveau du bras, leur volume est très variable; on trouve tous les intermédiaires entre une tête d'épingle et un petit pois. La plupart sont isolés; quelques-uns sont agglomérés. On en voit au niveau du coude qui présentent la coloration jaunâtre caractéristique du xanthome. Les petites saillies de l'avant-bras, très dures au toucher, se détachent nettement des parties saines; leur surface est brillante; elles n'ont que très partiellement la coloration xanthomateuse; la plupart sont d'un rouge pâle et entourées à leur base par un cercle d'épiderme légèrement soulevé, véritable petite collerette comparable à celle des syphilides. La

livre sur les pityriasis, n'ait que très incomplètement exposé notre conception des séborrhéides; il n'a pas, en toute évidence, pris connaissance de la note sur ce sujet qu'à bien voulu insérer M. Besnier dans son bel article *Eczéma de la pratique dermatologique* (page 128) et dont nous n'avons rien à retrancher. Nous ajouterons que M. Sabouraud critique à tort plaisamment la qualification de *séborrhéides* que M. Brocq et nous-même avons assignée à l'ensemble des dermatoses qu'entraînent les altérations de la sécrétion sébacée: *séborrhéide*, en effet, ne signifie nullement, comme il le dit, *analogue à la séborrhée*; le suffixe n'est pas « eides », mais bien « ides »; nous l'avons employé par assimilation avec les dénominations de *syphilides*, *scrofulides*, *tuberculides*, qui ne signifient pas, si nous ne faisons erreur, *analogues* à la syphilis, à la scrofule, ni à la tuberculose, mais bien, à tort ou à raison, manifestations cutanées de ces maladies.

main est complètement indemne. Au niveau du membre supérieur gauche, les saillies sont plus volumineuses que de l'autre côté. Elles présentent un mélange de coloration rouge pâle et jaunâtre. Elles sont nettement lenticulaires, moins acuminées; toutes sont entourées de la collerette épidermique déjà signalée. Au niveau du coude gauche, une de ces néoplasies atteint les dimensions d'une pièce de 20 centimes. A leur niveau, aucun poil, pas d'orifices pilaires. Au coude, on note un groupe de petits éléments qui sont disposés en fragment de cercle. La surface des grosses papules est remarquablement brillante. Au membre inférieur droit, on retrouve les mêmes saillies lenticulaires; la coloration jaunâtre n'appartient qu'à un petit nombre d'entre elles; la plupart sont de coloration rosée; d'une façon générale, elles ont le volume d'une lentille, elles sont saillantes, planes, à surface brillante. Ici encore nous retrouvons la collerette épidermique syphiloïde. Quelques-unes des papules présentent en outre, à leur centre, une ou plusieurs croûtelles noirâtres. Leur consistance est, comme aux membres supérieurs, remarquablement ferme. Elles sont surtout abondantes au niveau du genou. On en note un petit nombre sur la jambe et sur la partie inférieure de la cuisse. Au membre inférieur gauche, les altérations cutanées sont analogues. Rien sur le reste du corps, sauf sur la verge où on observe un groupe d'éléments en voie de disparition. Il n'y a aucun signe d'altération viscérale. Nous soumettons le malade à la diète complète des féculents ainsi qu'à un traitement par des comprimés d'extrait pancréatique. Le surlendemain de notre examen, le malade meurt rapidement sans que l'on ait pu déterminer par quel mécanisme. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Comme particularités cliniques, outre l'apparition tardive de la dermatose, sa marche aiguë, la prédominance des éléments éruptifs au niveau des coudes, leur fermeté et leur aspect brillant, la coloration rosée de nombre d'entre eux, nous signalerons, dans ce fait, la collerette épidermique qui entourait beaucoup d'éléments et simulait, à s'y méprendre, celle qui caractérise les papules syphilitiques, la quantité énorme de liquide et de sucre qui était éliminée, les intermittences de la glycosurie, sa disparition complète pendant des mois et son retour sans cause apparente, la rapidité de la mort sans troubles fonctionnels prononcés non plus que sans altérations viscérales appréciables par l'examen du malade.

En l'absence d'autopsie, nous continuons à considérer comme très probable que cette glycosurie, comme l'un de nous l'a indiqué déjà, en 1893, dans un mémoire publié dans les *Annales de dermatologie*, en 1899, dans une communication à notre Société et, en 1900, dans son *Traité de dermatologie* en collaboration avec M. Leredde, est liée à une localisation dans le pancréas de tumeurs xanthomatiques (1); en effet, il y a un rapport évident entre la

(1) Nous regrettons vivement que M. Max Joseph, lorsqu'il a rédigé le remarquable article qu'il vient de publier sur les xanthomes dans le *Handbuch der Hautkrankheiten* de Mrazek, n'ait pas eu connaissance de ces publications cependant

xanthomatose et la glycosurie ; il est peu vraisemblable que cette glycosurie soit la cause des xanthomes, car on ne s'expliquerait pas, dans cette hypothèse, comment ils ne l'accompagneraient qu'aussi exceptionnellement ; on sait, au contraire, d'une part, que le diabète maigre est en général, si ce n'est toujours, d'origine pancréatique ; il est établi, en outre, que les néoplasies xanthomateuses peuvent occuper, en dehors du tégument externe, les localisations les plus variées : c'est ainsi que l'on en a trouvé, non seulement dans l'épaisseur de la muqueuse buccale (Voy. le travail de Dyer, en 1898. et notre observation avec MM. Émery et Léri, dans notre bulletin de 1899), mais aussi, dans les voies biliaires, la capsule de la rate, le péritoine, la muqueuse des bronches, le cœur et les gros vaisseaux : c'est dire que les organes les plus divers peuvent être intéressés et qu'il doit en être très vraisemblablement de même du pancréas.

Nous rappellerons enfin que la théorie pancréatique a reçu un nouvel et important appui dans ce fait que Colombini, en 1897, a constaté l'existence d'une pentosurie chez un malade atteint de xanthomes avec diabète ; or, Hammersten a montré que l'hydrocarbure, différent du glucose, que l'on dénomme *pentose*, se développe dans le pancréas par le dédoublement d'une nucléo-protéine. L'intermittence de la glycosurie chez notre malade est encore en faveur de son origine xanthomatique, car il est reconnu que les xanthomes sont susceptibles de rétrocéder. Dans ces conditions, bien qu'il manque le critérium anatomique, *nous nous croyons fondés à admettre comme établie la théorie qui rattache la glycosurie xanthomateuse à la localisation de xanthomes dans le pancréas.*

M. DARIER. — J'ai publié il y a 7 ou 8 ans, dans le « Musée de l'Hôpital Saint-Louis » (fascicule VIII), l'observation d'un malade atteint de xanthome avec glycosurie et ictère persistant ; à l'autopsie j'ai trouvé une cirrhose hypertrophique du foie, mais le pancréas était *absolument sain* et nulle part je n'ai vu de production xanthomateuse dans les viscères.

Épidermolyse bulleuse congénitale (1).

PAR MM. HALLOPEAU et SÉE.

L'enfant que nous avons l'honneur de présenter à la Société, est affecté, presque depuis sa naissance, de cette affection bulleuse multiples, et nous sommes heureux de signaler à cet égard, comme contraste, le beau travail de notre excellent collègue M. Bodin, dans *La Pratique dermatologique*.

(1) Nous employons cette dénomination, créée par Kœbner, de préférence à celle de *pemphigus* ; cette dernière devant être, selon nous, réservée aux espèces morbides que l'on peut qualifier, avec M. Brocq, de *pemphigus vrais*. (Si les autres sont faux, pourquoi les appeler ainsi ?)

pagnée de productions qui représentent très probablement des kystes épidermiques. Voici d'ailleurs son observation :

Georges L..., né le 25 décembre 1903, est enfant unique. Sa mère, qui nous l'amène, se dit et semble bien portante; elle n'a jamais fait de fausse couche; elle nie toute éruption antérieure. Le père, affirme-t-elle, est en parfaite santé.

L'enfant lui-même, d'un embonpoint très convenable, est gai, prend bien le sein, digère bien, ne tousse pas. Il n'a jamais été malade, en dehors des lésions en question. Celles-ci ont apparu à l'âge de trois semaines. Elles siègent surtout aux extrémités, plus particulièrement aux mains, puis à la face. Voici comment elles se présentaient lors de notre premier examen (31 mars) :

Aux *mains* on remarque deux ordres d'éléments :

1° Des bulles claires, arrondies, moyennement tendues, pouvant atteindre et dépasser la largeur d'une lentille. On en remarque notamment une belle à la commissure des deux derniers doigts de la main gauche; une encore sur la face dorsale de la phalange de l'index droit, celle-ci un peu hémorrhagique. Une autre, sur le bord cubital de la main droite, commence à se dessécher: aussi est-elle aplatie, cerclée de rose; elle rappelle un peu l'aspect des grandes phlyctènes d'impétigo streptococcique.

2° De petits éléments, nombreux sur la face dorsale des doigts, des premières phalanges surtout, et sur les parties voisines du dos de la main. Les plus petits sont gros comme des têtes d'aiguilles, blancs comme des grains de milium. Lorsqu'ils atteignent les dimensions d'une tête d'épingle, ils apparaissent polygonaux, aplatis. Ailleurs, ils confluent en petits placards polycycliques, ou plutôt limités par des lignes brisées, comme ceux du lichen, légèrement élevés au-dessus de la surface cutanée, mais non brillants ni résistants au toucher. Sur la main droite, quelques-uns sont disposés en une série linéaire longue d'environ 1 centimètre et demi. Ces éléments semblent creux, on peut y entrer une aiguille sous l'épiderme, mais il ne sort pas de liquide. L'éruption respecte la paume de la main.

Des éléments bulleux se voient sur les doigts des *pièds*, moins nets et en petit nombre.

Sur le *tronc*, il n'y a que de très petites papules miliaires ressemblant à du prurigo, d'aspect en somme banal.

A la *face*, et plus exactement sur les joues et le menton, surtout à gauche, existent de petits éléments gros comme une tête d'épingle, presque acuminés, vésiculeux, clairs et à base légèrement rosée. Sous la commissure labiale gauche, l'un d'eux s'est accru jusqu'à former une bulle ronde claire, de la dimension d'un grain de chènevis. Sur la joue, on voit une croûte ressemblant à celle d'une excoriation superficielle, rosée, entourée d'un bourrelet épidermique saillant: elle représente une bulle en voie de réparation. Quelques petits éléments existent sur le nez.

Bien que les petits éléments blanchâtres, isolés ou confluent, ne répondent pas absolument aux descriptions des cas connus, il n'est pas douteux pour nous qu'ils représentent des *kystes épidermiques*,

comme ceux qui caractérisent une des formes de dermatoses bulleuses héréditaires. On sait que ces kystes se développent généralement à la place où siégeaient antérieurement les bulles : nous ne pouvons savoir, faute de renseignements suffisants, s'il en a été de la sorte chez cet enfant ; beaucoup des petits éléments isolés, semblant récents, reposent sur une peau d'aspect tout à fait normal. Nulle part d'ailleurs nous n'avons vu d'atrophie cutanée, même là où les kystes étaient le plus nombreux. Mais rien ne dit que la peau n'avait pas néanmoins subi un léger traumatisme en ces points.

Si les kystes persistent actuellement aussi nets que lors de notre premier examen (la mère dit, il est vrai, qu'un grand nombre ont disparu sous la pâte de zinc qui a constitué le seul traitement), il n'en est pas de même des bulles. Elles sont beaucoup moins nettes que le 31 mars ; à la face comme aux mains, il n'en reste que des vestiges. Nous n'avons pu en déterminer la formation par des frottements, même rudes. Par contre, en exerçant (dans la région du coude) une forte traction sur l'épiderme, on voit celui-ci se rompre et se détacher.

Ce signe (signe de Nikolski) montre qu'il s'agit bien d'une adhérence imparfaite de la couche cornée, d'une fragilité spéciale de la couche épineuse (*acantholysis* d'Auspitz) ; aussi adoptons-nous volontiers, pour notre cas, le nom d'*épidermolyse bulleuse*, proposé par Kœbner ; nous y ajouterons l'épithète de *congénitale*, plus justifiée ici que celle d'héréditaire. Par contre, la dénomination de *pemphigus* (*pemphigus* successif à kystes épidermiques) ne peut convenir à une affection qui semble plutôt une malformation qu'une vraie maladie et influe aussi peu sur l'état général.

Ce qu'il y a de remarquable surtout dans ce fait c'est la *petitesse* des kystes épidermiques ; ils n'ont guère, pour la plupart, que le volume d'une petite tête d'aiguille. Il faut noter en outre leur agglomération en petites plaques d'aspect lichénoïde où ils sont confluent. Si réellement ils s'étaient développés primitivement, en l'absence de toute lésion antérieure de l'épiderme, ce serait un fait nouveau, mais rien ne prouve qu'il en ait été ainsi.

M. FOURNIER. — J'en ai observé un cas chez un hérédo-syphilitique ; cette affection résulte peut-être d'une tare héréditaire.

M. DARIER. — Je pense, comme M. Hallopeau, que le terme pemphigus est impropre. Il s'agit d'une malformation congénitale de l'épiderme, que traduit le signe de Nikolski. Les kystes peuvent se produire, non seulement au niveau des bulles, mais dans tous les points où il y a eu un traumatisme de l'épiderme ; la production de bulles apparentes n'est pas indispensible à la formation de ces kystes.

www.libtool.com.cn
Syphilide pigmentaire généralisée.

Par M. DANLOS.

Cette syphilide pigmentaire du type classique présente deux particularités anormales.

1° Elle s'est développée chez un homme.

2° Le réseau leuco-hyperchromique ne se limite pas aux faces latérales et postérieure du cou. Il s'étend aux parties latérales du tronc, principalement aux flancs et à la portion sous-ombilicale de l'abdomen. Il est sur ces divers points aussi développé que sur le cou. On le retrouve également sous forme atténuée à la face interne des cuisses. Le malade dit n'avoir eu comme éruption antérieure qu'une roséole peu intense.

C'est le troisième cas de vitiligo syphilitique généralisé que j'ai rencontré. Dans les trois cas, les malades étaient des hommes. Il s'agit probablement d'une série fortuite, car autrement il en faudrait conclure que chez l'homme quand l'aptitude à la syphilis pigmentaire existe, cette aptitude exceptionnelle est en même temps exceptionnellement développée.

M. QUEYRAT. — J'ai observé également un cas de syphilide pigmentaire généralisée chez un homme.

M. HALLOPEAU. — J'en ai également présenté un exemple chez un homme ; dans ce cas, les altérations étaient nettement consécutives à des papules.

M. THIBERGE. — La syphilide pigmentaire généralisée n'est pas spéciale au sexe masculin ; elle n'est pas très rare chez la femme.

M. FOURNIER. — Cette lésion n'est pas très rare à l'hôpital ; il en existe deux moulages au Musée ; par contre, elle est prodigieusement rare dans la clientèle de ville ; ce fait est d'autant plus extraordinaire que les malades y sont plus soigneux de leur personne que ceux de la clientèle hospitalière.

M. BARTHÉLEMY. — La syphilis pigmentaire est plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; nous parlons de cette variété qui est primitive et ne succède pas à une éruption cutanée cliniquement constatable. La syphilis pigmentaire est généralisée dans la proportion d'environ 1 sur 25 cas, du moins dans le milieu féminin spécial que j'observe à Saint-Lazare. La syphilis pigmentaire est bien plus rare chez l'homme que chez la femme ; les syphilis pigmentaires généralisées sont peut-être chez lui *relativement* plus fréquentes, dans la proportion d'environ 1 sur 20 cas ? Mais cela n'est pas certain ; et il est parfois bien difficile de compter exactement la proportion de cas de syphilis pigmentaire, d'une part à cause de la difficulté de faire reconnaître les variétés très légères, très atténuées, partielles et frustes ; et d'autre part, à cause de la durée de ces syphilis pigmentaires qui ne disparaissent parfois qu'entre la deuxième et la troisième année. La proposition formulée par M. Danlos ne me semble donc pas devoir être admise sans réserve ou d'une manière absolue.

www.libfool.com.cn
Lichen de Wilson avec flot de réserve au niveau d'un vésicatoire.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'une femme jeune atteinte d'une forme généralisée assez confluyente de lichen plan. Bien que généralisée, cette éruption respecte absolument les muqueuses de la bouche et des parties génitales. Le prurit très vif détermine des excoriations de grattage comme chez certains phthiriasiques. La maladie date de deux mois environ. L'éruption est très régulièrement symétrique, sauf sur le côté droit du thorax dont une partie un peu plus grande que la paume de la main est presque respectée. Or, de ce côté, la malade a eu il y a trois mois une pleurésie pour laquelle on a appliqué un vésicatoire. La zone relativement respectée répond à l'étendue du vésicatoire dont elle ne dépasse pas les limites. Aucun trouble trophique ou de sensibilité spécial à son niveau.

M. DARIER. — S'il ne s'agit pas d'une asymétrie fortuite de distribution, il y aurait opposition entre la façon dont se comporte le lichen plan d'une part, le psoriasis et les syphilides papuleuses d'autre part. J'ai toujours vu ces dernières éruptions plus confluyentes sur les points irrités.

Cancer cutané très amélioré par la radiothérapie.

Par M. DANLOS.

On pourrait être tenté de rapporter l'honneur de la cure au traitement spécifique, mais outre l'aspect de la masse qui excluait l'idée d'une localisation véroleuse, et la biopsie, nous pouvons invoquer contre cette interprétation la marche de la régression. Celle-ci a continué un mois environ après la deuxième application radiothérapique, et bien que depuis lors le traitement spécifique ait été continué sans interruption, l'amélioration reste stationnaire, les syphilides ayant depuis longtemps disparu.

Femme d'une cinquantaine d'années, présentant sur la face et les bras une éruption parfaitement symétrique de syphilides pustulo-crustacées serpigineuses; et en outre, à la nuque, une tumeur ayant le volume d'une demi-mandarine, fongueuse, molle, saignant au moindre contact, ayant absolument l'aspect d'un cancer végétant de la peau. Le relief de la masse au-dessus de la peau saine était de 3 à 4 centimètres. Pas de bords indurés ni de retentissement ganglionnaire. Une biopsie faite au laboratoire du Dr Gastou conclut au sarcome cutané. Les syphilides traitées par le sirop mixte ont disparu à vu d'œil, et simultanément la masse sarcomateuse après deux séances de radiothérapie est entrée en régression. Aujourd'hui, sans avoir disparu elle est réduite au moins des quatre cinquièmes, s'est épidermisée à la surface, ne saigne plus et a pris une consistance ferme. La saillie n'est plus guère que d'un demi-centimètre. Ce résultat remarquable a

été obtenu au laboratoire du Dr Gaston. Les séances ont été de vingt minutes environ ; nous ne savons rien de la qualité des rayons employés (radiochromomètre) ni de l'activité et de la distance de l'ampoule.

Deux nouveaux cas de sarcoïdes multiples sous-cutanées.

Par M. J. DARIER.

A la séance du 4 février dernier, nous vous avons présenté, mon interne M. Roussy et moi, une femme atteinte de tumeurs multiples sous-cutanées de l'épaule droite et du flanc gauche. Je rappelle que ces tumeurs étaient dures, irrégulières, mal limitées, adhérentes à la peau, qui, par places, offrait à leur niveau une teinte lilacée ; qu'elles étaient indolentes, avaient apparu depuis 2 ans et demeuraient stationnaires depuis plus d'un an. Le diagnostic n'avait pu être établi que grâce à la biopsie ; il s'agissait de néoplasies cellulaires du type tuberculoïde, constituées par des follicules composés de cellules géantes et de cellules épithélioïdes entourées de cellules lymphoïdes, ne contenant pourtant point de bacilles colorables.

Ces tumeurs sous-cutanées avaient une structure absolument identique à celle des sarcoïdes multiples de Bœck, qui pour moi représentent une variété du grand groupe des tuberculides.

Pour répondre à une question qui nous a été posée au moment de notre présentation, je puis dire que notre malade *a réagi à l'épreuve de la tuberculine* ; après trois injections successives de 1 milligramme à 3 milligrammes de tuberculine de Koch, elle a eu une courbature très marquée avec une ascension de la température qui a atteint 39°,5.

Je puis, aujourd'hui, vous présenter deux autres cas de ce même type morbide ; l'un est presque identique au premier, mais avec des tumeurs plus nombreuses et beaucoup plus grosses ; l'autre s'en distingue par plusieurs traits relatifs au siège et à l'évolution des nodosités. Mais les deux malades ont été biopsiées et, ainsi que l'on en peut juger par ces préparations et par ces dessins qui les reproduisent, la structure des lésions est absolument superposable et caractéristique.

Ayant l'intention, avec M. Roussy, de consacrer un mémoire à cette question, je me bornerai pour aujourd'hui à vous montrer l'une de mes deux nouvelles malades ; l'autre habite l'étranger et ne peut nous être présentée ; je ne donnerai qu'un résumé de leurs observations qui seront ultérieurement publiées in extenso.

OBSERVATION I (résumée). — M^{me} D..., âgée d'une quarantaine d'années, bien constituée quoique de santé assez débile, porte sur le tronc toute une série de tumeurs dures sous-cutanées, plus ou moins adhérentes à la peau.

Les lésions occupent principalement les deux flancs, des aisselles à l'hypochondre, et se présentent dans cette région sous forme de plaques irrégulièrement bosselées, hautes de 15 centimètres environ, larges de 20 à 30 centimètres. Par le palper on constate qu'elles sont formées par des cordons noueux anastomosés, larges de 3 à 5 centimètres, qui suivent à peu près la direction des espaces intercostaux. Les plus grosses de ces noueurs, faisant une saillie notable, ont environ le volume d'une grosse amande verte ou d'un petit œuf. Leur consistance est dure, fibreuse, leur limitation peu nette; elles siègent manifestement dans l'hypoderme et pour la plupart sont adhérentes à la peau, qui prend l'aspect de peau d'orange quand on cherche à la soulever, qui sur les plus adhérentes a une teinte ardoise ou lilacée; elles sont mobiles sur la paroi costale.

Deux autres tumeurs marronnées sont dans l'hypoderme de la région lombaire, de chaque côté de la ligne médiane. Une dernière occupe l'abdomen au-dessus du pli de l'aîne droite.

Leur indolence est complète: la malade ne se plaint que de la déformation et d'une certaine gêne, avec engourdissement quand les néoplasmes ont été longtemps comprimés, pendant le sommeil par exemple.

C'est par hasard qu'elle a remarqué leur présence, il y a 3 ans; depuis lors les nodosités ont plusieurs fois diminué ou augmenté de volume sans raison apparente.

M^{me} D... a eu plusieurs attaques de rhumatisme aigu depuis 1882, en 1884 une fièvre typhoïde grave, en 1889 une congestion pulmonaire avec hémoptysies. On ne constate rien d'anormal à l'examen de son appareil pulmonaire; au cœur on lui trouve un rétrécissement mitral; on note de plus la présence dans les deux aînes de gros ganglions indurés et mobiles, surtout à droite, plusieurs ganglions de la grosseur d'une olive dans chaque aisselle, peu ou pas de glandes au cou. Elle a maigri à plusieurs reprises, ce dont elle accuse des causes morales. Rien à noter du côté des ascendants et collatéraux. Elle a deux enfants, actuellement adolescents, d'un premier mari bien portant; depuis 8 ans elle est remariée à un homme très maigre, toussant et crachant beaucoup, qui se dit tuberculeux, mais que je n'ai pas pu examiner.

Bien que rien chez cette malade n'ait pu me faire soupçonner la syphilis, je dirai de suite que, dès que j'eus établi le diagnostic de sarcoïde, je l'ai soumise aux injections de calomel, dont j'ai pu apprécier les effets dans la forme cutanée de la maladie de Bœck. Au cours d'une première série de six injections, les tumeurs avaient diminué de moitié, puis ont repris leur volume et au delà; une seconde série est restée sans effet marqué.

OBSERVATION II (résumée). — M^{me} P..., 36 ans, du Vénézuéla, m'a consulté il y a quelques années pour des tumeurs de la jambe gauche et du membre supérieur droit. Elle est plutôt forte, très nerveuse et impressionnable, sujette à des attaques de nerfs. Je lui ai trouvé une hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite, une dyspepsie intermittente, des faux pas au cœur, un appareil respiratoire normal, pas d'engorgement ganglionnaire.

Lors de ma première visite elle avait sur la face postérieure de la jambe gauche une tumeur rouge, un peu sensible, de consistance dure et œdémateuse à la fois, du volume du poing ; cette lésion datait de 6 mois mais subissait de grandes variations. De fait, après un mois de repos et de pansements non irritants, l'œdème a disparu et l'on trouvait à sa place une plaque scléreuse un peu pigmentée et desquamante, aux deux extrémités de laquelle se dessinait une petite nodosité, l'une du volume d'un haricot, l'autre de celui d'une noisette. Elles étaient dures, mal limitées, sous-cutanées, adhérentes à la peau. Deux autres tumeurs pareilles, du volume d'un haricot, occupaient le membre supérieur droit ; l'une à la face postérieure du bras, l'autre au 1/3 supérieur de la face antérieure de l'avant-bras, et présentaient les mêmes caractères. Elles dataient de 2 ou 3 mois et, au dire de la malade, leur apparition avait été marquée par une fluxion œdémateuse rouge, pseudo-phlegmoneuse. Ces deux dernières nodosités avaient disparu complètement 18 mois plus tard.

J'avoue que j'ai beaucoup erré dans le diagnostic de ce cas, qui est le premier qui se soit présenté à mon observation, de 1898 à 1900 ; et cela d'autant plus, qu'engagé sur une fausse piste, j'avais à deux reprises constaté chez la malade la présence de filaires dans le sang recueilli de nuit. La biopsie a seule permis de reconnaître qu'il s'agit de la même maladie que dans les deux autres cas.

Examen histologique. — Les tumeurs excisées à ces deux malades ont identiquement la même structure que celles de notre malade présentée le 4 février, ainsi que vous pouvez en juger sur les préparations et les dessins ci-joints.

Il s'agit de néoplasies de l'hypoderme, envahissant les couches adipeuses auxquelles elles se substituent. L'une des pièces, comprenant l'extrémité antérieure d'un des cordons noueux thoraciques de l'observation I, montre que la néoformation se groupe autour d'un axe formé par une petite branche artérielle. Elle est composée par un amas de follicules plus ou moins individualisés ou confluent, dans la constitution desquels entrent des cellules épithélioïdes et des cellules géantes et qui sont entourés de cellules lymphoïdes.

Cette structure, comme on peut le voir par comparaison avec le dessin ci-joint représentant une coupe d'une sarcoïde *cutanée* de Boeck, est absolument pareille. Je n'ai point pu déceler de bacilles de Koch sur mes préparations. Mais je dois faire remarquer une fois de plus que nous ne connaissons jusqu'ici que la tuberculose qui puisse donner naissance à des néoplasies de ce genre.

Jusqu'à preuve du contraire, je me crois donc autorisé à soutenir que ces *sarcoïdes sous-cutanées* constituent une nouvelle forme de *tuberculides*.

www.libtool.com.cn
Sur quelques cas de balanite à microorganismes strictement anaérobies.

Par M. RIST.

La nature des microorganismes provocateurs des balanites, ou, pour parler plus exactement, des balano-posthites, constitue un petit problème bactériologique, qui, jusqu'ici, n'a pas été résolu d'une façon satisfaisante. Plusieurs auteurs ont constaté, au niveau de la muqueuse balano-préputiale saine ou enflammée, des bactéries très nombreuses et très variées qu'ils n'ont pu cultiver, ni, par conséquent, identifier à des espèces connues. La seule conclusion certaine que l'on puisse tirer de leurs travaux est donc toute négative et peut se résumer en ces termes : les balano-posthites ne sont pas dues aux germes ordinaires de la suppuration.

J'ai entrepris à ce propos une série de recherches qui feront ultérieurement l'objet d'un mémoire spécial. Je veux seulement aujourd'hui, dans cette courte note, consigner quelques résultats, dont la portée est, on le verra, plus générale que ne paraîtrait, au premier abord, le comporter le sujet.

Les cas que j'ai examinés répondaient au type bien connu de la balanite érosive circinée, telle que l'ont décrite MM. Berdal et Bataille. C'est une affection banale, fréquente et essentiellement bénigne. Les lésions se limitent à la partie couverte du gland. Le pus sécrété est épais, crémeux, de coloration jaune verdâtre et d'odeur assez spéciale. L'examen microscopique y fait voir un assez grand nombre de leucocytes polynucléaires et une quantité presque toujours considérable de bactéries, présentant, dans un même pus, les formes les plus variées. A côté de cocci isolés ou en diplocoques, en chaînettes ou en amas, on rencontre en abondance des bacilles longs ou courts, grêles ou trapus, incurvés ou rectilignes, dont beaucoup sont mobiles. Enfin, — fait sur lequel avaient déjà insisté MM. Berdal et Bataille — on constate presque toujours la présence de spirochètes extrêmement minces, animés de mouvements spontanés très rapides.

Les milieux usuels, ensemencés avec ces pus, demeurent presque constamment stériles. Lorsqu'on voit se développer, sur agar en surface, quelques colonies, elles ne répondent ni par leur nombre, ni par la nature des germes qui les constituent à la riche variété de microbes que l'on a constatée à l'examen direct. J'ai été frappé de la grande analogie morphologique qui existe entre ces pus de balano-posthites et les pus fétides ou gangreneux que l'on observe dans les appendicites, les mastoïdites, les pleurésies putrides, les bartholinites, etc. On sait que ces affections sont dues à des bactéries strictement anaérobies. J'ai donc ensemencé avec des pus de

balanite des milieux ~~privés d'oxygène~~, d'après la méthode que Veillon a rendue classique. Dans tous les cas que j'ai examinés, j'ai obtenu ainsi des cultures extrêmement abondantes de microorganismes strictement anaérobies.

Il existe donc des cas de balanite et j'ai tout lieu de croire que ce sont les plus nombreux, où la suppuration est due à l'action prépondérante et souvent exclusive de germes strictement anaérobies. Il n'est pas possible, tant à cause de la longueur et de la délicatesse des méthodes d'isolement de ces microbes qu'à cause du grand nombre de leurs espèces, d'en dresser à l'heure actuelle un catalogue complet. Certains d'entre eux sont identiques à ceux que Veillon et Zuber, Guillemot et moi-même avons décrits dans les suppurations fétides et gangreneuses ayant pour origine le tractus digestif et ses annexes. Mais les espèces les plus nombreuses paraissent se rapprocher de celles qu'ont étudiées Cottet et Albarran dans les suppurations des voies urinaires, Hallé, Jeannin et moi-même dans les suppurations des organes génitaux de la femme. Il existe en effet des différences appréciables entre la composition de la flore anaérobie des voies digestives et respiratoires et celle du domaine uro-génital.

L'absence souvent constatée de germes aérobie ou facultatifs dans le pus des balano-posthites ne permet pas d'expliquer la prépondérance des espèces strictement anaérobies comme on le fait pour la bouche ou ses dépendances. Dans cette cavité constamment traversée par l'air atmosphérique, on suppose que les aérobie s'emparant de l'oxygène disponible créent ainsi les conditions de la vie sans air pour les anaérobies qui vivent en symbiose avec eux. Il faut admettre au contraire que dans l'espace balano-préputial les conditions de l'anaérobiose existent par elles-mêmes, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'action réductrice des aérobie. Il est infiniment probable que les microbes du smegma, dont la nature a été l'objet de tant de discussions et que, pour la plupart, on n'est jamais parvenu à cultiver, ne sont autres que ces mêmes anaérobies que l'on trouve dans le pus des balanites.

L'existence de ces germes permet de comprendre pourquoi l'inflammation de la muqueuse du gland ne s'étend jamais à la portion découverte de l'organe, autrement dit à la région qui est en contact avec l'air. Elle explique aussi pourquoi le meilleur traitement des balano-posthites consiste simplement à découvrir le gland. Enfin les propriétés nécrosantes et gangreneuses des microbes strictement anaérobies permettent de comprendre que les balanites mal traitées et graves puissent se terminer par gangrène et déterminer, suivant l'expression de M. Du Castel, une véritable circoncision spontanée. La présence constante de germes anaérobies dans l'espace balano-

préputial jette aussi une vive lumière sur la bactériologie, si mal connue encore, des gangrènes spontanées foudroyantes de la verge.

On sait d'autre part, depuis les travaux de MM. Cottet et Albarran, que le caractère gangreneux des abcès urinaires et des infiltrations d'urine est dû, non pas, comme on le croyait naguère, au *Bacterium coli*, mais à des espèces anaérobies. L'origine de ces espèces restait jusqu'ici assez mystérieuse. Elle semble au contraire très compréhensible, lorsqu'on se rend compte que des germes anaérobies très variés existent à l'état normal au proche voisinage de l'orifice urétral dans l'espace balano-préputial. On voit donc que l'étude des bactéries anaérobies des balano-posthites présente un intérêt assez considérable au point de vue de la pathologie générale.

Syphilis et cancer de la bouche.

Par M. AUDRY

Dans une précédente note, j'ai rappelé que la syphilis jouait probablement un rôle actif dans l'étiologie des cancers de la bouche, abstraction faite des cas évidents où la leucoplasie représentait un intermédiaire entre la syphilis et l'épithélioma.

Voici quelques indications que j'ai puisées dans mes souvenirs, dans mes notes, ou dans mes préparations.

I. *Cancers de la bouche d'origine syphilitique, via leucoplasie :*

1° Homme de 58 ans : leucoplasie, tabac, syphilis, 2 plaques leucoplasiques manifestement épithéliomateuses dans la profondeur (examen microscopique).

2° Homme de 48 ans : leucoplasie des joues ; tabac, syphilis, épithélioma (examen histologique) sur la muqueuse de la joue droite.

II. *Cancers indépendants de leucoplasie :*

3° Homme de 60 ans : syphilis. Épithélioma infiltré de la langue. Plaques lisses de l'épithélium lingual. Amélioration temporaire par le calomel. Cachexie, mort.

4° Homme de 58 ans : observation identique de tous points (examen histologique en plus).

5° Homme de 69 ans, médecin. Syphilis certaine autrefois, épithéliomatose linguo-buccale. Cachexie, mort.

6° H. Épithéliomatose sur-syphilitique de la joue (observation publiée dans ma précédente communication, mars 1904).

7° Homme de 39 ans, ingénieur. Épithélioma du plancher de la bouche. A eu la syphilis 18 ans auparavant. Examen histologique : épithélioma malpighien ; opéré ; guérison opératoire.

En somme, 3 catégories de malades :

1° Syphilis, leucoplasie, épithélioma.

2° Syphilis, épithélioma sur des muqueuses linguales ou buccales

offrant des stigmates certains ou probables de syphilis (cicatrice, etc.) autres que la leucoplasie.

3° Syphilis dans les antécédents.

Je crois que si l'on veut bien prendre la peine de continuer et d'étendre cette enquête, on arrivera à des résultats inattendus et qui pourront étendre singulièrement les responsabilités indirectes de la syphilis.

J'ai aussi des raisons de croire que certains épithéliomas du rectum sont bel et bien développés sur des lésions syphilitiques.

Mais j'ai trop peu d'observations de ce genre pour me permettre de l'affirmer, et c'est une question à reprendre complètement.

Deux ichthyosiques fils d'un syphilitique.

Par M. AUDRY.

M. Ed. Fournier a signalé la syphilis dans les antécédents des parents d'enfants ichthyosiques. En voici un autre exemple :

Il s'agit de 2 enfants, âgés l'un de 8 ans, l'autre de 3 ans. Ils ont quatre autres frères ou sœurs normaux. Le père, la mère sont indemnes de toute ichthyose. Tous deux sont Français.

Les deux enfants sont atteints d'ichthyose serpentine noire assez développée pour que le père, qui est forain, exhibe volontiers l'aîné comme phénomène dans sa baraque. Du reste, la maladie est assez typique pour qu'il n'y ait pas lieu de la décrire longuement. Les deux enfants sont intelligents, bien développés, sans aucun stigmate d'hérédo-syphilis appréciable.

Or le père est syphilitique depuis plus de 15 ans, et l'an passé, je l'ai traité pour des manifestations cutanées parfaitement caractéristiques.

Si les faits de ce genre se multipliaient, il faudrait peut-être faire décidément rentrer l'ichthyose dans le cadre des dystrophies congénitales qui peuvent être déterminées par la syphilis des géniteurs.

Phlycténose récidivante et dermatite polymorphe douloureuse.

Par M. CARLE.

Voici un nouveau cas de phlycténose récidivante des extrémités. M. Bodin publiait récemment le douzième (*Annales de dermatologie*, 1903, p. 691). Cette nouvelle observation, la treizième, assez semblable cliniquement aux autres, me paraît intéressante au point de vue pathogénique par sa concomitance avec des symptômes de dermatite polymorphe.

M^{me} Clémentine Ag..., âgée de 34 ans, tisseuse à la Croix-Rousse (Lyon). Rien de notable dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Elle fut

atteinte pour la première fois à l'âge de 23 ans, lors d'une première grossesse, d'une éruption généralisée, qui nécessita son entrée à la clinique de l'Antiquaille. Cette éruption avait débuté par un érythème rouge, en plaques disséminées, très douloureux. Sur cette surface, une quantité de vésicules avaient rapidement fait leur apparition. L'état général était mauvais, la température élevée. Rien aux muqueuses. Rien sur les doigts. L'affection fut qualifiée de dermatite de Duhring.

En trois mois, la peau était à peu près revenue à l'état normal. Huit jours après, nouvelle éruption présentant les mêmes caractères — évoluant de même. Il en fut ainsi pendant dix mois. Une amélioration plus persistante fit croire pendant quelques mois à une guérison complète. Mais les périodes éruptives revinrent. De 1890 à 1896 elle fut obligée de séjourner à l'hôpital à cinq reprises différentes, et chaque fois de quatre à sept mois. Rien ne vint changer le diagnostic posé la première fois.

En 1896, à propos d'une nouvelle grossesse, réapparition d'une poussée, plus forte que les précédentes. En même temps surviennent les premières manifestations au niveau des doigts. La malade est très précise sur le mode d'apparition. Au cours de l'éruption généralisée, elle s'aperçoit de la présence sur les extrémités digitales, tout spécialement sur les pouces droit et gauche, et sur l'index gauche, de plusieurs « gonfles » assez volumineuses et remplies d'un liquide trouble. Tout autour, une réaction inflammatoire marquée transforme ces extrémités digitales en surfaces rouges que la concrétion du liquide des bulles crevées recouvre de croûtes plus ou moins épaisses. Dès ces premiers temps, les ongles sont atteints, et s'émiettent peu à peu.

Dès lors les phénomènes vont marcher de pair jusqu'en 1899. Toute poussée érythémato-vésiculeuse (et elle en eut trois nouvelles) sera accompagnée de poussée semblable et plus persistante du côté des doigts, si bien que, tandis que la dermatite généralisée guérit toujours à peu près dans les mêmes délais, la localisation digitale s'affirme et s'installe. Les ongles, qui repoussaient à l'origine, sont définitivement tombés.

Enfin depuis cinq ans, l'état des trois doigts sus-mentionnés est resté stationnaire, et c'est dans cet état que j'ai pu l'observer à la consultation gratuite, en janvier 1904.

Le pouce gauche dans la région dorsale péri-unguéale, l'index gauche sur toute l'étendue de la phalange, le pouce droit sur la moitié de la hauteur de la face palmaire, présentent des lésions identiques. Les ongles, à ce niveau, sont tombés en entier et leur lit se confond sensiblement avec le reste de la surface malade. Celle-ci est caractérisée par un tégument rouge, épaissi, recouvert de croûtes assez adhérentes, recouvrant quelquefois une ulcération, plus ou moins épaisses suivant le traitement suivi, mais se reformant avec une surprenante rapidité ; sur ce fond pseudo-eczémateux et toujours sur les mêmes points, surviennent les poussées bulleuses et vésiculeuses (j'ai pu assister à deux d'entre elles, en un mois et 1/2 de séjour à l'hospice des Chazeaux, 3^e étage, n^o 13). Celles-ci durent de 10 à 15 jours environ, et laissent après elles des ulcérations et des croûtes interminables.

En ce moment les doigts se déforment et s'effilent. Peu de phénomènes

subjectifs : une **démangeaison chronique**, transformée au moment des poussées en cuissons ou brûlures.

Les mêmes phénomènes se répètent depuis cinq ans, sans être aucunement modifiés par les traitements ; quantité de pommades n'ont donné aucun résultat.

Les doigts de caoutchouc, essayés pendant trois mois en 1899, ont beaucoup contribué à la chute définitive des ongles. La malade est sortie en février 1904. A peine arrivée chez elle, elle fut atteinte d'une forte éruption généralisée, présentant évidemment les caractères classiques des dermatites vésiculo-bulleuses. Cette poussée s'achève en ce moment. Les extrémités des doigts sont toujours dans le même état.

Rien à signaler dans l'examen des autres organes.

Je n'insiste pas sur les caractères spéciaux de cette curieuse affection dont j'ai déjà publié un cas des plus typiques (*Annales de dermatologie*, février 1902).

Actuellement, il s'agit de savoir s'il n'est pas possible, à défaut d'une pathogénie plus précise, de la rattacher à quelque groupe plus compréhensif. Or voici un cas où la concomitance avec une dermatite généralisée érythémato-vésiculeuse est des plus nettes. Et ce cas est loin d'être isolé. En parcourant les douze observations publiées (voir Audry, *Annales de dermatologie*, novembre 1901) je trouve :

1° Dans l'observation I (Hallopeau), « des poussées généralisées ou disséminées symétriquement de dermatite pustuleuse ».

2° Dans l'observation III (Stowers), un érythème généralisé coïncidant avec une aggravation de l'état des mains.

3° Dans l'observation IX (Frèche-Hallopeau), une série d'éruptions étendues sur tout le corps, caractérisées une première fois par des pustules, puis par des surfaces érythémateuses, parsemées de pustules, d'excoriations purulentes, enfin de vésicules de la grosseur d'une lentille, pleines de pus, entourées d'une aréole érythémateuse.

4° Dans l'observation de Bodin (*Annales de dermatologie*, novembre 1903) le malade est atteint à plusieurs reprises de plaques érythémateuses larges confluentes et prurigineuses sur la poitrine, l'abdomen et les cuisses.

Il y a là plus qu'une coïncidence. Dans cinq cas sur treize, on trouve des phénomènes concomitants de dermatites polymorphes douloureuses chroniques, à poussées successives. La même idée est d'ailleurs déjà venue à Bodin qui « avait pensé tout d'abord à quelque forme bizarre et singulière de dermatite polymorphe », — mais qui ne s'y est pas arrêté. Il me semble cependant très rationnel de rattacher cette petite affection à la vaste classe des dermatites polymorphes. Son caractère notoirement infectieux, ses symptômes essentiels, érythème, vésicules et prurit, son évolution chronique en

poussées successives, rendent plausible cette hypothèse. Ainsi s'expliqueraient les concomitances observées et les formes dites « malignes et progressives » de cette affection, qui seraient simplement des poussées de dermatites polymorphes.

Élections.

Au cours de la séance ont été nommés :

Président : M. A. FOURNIER.

Vice-présidents : MM. BROCO, HALLOPEAU, W. DUBREUILLE.

Secrétaires : MM. BODIN, BRODIER, DÉHU, ÉTIENNE, LENGLET, MILIAN.

Membres du comité de direction : MM. BALZER, DE BEURMANN, DANLOS, GAUCHER, LE PILEUR.

Membres titulaires : MM. COMBES, GUINARD, PAUTRIER, PETRINI (de Galatz), SERSIRON.

Membres correspondants JULIUSBERG (de Francfort), UMBERT de Barcelone).

Le secrétaire,

L. BRODIER.

Présidence de M. Doyon.

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : Technique et indications de la radiothérapie, par M. LEREDDE. (Discussion : MM. BISSÉRIÉ, LEREDDE.) — Sur un cas complexe de pelade dentaire, par M. JACQUET. (Discussion : MM. DARIER, SABOURAUD, JACQUET, BROCC, LEREDDE.) — Petite épidémie peladique, par MM. GAUCHER et LACAPÈRE. (Discussion : MM. GAUCHER, JACQUET, SABOURAUD, BROCC, HALLOPEAU, BALZER.) — Traitement de l'épithélioma superficiel de la face par la radiothérapie, présentation de malades, par MM. BROCC, BISSÉRIÉ, BELOT. (Discussion : MM. BALZER, LEREDDE, BROCC, GASTOU.) — Sur un cas d'iodisme tubéreux du visage, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD. — Sur une forme gangreneuse de bromisme, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD. — Sur une nouvelle forme de dermite bulleuse provoquée chez un galeux par de l'huile pétrolée, par MM. HALLOPEAU et TISSIERE. — Sur deux nouveaux cas d'érythrodermie mycosique, par M. HALLOPEAU. — Analyse d'une peau dans un cas d'ichthyose cornée, par MM. DANLOS et GOURBILLON. — Sur la séborrhée fongale et la composition du vernix caseosa, par MM. JACQUET et RONDEAU. (Discussion : M. SABOURAUD.) — Xanthome chez un diabétique. Téléangiectasies généralisées, par MM. GAUCHER et LACAPÈRE. (Discussion : MM. DARIER, GAUCHER.) — Hypertrophie et dégénérescence amyloïde des cartilages tarses probablement d'origine hérédo-syphilitique, par M. LEGRAIN. — Syphilide pustuleuse circonscrite de la paume de la main, remarquable par sa superficialité et sa ténacité, par M. DODION. — Nouvel appareil phototherapique à arc électrique, par M. T. MARIE. — Nouvelle installation pour rayons X et haute fréquence sans interrupteur, construite par Gaiffe, par MM. BROCC et BELOT.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Technique et indications de la radiothérapie.

Par M. LEREDDE.

Les communications récentes de MM. Béclère et Oudin à la Société de Dermatologie, sur la radiothérapie, provoquent de très nombreuses réflexions; elles soulèvent des problèmes multiples, parce qu'elles sont d'ordre très général; je chercherai dans cette réponse à limiter la discussion aux points que je considère comme les plus importants.

Je désire insister surtout sur les questions de technique et je parlerai d'abord du travail de M. Béclère, où elles sont étudiées très longuement. M. Béclère me permettra de le remercier au nom de tous ceux qui s'occupent de radiothérapie en France, de la part im-

portante qu'il a prise à l'étude de cette méthode, et de la clarté qu'il a contribué à apporter dans la technique. Sa dernière communication, après toutes les précédentes, porte l'empreinte de cette clarté. Elle m'a permis de voir très rapidement, sur quels points je puis être d'accord avec lui... Je ne le suis pas, à mon grand regret, sur tous, et je désire m'en expliquer de suite. Je ne crois pas que la radiothérapie puisse être considérée comme une méthode aussi simple que le fait M. Bécère, et je crois même qu'il y a danger à le faire.

Il est bien entendu, après les travaux de Freund, Schiff, Kienböck, Holzkecht, Bécère, qu'en radiothérapie nous avons à tenir compte à la fois de la qualité et de la quantité des rayons X absorbés par la peau. En ce qui concerne la qualité, la question des rayons très pénétrants et peu pénétrants, je n'ai encore aucune opinion *personnelle*, je préfère me réserver, et adopter provisoirement l'opinion qui paraît aujourd'hui classique, me réservant de la vérifier pour mon propre compte. Il y a peut-être inconvénient, aujourd'hui que les principales difficultés de la radiothérapie sont levées, à croire qu'il n'y en a plus aucune. On risque ainsi de ne plus faire de progrès dans son étude.

Comme tout le monde aujourd'hui, j'accorde à la question *quantité*, la plus haute importance. Le degré, l'intensité des radiodermites et des effets thérapeutiques, lui sont intimement liés. Le travail récent de Sabouraud sur la radiothérapie des teignes, a démontré à quelle précision technique on peut arriver dans certains cas, puisqu'il a pu fournir une formule extrêmement simple pour la dépilation du cuir chevelu, chez l'enfant, en une séance. Je souligne les mots *cuir chevelu et enfant*, parce qu'on risquerait déjà des mécomptes à ne pas respecter tous les termes de la formule de Sabouraud, et à croire, comme le font déjà certains, qu'elle peut s'appliquer à l'épilation d'autres parties du corps, ou peut-être à l'épilation du cuir chevelu chez l'adulte (sur ce dernier point, je n'ai aucune expérience personnelle).

La radiothérapie est malheureusement une méthode beaucoup plus complexe et difficile. M. Bécère ne fait pas entrer en ligne de compte d'une manière suffisante un élément fondamental : je veux parler de la réaction des tissus. Ici s'imposent des considérations anatomiques et physiologiques de la plus haute importance.

M. Bécère croit pouvoir comparer la radiothérapie au traitement mercuriel. Comme je l'ai démontré, en fait de thérapeutique anti-syphilitique, la question essentielle est celle de la quantité de mercure absorbée par l'organisme, quel que soit le sel employé, quelle que soit la forme d'administration. Cette notion nouvelle me paraît

avoir introduit dans le traitement mercuriel, au bénéfice des médecins et des malades, une simplicité qu'il n'avait pas, et les travaux récents en portent déjà la marque. Mais la formule que je viens d'employer révèle déjà, à la réflexion, combien il faut se méfier des formules simples. N'ai-je pas écrit dans plusieurs travaux : la seule question importante est celle de la quantité de mercure, au lieu d'écrire : la question essentielle? La seule question importante, devrais-je dire, à la condition que tous les organismes réagissent de même au traitement mercuriel. Mais mes recherches m'ont appris que certains individus supportent de 0,035 de Hg. par jour, d'autres seulement 0,030, quelques-uns 0,025 ou 0,020. Et tous les médecins savent que certains malades, heureusement rares, ne supportent pas le mercure.

Il faut prendre bien garde aux comparaisons auxquelles peut conduire l'étude du traitement mercuriel... Comment agit le mercure dans la syphilis? Nous l'ignorons; en tout cas, il représente en thérapeutique un agent exceptionnel par la netteté de son action, par la simplicité certaine de son action... (1).

En radiothérapie, nous avons à tenir compte, je l'ai dit plus haut, des réactions des tissus : je dois m'expliquer. Lorsqu'on a commencé à étudier l'action des rayons X sur la peau, les accidents ont été d'abord attribués à l'idiosyncrasie : il est naturel à l'esprit du médecin d'accuser le malade plutôt que la technique, et à l'esprit humain d'accuser le hasard avant de rechercher la loi. On peut dire que tous les progrès de la radiothérapie ont eu pour effet de diminuer le rôle de l'idiosyncrasie, mot qui sera malheureusement d'un emploi longtemps nécessaire dans beaucoup de départements de la médecine. Aujourd'hui ce rôle, en radiothérapie, paraît peu important, et on pourrait écrire, me semble-t-il, « qu'en faisant absorber, à une région déterminée de la peau, chez deux individus du même âge, du même sexe, de la même race, une égale quantité de rayons X d'une qualité déterminée, en une seule séance, nous aurons un effet à très peu de chose près égal ».

Cette formule est-elle exacte? Il y manque au moins un terme. J'ai oublié d'écrire : à une région déterminée de la peau saine. La formule peut donc s'appliquer aux cas dans lesquels il n'existe pas de lésion de la peau. Or, fait-on jamais de la radiothérapie sur la peau saine?

Heureusement, cette formule peut s'appliquer à un certain nombre d'affections pilaires. Dans les teignes de l'enfant, la peau du cuir chevelu ne présente pas de réactions inflammatoires impor-

(1) M. BÉCLÈRE juge de la saturation de l'organisme et de sa tolérance par la stomatite mercurielle; je ne crois pas que la grande majorité des syphiligraphes soit sur ce point d'accord avec lui.

tantes, les réactions visibles au microscope sont légères, le derme ne se défend pas, car il est à peine attaqué. Mais la formule donnée par Sabouraud s'appliquerait-elle à la guérison d'un kérion du cuir chevelu? En aucune manière... On doit le croire au moins jusqu'à preuve du contraire. Et je n'oserais certes pas traiter une plaque de kérion comme une plaque de microsporidie.

En fait, nous soignons par la radiothérapie des lésions de la peau, et souvent des lésions graves, profondes, souvent aussi des lésions susceptibles de réactions inflammatoires. Dans chaque cas, nous avons à résoudre un problème particulier. Nous avons d'abord à résoudre d'une manière générale, le problème du traitement radiologique de l'affection à laquelle il se rattache, mais en prenant garde de ne pas tomber dans une formule étroite qui ne s'appliquera pas à tous les cas particuliers. Je vais donner deux exemples, pour ne pas rester indéfiniment sur le terrain des généralités.

Comme MM. Brocq, Bissérié, Belot, je suis arrivé à une formule assez simple pour le traitement des épithéliomes cutanés. Ampoules molles, séances couplées : on fait absorber 7 à 8 unités H à la peau. Au bout de quinze jours, on recommence. MM. Brocq, Bissérié, Belot font alors quelques séances courtes et ne s'occupent plus de la question quantité, sinon pour rester au-dessous de celle employée dans les deux premières séances. Je crois qu'on peut arriver à une formule plus précise et indiquer qu'on peut souvent au bout de quinze jours refaire le traitement avec la même énergie qu'au début.

Nous voici arrivés à une formule pour le traitement de l'épithéliome de la peau. Allons-nous chercher à la rendre encore plus précise? C'est impossible, et elle l'est déjà trop. Elle ne s'applique pas à tous les cas d'épithéliomes cutanés... J'ai soigné récemment par la radiothérapie, un malade offrant un épithéliome de la joue du volume d'une mandarine. Allais-je suivre la technique que j'ai suivie moi-même dans la plupart des cas d'épithéliome? Pas du tout, je n'aurais obtenu aucun résultat, ou le traitement aurait été des plus longs. Mon assistant, le Dr Donat, m'a proposé de faire deux séances d'une heure en deux jours. Je me suis rangé à son avis. En deux jours, la peau a absorbé environ 15 unités H. Au bout de dix jours, nous avons vu une très large destruction de l'épithéliome. Maintenant, au bout d'un mois, la surface de la tumeur est au niveau de la peau. Le malade n'est pas guéri! Que serait-il devenu entre les mains d'un médecin qui se serait cru obligé de suivre la technique indiquée par les derniers travaux? Il n'aurait jamais guéri, tout simplement...

Voici d'autre part des épithéliomes perlés, ou des épithéliomes kyperkératosiques. La pénétration des rayons X est ici des plus difficiles, comme je l'ai indiqué récemment dans une communication

faite à l'Académie de médecine. Croit-on qu'on les guérisse en suivant la technique commune? Pas le moins du monde; il faudrait une quantité de rayons X beaucoup plus élevée, que je ne puis encore déterminer, d'autant que ces épithéliomes me paraissent plutôt justiciables d'autres méthodes.

On voit bien maintenant sur quels points je ne suis pas d'accord avec M. Béclère, ni avec M. Bissérié, qui adopte la même manière de voir. Je puis donner un autre exemple fourni par le traitement du lupus tuberculeux.

Je crois pouvoir dire qu'à vouloir, comme l'indique M. Béclère, respecter l'intégrité du tégument dans un lupus tuberculeux, on n'obtiendra jamais la guérison du lupus, ou, pour ne pas être absolu, on ne l'obtiendra que dans des cas fort rares.

Les auteurs allemands qui se sont occupés de la question indiquent deux techniques: dans l'une on procède par accumulation, jusqu'à ulcération des lupomes; dans l'autre, employée par Neisser et son école, on procède par destruction, on provoque une radiodermite grave, avec eschare (*Schorf*). Les deux méthodes peuvent amener la guérison du lupus.

Pour ma part, je n'ai pas encore d'opinion arrêtée sur la technique du traitement du lupus tuberculeux par la radiothérapie, que je n'ai commencé à étudier que depuis cinq ou six mois. Ce traitement me paraît des plus difficiles, si l'on veut guérir les malades et non seulement les soigner. J'ai à l'heure actuelle plusieurs cas de guérison, au moins partielle, de lupus érythémateux; je n'ai pu les obtenir qu'à condition de provoquer des réactions inflammatoires franches de la peau.

Ceci me permet de bien montrer sur quels points je ne suis pas d'accord avec M. Béclère. Celui-ci ne veut pas provoquer de radiodermite. Or il faut s'entendre sur la signification de ce mot, et ne pas le prendre au sens étroit. En fait, toute action des rayons X sur la peau provoque une radiodermite; cette radiodermite est une condition de l'action thérapeutique. Pour amener l'épilation, nous déterminons une radiodermite légère, sans érythème et, s'il est possible, sans pigmentation. Pour traiter un lupus, nous chercherons à provoquer une réaction inflammatoire assez marquée, et sans aller jusqu'à l'eschare — *qui sera peut-être nécessaire dans certains cas* — nous chercherons à amener la sclérose des tissus; il sera indispensable de substituer des cicatrices au tissu lupique. Pour traiter un épithéliome, nous devons déterminer une radiodermite franche, limitée au point malade. Ici la radiothérapie devient une méthode destructive. Et chez un lupique qui a une forme superficielle non encore traitée, nous n'opérerons pas comme chez un autre qui a une forme profonde déjà soignée, sclérosée par d'autres méthodes. Dans

un épithéliome perlé, nous n'agissons pas comme dans un épithéliome adulte, et dans un épithéliome du volume d'un pois, nous n'agissons pas comme dans un épithéliome dont le volume dépasse celui d'une mandarine.

Un mot encore. Certes, tous les médecins peuvent faire de la radiothérapie dans les affections de la peau, mais à la condition qu'ils connaissent la technique, et aussi qu'ils soient dermatologistes, assez pour bien connaître l'affection qu'ils ont à traiter. On évitera ainsi non seulement les dangers de la méthode, mais aussi des insuccès. Le jour où en médecine, chacun ne parlera que de ce qu'il sait, et ne soignera que ce qu'il peut soigner utilement, il y aura, pour le bien de tous les médecins et des malades, quelque chose de changé. Nous devrions tous pousser à la division plus grande du travail, chercher à la réaliser pour notre compte, et je ne sais pourquoi nous semblons aller toujours en sens inverse.

La communication de M. Oudin, faite en mars dernier, indique une technique beaucoup moins précise que celle de M. Bécclère. M. Oudin cherche également à arriver à une formule simple, mais sans se préoccuper suffisamment des cas auxquels on peut avoir affaire, et il ne peut en donner une qui convienne à tous les cas, ce qui ne peut surprendre si l'on juge fondées les considérations que je viens d'exposer. Il y a lieu simplement, à mon avis, de penser qu'il faudra indiquer pour chaque affection soignée par la radiothérapie une technique particulière, qui ne pourra être réglée que dans quelques années pour certaines d'entre elles. Finsen a mis cinq ou six ans pour régler le traitement du lupus par la photothérapie.

M. Oudin nous a parlé du traitement du cancer par les rayons X; les objections qu'on peut faire à son travail sont dues à la nécessité de distinguer de la manière la plus absolue entre la radiothérapie des cancers superficiels et celle des cancers profonds.

La curabilité des premiers est établie, celle des seconds ne l'est aucunement et je désire, pour ma part, protester contre les exagérations auxquelles on s'est livré de toutes parts sur la guérison du cancer viscéral. Je ne connais pas une observation démonstrative.

Pour admettre que la radiothérapie puisse provoquer des généralisations, il faudrait des preuves... M. Oudin ne nous dit pas dans sa note combien il a soigné de malades atteints de cancer profond, par les rayons X. Il n'est peut-être pas surprenant de voir chez trois malades, ce cancer se généraliser au cours du traitement sans que celui-ci y soit pour quelque chose. Quant à la première observation de M. Oudin, elle me paraît s'expliquer par une infection intercurrente, telle qu'une grippe, et je ne crois pas qu'on puisse rattacher les symptômes à une généralisation cancéreuse, provoquée par le traitement, arrêtée dès qu'on cesse celui-ci... Il n'est pas dans les

mœurs du cancer, une fois qu'il a commencé à se généraliser, de ne pas continuer à le faire !

M. BISSÉRIÉ. — Pour répondre à M. Leredde, je dirai que pendant toute la durée du traitement radiothérapique la question de quantité de rayons X reste notre préoccupation constante.

Comme M. Sabouraud je suis d'avis, et c'est là du reste ce que je fais dans ma pratique, qu'en certains cas, il faut faire absorber à la région traitée une dose de rayons X suffisante pour déterminer une radiodermite assez prononcée.

Cette radiodermite provoquée en une seule application guérit assez rapidement 15 jours environ, tandis que dans les radiodermites survenant après une série d'applications modérées la cicatrisation est lente à se produire, 2 mois et plus ; il semble que l'accumulation des rayons X dans une région imprime une modification profonde aux tissus de cette région.

Les malades qui font l'objet des observations de M. le D^r Oudin sont des malades chez lesquels la néoplasie évoluait depuis longtemps, deux d'entre eux avaient déjà subi des opérations et étaient en état de récurrence ; il est donc possible de croire qu'ils pouvaient être en imminence de généralisation.

Cette généralisation s'est manifestée rapidement après les premières applications des rayons X, mais rien ne prouve qu'elle s'est produite parce que ces applications ont été faites et qu'elle ne se serait pas produite en dehors de toute intervention.

On peut donc en toute logique soutenir qu'il y a eu là simple coïncidence et non relation de cause à effet, d'autant plus que nous avons eu des cas semblables dans lesquels nous n'avons observé aucune généralisation.

Les faits cliniques sont là pour nous prouver que des gens atteints de néoplasie résistent pendant des années à l'infection générale et que brusquement, sans que rien puisse la faire prévoir, cette généralisation se produit, enlevant rapidement un malade qui quelques semaines auparavant présentait encore toutes les apparences d'un état général satisfaisant.

Pas plus qu'une autre méthode la radiothérapie ne sera efficace dans tous les cas de néoplasie ; les faits actuellement acquis semblent prouver qu'on doit en attendre de bons effets dans les cas où l'on peut faire porter l'action des rayons X directement et immédiatement sur la lésion néoplasique.

En terminant, je tiens à répéter, comme l'a dit le D^r Béclère et comme je l'ai dit moi-même, qu'en radiothérapie c'est la question de dose qui domine tout, c'est de cette dose que dépend l'effet thérapeutique.

Nous avons actuellement en mains divers appareils qui nous permettent de doser d'une façon précise la quantité de rayons X que nous faisons absorber à une région, et il est de toute nécessité d'utiliser les appareils si on veut se mettre à l'abri d'accidents et agir d'une façon rationnelle et scientifique.

M. LEREDDE. — Je répondrai simplement à M. Bissérié que je ne nie pas l'importance de la quantité des rayons X, mais que j'insiste sur la nécessité de faire varier la quantité introduite dans la peau, dans chaque maladie, et dans chaque cas particulier et de ne pas adopter des formules trop simples qui seront la cause de nombreux succès.

www.libtool.com.cn

Sur un cas complexe de pelade dentaire.

Par M. L. JACQUET.

Le malade que voici, atteint, depuis 1902, de pelade de la moustache gauche, et traité depuis cette époque, est à peine guéri à l'heure actuelle : ce n'est donc pas un succès thérapeutique. Pourtant il n'y a pas de fait plus propre à convaincre les esprits attentifs de l'influence peladogène des lésions dentaires.

En effet, cette pelade gauche a débuté 2 à 3 mois environ après une double crise dentaire gauche, qui nécessita successivement l'extraction d'une molaire supérieure puis d'une molaire inférieure gauches.

Il existait de l'hyperesthésie faciale gauche, notamment au point sous-orbitaire, où la pression répondait douloureusement à l'emplacement de la molaire extraite : preuve de la relation entre cette lésion et ces points névralgiques.

A droite, rien : ni lésion dentaire, ni trouble sensitif, ni alopecie.

Cette double extraction arrête la pelade : la repousse commence, puis cesse.

M. Gaumerais découvre alors une carie distale profonde de la première prémolaire supérieure gauche et la cautérise : la dépilation s'accroît.

Et M. Gaumerais constate que la première prémolaire supérieure gauche, douloureuse à la pression et un peu mobile, est atteinte de périostite avec gonflement ; il arrache la dent : les jours suivants, nouvelle extension. Mais 10 jours après, arrêt, puis début de repousse. Cette repousse s'accroît, couvre l'aire glabre, mais reste à fleur de peau pour ainsi dire : le poil est ténu, incolore, peu adhérent.

Pendant il existe toujours de l'hyperesthésie et de l'hyperthermie légères, mais nettes, du côté gauche, et sensation d'engourdissement à la pression profonde de la lèvre supérieure gauche.

Je soupçonne alors qu'il reste un débris radiculaire ou osseux non éliminé.

Pourtant M. Gaumerais affirme que la dent extraite par lui était entière, et le malade déclare que la première molaire supérieure gauche enlevée sur l'indication de M. Sabouraud, était complète aussi.

D'ailleurs la repousse s'accroît encore ; il ne restait qu'une zone glabre restreinte, lorsque, brusquement, sans nul phénomène sensitif subjectif, tout tombe : à ce moment pourtant au niveau de la première molaire incriminée le bord alvéolaire est gonflé et sa pression sensible, en outre le vestibule supérieur gauche est injecté.

J'affirme alors avec plus de force l'existence d'un débris radiculaire ; et MM. P. Ferrier et Gaumerais, après recherche minutieuse, découvrent un minime pertuis fistuleux par où ils aboutissent à un corps dur.

M. Gaumerais pratique, sous chloroforme, le curettage profond de l'alvéole et ramène l'extrémité apicale de la racine postéro-externe de la première grosse molaire supérieure gauche ; elle est volumineuse, la voici.

Pendant les 8 jours suivants, dépilation très active, après quoi la repousse évolue si rapidement que 5 semaines plus tard l'aire peladique est recouverte en son entier.

L'hyperesthésie et l'hyperthermie *gauches* ont disparu aussitôt après l'opération.

Mais les poils repoussent grêles ; il en est encore de massués, de coudés ; la plupart sont solides mais quelques-uns viennent aisément à la pince ; la guérison n'est donc pas complète.

C'est qu'aussi il existe encore un trouble sous-jacent à la lèvre supérieure : il y a un peu de sensibilité et même de tuméfaction à l'extrémité de l'aile labiale gauche : la pression totale profonde est un peu sensible et le vestibule supérieur gauche est assez vivement injecté.

Au total, voici un cas de pelade dans lequel la permanence de troubles sensitifs a permis d'affirmer, dans des conditions particulièrement délicates, la présence d'un débris radiculaire important, et où les alternatives d'alopécie et de repousse ont été liées de façon saisissante aux fluctuations des lésions profondes ; c'est sur ce point précis de l'histoire de la pelade que j'appelle l'attention et la discussion.

M. DARIER. — Depuis que mon attention a été attirée par les travaux de notre collègue Jacquet sur les relations possibles de la pelade avec les lésions dentaires et d'autres troubles nerveux, j'ai toujours recherché l'état de la dentition chez les peladiques. Je suis frappé du fait que, dans la grande majorité des cas, on trouve chez eux les lésions dentaires, de variétés diverses, mais capables de causer une perturbation nerveuse ; assez souvent il y a même un rapport topographique entre le siège de l'irritation gingivale et celui de l'alopécie. Quand les lésions dentaires font défaut, on peut trouver des manifestations douloureuses d'autre origine dans la sphère du trijumeau, ou bien des troubles vaso-moteurs. Quelquefois on ne constate absolument rien de local, mais un affaiblissement général, une asthénie remarquable, en rapport avec la croissance ou avec un surmenage cérébral.

J'ai cependant observé quelques cas où toutes ces conditions faisaient absolument défaut. Je n'en tire aucune conclusion et me borne à confirmer la matérialité des faits énoncés par M. Jacquet.

M. SABOURAUD. — Je désirerais savoir quelle est la relation dans le temps entre l'extirpation de l'extrémité apicale de la dent et le début de la guérison de la pelade.

M. JACQUET. — La repousse a débuté huit jours après et a atteint l'état actuel en quatre semaines. Mais il faut noter que, quinze jours après l'opération, il est encore sorti le fragment de séquestre que j'ai montré à côté du débris radiculaire. Au total, j'ai le droit de dire qu'en ce cas les troubles dentaires et l'alopécie ont été associés comme l'ombre au corps.

M. SABOURAUD. — Si on examine l'état général des peladiques on trouve très souvent des relations importantes entre la pelade et l'état général du malade qui en est atteint.

Bien que l'on puisse admettre la réalité des faits signalés par M. Jacquet, je crois que l'abus de cette théorie conduit à l'extraction de beaucoup de

dents à peu près saines et que les praticiens ne sont pas assez circonspects à ce point de vue.

M. BROCCQ. — Je n'ai pas l'intention de surcharger votre ordre du jour en vous faisant une communication sur l'étiologie et la pathogénie de la pelade. L'état actuel de la question a été en effet admirablement résumé dans le superbe article de M. Dehu, paru dans *La Pratique dermatologique*. Il n'y a pour ainsi dire rien à y reprendre, et je m'associe pleinement à ses conclusions, peut-être avec une certaine réserve à propos des cas de contamination publiés. Je m'explique :

Dès novembre 1900, dans un article paru dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* j'avais demandé la libre admission des peladiques dans les grandes administrations et dans les ateliers d'où ils sont repoussés comme des pestiférés ; je ne parle pas, bien entendu, des écoles.

Ma réclamation, qui a été suivie de quelques autres, est restée sans sanction pratique.

Je suis convaincu que la cause en est dans les faits de temps en temps publiés de contagion de pelade, d'épidémie de pelade, qui frappent l'esprit des médecins et paralysent les pouvoirs publics.

Cette situation est intolérable. Notre posture envers les malades est des plus difficiles. Ils ne peuvent comprendre que nous ne soyons pas capables de leur répondre d'une manière catégorique quand ils nous demandent si leur affection est oui ou non contagieuse.

Les conséquences de cette incertitude sont parfois cruelles : nous brisons ainsi la situation de certaines personnes ; nous portons un préjudice réel à la plupart de nos peladiques.

Je demande que nous entrions enfin dans une voie pratique, que nous sortions de cette période d'incertitude et de discussion scientifique dans laquelle nous semblons nous complaire depuis plusieurs années.

Pour atteindre un but si désirable, je vous propose le moyen suivant. Je vous supplie de vouloir bien l'étudier.

Puisque les seuls arguments qui nous empêchent encore d'admettre pour tous les cas de pelade sans exception les conclusions de M. le Dr Jacquet sont ces faits de contagion et d'épidémie dont on publie de temps en temps des relations, nommons une commission composée de ceux qui ont le plus étudié cette question ; chargeons cette commission d'examiner soigneusement tous les faits nouveaux de contamination et d'épidémie ; faisons connaître l'existence de cette commission au public médical, en invitant nos confrères à soumettre leurs cas douteux à l'examen de ce tribunal, et nous saurons ainsi d'une manière définitive en quelques mois, si oui ou non il existe des cas à aspect de pelade qui soient transmissibles d'homme à homme.

Si l'on ne parvient pas à en constater, on pourra enfin d'une manière définitive décréter la libre admission des peladiques dans les diverses agglomérations humaines.

M. LEREDDE. — Je donne toujours un certificat de non-contagion.

M. SABOURAUD. — Depuis 1897 je donne toujours des certificats de non-

contagion. Je n'ai observé que 9 à 11 cas de contagion conjugale probable, ce qui fait un cas pour 200 de ma statistique.

M. BROCO. — M. Sabouraud donne donc universellement des certificats de non-contagion : c'est à retenir. Mais cela ne suffit pas ; on vient de publier de nouveaux cas de contagion ; je demande qu'on dissipe les derniers doutes. Je maintiens donc ma proposition de nommer une commission chargée de juger de la valeur des faits litigieux.

M. JACQUET. — Je remarque avec plaisir qu'ici que le microbe ne hante plus guère les esprits. Je voudrais que M. Brocq nous donnât le résultat de son observation au sujet de l'origine dentaire de la pelade.

M. BROCO. — Je m'en rapporte à ce que vient de dire M. Darier. J'ai cru voir qu'il existe des relations étroites entre les éruptions de la dent de sagesse et certaines pelades.

M. JACQUET. — En résumé, j'ai la joie de voir que mes idées ont gagné du terrain. *Tant mieux* : je l'affirme à nouveau, la voie est bonne et sûre quoique d'une initiation délicate.

Je vous communiquerai prochainement, avec M. Gaumerais, un certain nombre de faits *typiques*, étudiés avec plus de précision que les précédents, au point de vue *stomatologique* surtout.

Ce qui me fâche un peu, c'est qu'on semble m'accuser de négliger maintenant le côté *général* du problème peladique. Il n'en est rien : les lésions *irritatives*, dentaires ou autres, créent la pelade sur le *terrain* préparé par les viciations que j'ai étudiées, je pense, autant que tout autre.

M. Darier, par exemple, a grande raison d'insister sur le rôle de la *croissance*, et je crois avoir le premier attiré l'attention sur ce point : c'est au moment des périodes de *croissance* que *l'évolution dentaire est particulièrement active*. La croissance, par le déséquilibre organique qu'elle entraîne, crée un terrain favorable et, par les poussées *néo-dentaires* qu'elle suscite, *fixe* les localisations peladiques. Je dirais volontiers la même chose de tous les grands excitants de la nutrition : séjour au bord de la mer, grandes pyrexies, surmenage, etc...

Je n'ai jamais vu de *décalvante* survenir au cours de l'éruption de la dent de sagesse ; mais celle-ci est cause active de dépilation diffuse, *uni* ou *bilatérale*.

En terminant, je tiens à bien spécifier *que, dans la cure de la pelade, je demande strictement le sacrifice des dents qui sont condamnées au point de vue stomatologique.*

Petite épidémie peladique.

Par MM. GAUCHER et LACAPÈRE.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société quatre cas de pelade qui paraissent nettement ressortir de la contagion.

Nombreuses sont les observations d'épidémies de pelade dans les écoles ou dans les casernes, mais sur ces soi-disant épidémies,

combien peu d'observations ont été soumises à une critique rigoureuse, combien d'alopecies considérées comme de la pelade n'étaient que des alopecies banales, souvent anciennes, révélées tout à coup par un examen attentif.

Les quatre cas que nous rapportons ici sont au contraire des cas de pelade dont le diagnostic a été fait d'une façon positive. Ce diagnostic a même été fait par des dermatologistes différents, d'ailleurs tous médecins de cet hôpital, où les malades sont venus consulter séparément.

Le 30 avril dernier, l'un des malades atteints se présentait devant nous à la consultation, pour une petite plaque de pelade apparue depuis quelques jours seulement. Ce malade nous apprenait qu'il était gardien de la paix et qu'il avait été atteint en même temps ou peu de temps après trois autres agents qui font partie de la même escouade que lui.

Ces quatre hommes, constamment réunis, sont toujours désignés ensemble pour leur service. Un jour sur deux ils prennent la garde à la Préfecture de police, où ils se remplacent les uns les autres pour monter la faction. Dans l'intervalle de leurs tours de faction, ces hommes s'étendent pour se reposer sur des lits de camp recouverts d'un matelas et d'un traversin ; ces matelas sont rarement nettoyés, et nos malades y jettent parfois le soir un drap ou une toile sur laquelle ils viennent se coucher à tour de rôle. Le fait sur lequel nous appelons l'attention c'est que nos quatre malades, désignés par l'ordre alphabétique de leurs noms, se succèdent toujours immédiatement sur le lit de repos.

Il y a quatre mois, dans les premiers jours de janvier, l'un d'eux, M. L..., s'aperçut que ses cheveux tombaient. Cet homme, âgé de 50 ans, atteint depuis longtemps de dyspepsie, avait éprouvé pendant une année des inquiétudes au sujet de sa pension de retraite, inquiétudes qui avaient rapidement modifié son caractère.

Au moment où cette question d'intérêts se terminait, et cela d'ailleurs à la satisfaction du malade, il apparaissait à la région fronto-pariétale droite une petite plaque de pelade de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Deux à trois semaines plus tard, deux nouvelles plaques se montraient à la nuque, à cinq ou six centimètres au-dessus de la bordure des cheveux. Un mois plus tard la pelade envahissait la barbe et la moustache.

Actuellement, dix ou onze plaques peladiques de grandeurs différentes parsèment le cuir chevelu. La plus étendue ne dépasse pas la grandeur d'une pièce de 5 francs. Le traitement excitant qui a été prescrit au malade à la consultation de l'hôpital a déjà provoqué une repousse assez abondante à la surface de toutes les plaques, mais les cheveux nouveaux sont blancs et très grêles.

Dans la barbe il existe des plaques irrégulières disséminées, à contour irrégulier, et fort étendues. Dans la moustache on remarque de chaque côté une place dépitée, plus étendue à gauche qu'à droite, et sur lesquelles les poils de repousse commencent à apparaître encore blancs, grêles et clairsemés.

Un mois après le début de cette pelade, un second agent, âgé de 38 ans,

appartenant à la même escouade, était atteint à son tour. Le perruquier l'avertissait le 8 février qu'il portait sur le sommet de la tête une plaque de pelade.

Le lendemain le malade se présentait à la consultation de l'hôpital Saint Louis, où le diagnostic était confirmé.

Sous l'influence du traitement prescrit, pommade soufrée, lotion excitante, application de sublimé, la petite plaque peladique, qui n'avait jamais dépassé la grandeur d'une pièce d'un franc, disparaissait dans l'espace de deux mois.

Ajoutons que le malade, d'un caractère fort égal, fort placide, ne présentait aucune cause nerveuse connue à laquelle on pût rapporter l'apparition de cette pelade, émotion, névralgies, carie dentaire, etc...

Vers le 1^{er} mars, c'est-à-dire deux mois après le début du premier cas de pelade, un autre homme, âgé de 42 ans, collègue et voisin continuuel des deux premiers, voyait apparaître dans la barbe une petite plaque de pelade qu'il venait aussitôt faire soigner à cet hôpital.

Dans les cheveux vous remarquez quelques lésions d'acné pilaire très anciennes et sans rapport avec la pelade actuelle.

Cet homme, assez impressionnable, avait été atteint il y a 9 ans de pelade du cuir chevelu. Il était donc un terrain tout préparé pour une contagion peladique. Il est actuellement traité à l'hôpital Saint-Louis.

Le quatrième malade, âgé de 37 ans, celui qui a appelé notre attention sur cette petite épidémie peladique, est atteint depuis 5 à 6 jours seulement. Il y a 11 ans, il avait déjà présenté vers le même endroit une plaque de grandeur analogue. Aujourd'hui on constate une petite plaque peladique, actuellement déglabrée, grande comme une pièce d'un franc, localisée en arrière et au-dessus de l'oreille droite. — Nous venons de lui prescrire son traitement.

Ces quatre cas de pelade, que nous communiquons sans commentaire à la Société, ne nous paraissent pouvoir être attribués à une autre cause que la contagion.

Nous joignons à cette observation la lettre suivante, adressée à l'un de nous, au sujet des quatre cas que nous venons de rapporter, par le médecin en chef de la police municipale, M. le D^r Carpentier-Méricourt.

MON CHER CONFRÈRE,

Les gardiens de la paix atteints de pelade se rendront à votre consultation jeudi matin, comme vous le désirez.

Je suis bien aise que vous les examiniez à nouveau et que vous discutiez ces cas intéressants. — Je crois à la contagion de la pelade sinon fatale, mais possible et même fréquente selon certaines individualités. Aussi, lorsqu'un agent atteint de pelade m'est adressé à mon cabinet, je lui fais immédiatement cesser son service dans les postes et permets seulement le service en bourgeois, afin d'éviter, autant que possible, les contacts avec les autres agents ; il ne reprend son service, en tenue, que lorsque je le crois entièrement guéri.

Veuillez agréer, etc

M. GAUCHER. — J'arrive avec mes malades au moment où vient de finir la discussion sur la contagiosité de la pelade. La contagion de la pelade est rare, mais certaine. J'ai l'habitude de délivrer à tous les malades qui le réclament des certificats conçus à peu près en ces termes : « Je, soussigné, certifie que M. X.... est atteint de pelade, que cette affection n'est contagieuse que par contact direct et qu'il peut être admis dans (l'établissement, l'usine ou l'administration), à condition qu'il ait toujours la tête couverte par une coiffure serrée et fixe. »

M. JACQUET. — Toutes les fois qu'une épidémie a été étudiée contrairement la contagion s'est évanouie. Je demande donc que la commission réclamée par M. Brocq voie le jour.

M. SABOURAUD. — L'un des malades ici présentés n'a pas eu la pelade, mais une alopecie post-traumatique ou post-infectieuse dont la trace est indiquée par la cicatrice définitivement déglabrée qui occupe le centre de l'ancienne plaque.

M. GAUCHER. — Ce malade a eu une pelade diagnostiquée et traitée par M. Balzer et en voie de guérison.

M. BROCCQ. — Le hasard fait bien les choses. Avant l'intervention de M. Gaucher, je vous avais déclaré que l'on publiait de temps en temps des faits de contagion et d'épidémies des plus troublants ; vous avez maintenant la preuve de leur réalité, et vous voyez qu'une enquête sérieuse s'impose. Il faut que nous sachions à quoi nous en tenir. Depuis longtemps je délivre des certificats indistincts à ceux de M. Gaucher : ils ne sont pas satisfaisants, on ne reçoit pas les ouvriers, les collégiens, les employés qui les présentent. J'insiste donc de nouveau pour qu'une commission chargée de trancher la question de la contagion soit nommée.

M. HALLOPEAU. — J'ai exposé, en 1902, dans une communication à notre réunion de Toulouse, toute une série de faits qui, selon moi, établissent la contagiosité de la pelade ; je n'y reviendrai pas ; j'y ajouterai seulement cette particularité : les personnes qui ont constamment la tête couverte ne prennent généralement pas la pelade. C'est ainsi que, dans cet hôpital, alors que chaque année des membres du personnel médical ou des infirmiers contractent cette maladie, il n'y a pas d'exemple qu'une des religieuses en ait été atteinte. De même à la maison mère des sœurs de Saint-Vincent de Paul, sur environ 20000 religieuses qui s'y sont succédé, notre excellent confrère Brochin n'en a vu qu'un très petit nombre de cas alors qu'il y a observé de nombreuses affections cutanées et particulièrement un nombre « incommensurable » de loupes de la tête ; les « très, très rares » cas de pelade se sont produits chez des sœurs chargées de faire la classe ; ces faits constituent de nouveaux arguments en faveur de la nature contagieuse de cette affection.

M. BALZER. — Je crois la contagion réelle et deux cas où elle s'est exercée me viennent à la mémoire. Dans l'un d'eux une peladique que reçoit et loge sa sœur non peladique, celle-ci se sert des peignes de la peladique ; quinze jours après, apparaît chez elle la pelade.

M. GAUCHER. — Je crois que l'idée de contagion vient à mesure que la pratique s'étend et que l'on est à même d'observer plus de peladiques.

J'ai été autrefois si peu contagionniste que j'ai écrit un mémoire sur la non-contagion de la pelade; je le suis devenu quand j'ai eu une expérience suffisante.

M. LE PRÉSIDENT. — Il me paraît utile de procéder dès maintenant à la nomination de la commission que réclame si justement M. Brocq.

(Après vote à mains levées, la commission est nommée; elle se compose de MM. Gaucher, Hallopeau, Jacquet, Sabouraud.)

Traitement de l'épithélioma superficiel de la face par la radiothérapie; présentation de malades.

Par MM. BROCC, BISSÉRIÉ, BELOT.

Les malades que nous présentons étaient atteints de différentes variétés d'épithélioma cutané. Celle qui nous a semblé s'améliorer le plus vite est la forme avec ulcération centrale et bords périphériques saillants. Le type perlé demande un traitement plus long; il est avantageux dans la plupart des cas de faire sauter les perles avec la curette. Quant aux épithéliomas recouverts de croûtes épaisses, nous avons l'habitude de faire tomber ces croûtes par des pulvérisations préalables.

Chez tous ces malades, le traitement a été conduit suivant notre méthode habituelle: doses massives, de façon à faire absorber 8 à 10 unités H à la région malade, en une ou deux séances consécutives. Les rayons employés correspondent comme pénétration au numéro 5 ou 6 du radiochromomètre de Benoist; ils sont donc peu pénétrants. Ces applications demandent, avec notre installation, de 25 à 30 minutes environ. Sur les formes franchement ulcérées, nous avons pu atteindre 12 unités H sans inconvénient, au début du traitement.

Nos malades sont laissés au repos pendant 15 à 20 jours. A ce moment, si la réaction est peu prononcée ou en voie de décroissance, nous faisons une ou deux nouvelles séances, en faisant absorber environ 8 H; sinon nous attendons la fin ou la diminution des phénomènes inflammatoires.

Nous continuons de la sorte, en diminuant progressivement les doses, suivant l'état de la peau et surtout suivant les modifications qu'a subies la lésion.

Chez ces malades, le nombre des séances a varié entre 10 et 20. Mais il faut savoir que dans la plupart des cas, la dose périodique choisie a été absorbée en deux jours consécutifs; ce qui porte seulement à 5 ou 10 séries d'applications le nombre de séances néces-

saire pour produire la guérison ; entre chaque série nous laissons une moyenne de 15 à 25 jours de repos.

On voit par là que la méthode laisse au malade une liberté relative, et ne l'oblige pas à quitter son travail.

Le nombre total d'unités H absorbées oscille, pour ces malades, entre 25 et 43, suivant les lésions, les doses les plus élevées s'appliquant aux malades porteurs de néoplasie non ulcérée.

En résumé, on peut dire qu'il faut dans ces cas faire absorber à la peau malade la quantité de rayons X la plus grande possible, tout en conservant l'intégrité des téguments ou des tissus, et cela en aussi peu de temps que possible. Il faut, en effet, prendre garde de ne pas produire une irritation trop vive, qui en empêchant de pouvoir continuer les applications périodiques, retarde d'autant le résultat définitif.

M. BALZER. — Dans ces cas de traitement, a-t-on fait des recherches anatomo-pathologiques ? On a vu beaucoup de guérisons en apparence complète par la résorcine ; or on trouve toujours des cordons épithéliaux dans les cicatrices.

M. LEREDDE. — En ce qui concerne la question de M. Balzer, relative à la récurrence du cancer cutané après traitement, je dois dire que je ne puis déclarer définitives les guérisons obtenues par moi à la suite de la radiothérapie. Il faudrait avoir revu les malades après plusieurs années et voici seulement 9 ou 10 mois que j'ai commencé à soigner des épithéliomes par les rayons X. Mais la radiothérapie paraît avoir une supériorité extraordinaire sur les méthodes caustiques anciennes. Celles-ci détruisent les tissus épithéliomateux mais attaquent les tissus sains. Au contraire, la radiothérapie, bien maniée, a une action élective extraordinaire sur les tissus épithéliomateux, du suintement se produit et, la tumeur éliminée, on voit la cicatrice en donner exactement le moule, il semble que tout ce qui était malade a été enlevé et que ce qui était sain n'a pas été touché. Cette action élective rend les récurrences beaucoup plus improbables qu'après l'emploi des caustiques chimiques.

M. DARIER. — Ces cordons épithéliaux peuvent demeurer sans progresser ; j'en possède une observation très nette. Chez un malade guéri par la méthode de Cerny d'un vaste épithéliome de la face, on fit une autoplastie de la paupière au bout de 18 mois. Au cours de l'opération, le chirurgien excisa de la cicatrice un nodule douteux siégeant dans la profondeur ; je pus constater que ce fragment était farci de tubes épithéliaux enfermés dans un tissu de sclérose. L'opération remonte à 4 ans et il n'y a pas eu de récurrence.

M. BROCCO. — Nous ne présentons pas nos malades en vous disant que nous guérissons le cancer par la radiothérapie. Nous vous faisons constater de beaux résultats obtenus par ce procédé et voilà tout. Les effets de la radiothérapie sont excellents dans certains cas, mais non dans tous les cas ; nous avons cru devoir vous montrer ces faits positifs parce qu'on a trop dit dans ces derniers temps que la radiothérapie n'agit pas ou qu'elle aggrave

le cancer. Ceci est faux, avec cette restriction que quelques cas peuvent être mal influencés. En étudiant avec persévérance ce procédé nous arriverons aux indications précises de la méthode.

M. GASTOU. — J'ai soigné un épithélioma de l'angle de l'œil qui guérit au bout de huit séances et récidiva quatre mois après.

Sur un cas d'iodisme tubéreux du visage.

Par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD.

Par ses localisations, par son aspect insolite, par les difficultés qu'en a présentées le diagnostic, cette malade nous paraît devoir être signalée à l'attention de la Société. Agée de 66 ans, elle s'est bien portée jusqu'à ces derniers temps : en mai 1903, elle éprouve une céphalée violente avec étourdissement et sensation d'affaiblissement général ; elle est soumise dans son village à un traitement par l'iodure de potassium : elle ingère chaque jour deux cuillerées à soupe d'une solution à 5 gr. pour 150 de ce médicament ; peu de temps après, survient sur les paupières une éruption de bulles transparentes remplies d'un liquide clair.

Ces étourdissements, vertiges et sensations de défaillances se renouvellent à plusieurs reprises, notamment en janvier et aussi en mars, de volumineuses saillies se sont développées sur le visage, à chaque cure iodique. Lorsque la malade entre à Saint-Louis, elles présentent des caractères sur lesquels nous allons revenir. Très imparfaitement renseignés par la malade sur les circonstances dans lesquelles est survenue son éruption, nous portons, malgré l'absence de tout antécédent appréciable, le diagnostic de *syphilides* et nous prescrivons un traitement par des frictions mercurielles en même temps que par l'iodure à la dose quotidienne de 6 grammes. Au bout de peu de jours, la disparition des troubles cérébraux semble confirmer le diagnostic ; cependant, après 6 semaines de cette médication, nous constatons que de nouvelles saillies ont apparu et que les anciennes, au lieu de s'affaïsser, sont au contraire devenues plus saillantes ; nous sommes frappés par les analogies qu'elles présentent avec des moulages de malades atteints, soit d'iodisme, soit de bromisme ; nous examinons de nouveau le malade à ce point de vue ; nous nous renseignons plus à fond et minutieusement sur son histoire et nous arrivons à cette conclusion que nous avons affaire exclusivement à une *forme tubéreuse d'iodisme*. L'aspect des altérations est aujourd'hui le suivant : toutes les parties de la face sont envahies par des tubérosités isolées ou agglomérées, soit en fragments de cercle, soit en masses volumineuses qui atteignent les dimensions d'une grosse cerise, alors que la plupart des lésions élémentaires ne dépassent pas les dimensions d'une lentille ; c'est au niveau du tubule nasal et dans son voisinage immédiat que les tubérosités sont les plus volumineuses : ces masses se continuent à gauche avec deux traînées également tubéreuses, mais moins grosses, qui s'étendent transversalement sur les joues ; les paupières, le front et les oreilles sont également intéressés ; les saillies consistent en une prolifération végétante des lésions avec foyers de suppuration y inclus et formation de croûtelles mélicériques.

Nous signalerons, comme particulièrement dignes de remarque dans cette éruption, sa localisation exclusive au visage, sa disposition incomplètement symétrique, le volume considérable et l'aspect végétant des nodosités éruptives, la distribution de certaines d'entre elles en fragments de cercles, les vives cuissons qui en ont accompagné le développement.

Si nous comparons cette éruption à celles qui sont représentées dans le musée sous l'étiquette d'iodisme, nous constatons que dans aucun de ces moulages le caractère tubéreux et végétant des éruptions n'est aussi prononcé; c'est plutôt dans le bromisme que dans l'iodisme que l'on rencontrerait des formes analogues. La disposition circinée peut conduire à la confusion avec des éruptions syphilitiques: elle a été déjà représentée dans le moulage qui figure l'iodisme végétant décrit en 1885 par l'un de nous.

Sur une forme gangréneuse de bromisme.

Par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD.

On sait que, suivant le mode de réaction des sujets, les mêmes influences morbifiques peuvent se traduire cliniquement par des manifestations très différentes; il en est ainsi en particulier de l'antipyrine, des iodures et des bromures.

Les altérations qui se sont produites chez cette malade consécutivement à un traitement par le bromure de potassium nous paraissent mériter l'attention.

La nommée Ma..., âgée de 61 ans, entre le 25 avril au numéro 1 de la salle Lugol; elle nous rapporte qu'elle a eu, il y a 25 ans, un rhumatisme articulaire aigu et qu'elle éprouve, depuis deux ans, des accidents cardiaques constitués surtout par des palpitations et de la dyspnée sous l'influence des efforts: elle est atteinte d'une insuffisance mitrale.

Il y a 3 semaines, on la soumet en ville à un traitement par le bromure de potassium; au bout de 8 jours de cette médication, une éruption érythémateuse apparaît sur la partie interne des cuisses ainsi que sur les membres inférieurs; concurremment, une bulle à contenu clair se développe au-devant du genou gauche; l'éruption se produit simultanément sur les mains; le dos de la main gauche est rouge et tuméfié; enfin, des élévures de couleur violacée et bientôt recouvertes de croûtes noirâtres se sont développées à la partie interne et inférieure des deux jambes, la malade ne peut dire s'il y a eu ou non production de bulles dans ces régions. Porteuse de pains, elle était depuis longtemps atteinte de varices, mais il n'en était jamais résulté d'ulcérations.

Les altérations de la jambe gauche ont succédé, dans une région à peu près symétrique, à celle du membre opposé. Au moment de l'entrée, nous constatons, le 5 avril, les faits suivants: l'ulcération de la jambe gauche

mesure 6 cent. sur 10; ses bords, un peu saillants, sont extrêmement découpés en contours géographiques; un réseau de bandes sphacélées à bords également très irréguliers occupe tout le centre de l'ulcération et tranche par sa couleur noire sur le rouge du fond ulcéré; ces lésions sont extrêmement douloureuses; les altérations de la jambe gauche sont identiques avec des dimensions un peu moindres. Sous l'influence d'un pansement humide avec l'eau boriquée, les eschares se détachent rapidement et les plaies bourgeonnent; les altérations ont perdu leur caractère clinique le plus frappant.

En raison de l'apparition des lésions peu de jours après le début d'un traitement bromuré, de l'extension, aux quatre membres de l'éruption initiale de son caractère bulleux, de cette production aiguë de gangrènes bilatérales de forme inusitée, nous avons été conduits à rechercher une action toxique ou médicamenteuse et nous n'avons trouvé que le bromure de potassium à mettre en cause. Aujourd'hui, les lésions éveillent, en raison de leur siège, l'idée d'ulcères variqueux; il est très probable que les varices ont constitué ici un *locus minoris resistantiæ*, mais la dissémination initiale des phénomènes éruptifs et leur tendance à la guérison rapide ne permettent pas d'admettre qu'elles aient été la cause exclusive de ces lésions.

Si nos conclusions sont exactes, il faut enrichir la description du bromisme d'une forme gangréneuse remarquable par le caractère polycyclique et l'aspect géographique de ses traînées en bandes.

Sur une nouvelle forme de dermite bulleuse provoquée chez un galeux par de l'huile pétrolée.

Par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE.

Nous avons l'habitude, lorsque nous nous trouvons en présence d'une gale trop irritée pour qu'il soit possible de procéder immédiatement à la frotte, de faire pratiquer sur les parties atteintes des frictions quotidiennes avec un mélange d'une partie de pétrole associée à deux parties d'huile; nous avons constamment jusqu'ici vu sous l'influence de ce topique les phénomènes d'irritation scabieuse s'effacer en peu de jours; jamais nous n'avons observé d'accidents.

Il n'en a pas été ainsi chez le jeune homme que nous avons l'honneur de présenter à la Société.

Sous l'influence de ce traitement local, il a été atteint au bout de peu de jours d'une éruption bulleuse de caractères tout particuliers: bien que toute la surface du tronc et des membres ait été soumise à cette même médication, cette éruption secondaire est limitée aux mains et à la moitié inférieure des avant-bras; le volume des bulles qui la constituent varie de celui d'un grain de millet à celui d'un gros pois; les bulles relativement volumineuses sont de beaucoup les plus nombreuses, elles sont agglomérées en groupes: on en compte ainsi jusqu'à une trentaine réunies dans des

espaces restreints, particulièrement sur les premières phalanges des doigts et dans leurs interstices ; un très petit nombre sont confluentes : elles sont abondantes sur le dos des mains et l'éruption se propage sur la face dorsale de l'avant-bras, ses éléments diminuant de nombre et d'étendue à mesure que l'on s'éloigne du poignet ; à la face palmaire, l'éruption est presque nulle ; elle réapparaît sur la face antérieure de l'avant-bras.

Chacun de ces éléments est remarquable par sa forme hémisphérique ; leur partie centrale n'est occupée, ni par un poil, ni par un orifice glandulaire ; leur contenu est séro-purulent : il paraît plus clair au centre de chaque élément ; chaque bulle est entourée d'une très légère aréole érythémateuse ; un certain nombre de ces bulles se sont ouvertes et ne sont plus représentées que par des croûtes remarquables par leur coloration d'un jaune brillant. Le malade accuse une sensation vive de cuisson.

A quelle cause devons-nous attribuer cette action si exceptionnelle de cette préparation ? nous comptons par centaines les cas dans lesquels il ne s'est rien produit de semblable, et dans la littérature médicale nous n'en trouvons d'autre trace que cette indication de Lewin dans son traité de toxicologie : « Chez des ouvriers travaillant aux pompes pour extraire le pétrole j'ai vu se produire de l'acné, des nodules, des tubercules, des bulles purulentes, des tumeurs pour la plupart à base indurée. » Mais il n'est pas certain que ce soit le pétrole qui doit être incriminé ; nous avons appris en effet que l'huile d'œillette employée pour cette préparation avait été prise au fond d'un récipient en vidange depuis longtemps. D'autre part, on peut formuler deux hypothèses : 1° celle d'une *idiosyncrasie* ; 2° celle d'une *altération du produit* ; nous aurions tendance à nous prononcer en faveur de cette dernière, par cette raison que ces jours derniers un enfant soumis à cette même médication a également présenté des phénomènes d'irritation.

En dehors de son intérêt pratique, cette éruption est remarquable en ce qu'elle est absolument typique, *elle ne ressemble, par la forme, le volume, le mode de groupement et la localisation de ses éléments, à aucune dermatose décrite* ; l'un de nous a fait récemment la même observation à propos d'un cas d'intoxication par la pilocarpine.

Ce fait vient donc confirmer la loi d'après laquelle, suivant nous, toute cause morbifique imprime aux réactions qui en sont l'expression des caractères qui lui appartiennent en propre.

Sur deux nouveaux cas d'érythrodermie mycosique.

Par M. HALLOPEAU.

La fréquence de ces érythrodermies devient telle que leur observation pourrait encourir le reproche de banalité, et nous nous

abstiendrions de publier ces deux nouveaux cas si chacun d'eux ne présentait quelques particularités intéressantes.

Le premier malade a été présenté par nous à la Société en 1900 comme atteint d'une *intoxication provoquée par le sulfonal employé trop largement en frictions*.

Il s'agit du nommé Hu... conché alors au n° 34 de notre salle Vidal ; il a été atteint, en août 1889, de plaques érythémateuses multiples qui bientôt sont devenues confluentes et ont envahi presque toute la surface du corps ; il éprouvait les violentes démangeaisons avec prurit sans prurigo qui constituent une des caractéristiques de cette maladie. Lors de son entrée dans notre salle Vidal, en juillet 1900, le tableau symptomatique de ces éruptions prémycosiques est complet : *érythrodermie généralisée avec épaissement du derme, prurit violent et incessant avec paroxysmes, sans production de papules de prurigo, mais avec de longues excoriations linéaires, adénopathies généralisées très volumineuses*.

Nous voyons se produire ultérieurement des alternatives d'accalmie et de recrudescence ; ces dernières coïncident avec un mouvement fébrile plus ou moins intense ; comme phénomènes insolites, nous observons, pendant quelques semaines, la production de bulles et plus tard, après une poussée aiguë, une *desquamation en larges lambeaux* de toute la surface cutanée.

En avril 1902, survient un fait important : il s'agit de l'*apparition, sur le tronc et les membres, d'un certain nombre de nodules* ; le plus volumineux a les dimensions d'une grosse lentille ; son relief est d'environ 2 millimètres ; il est très résistant au toucher ; on voit plusieurs éléments semblables, mais plus petits, sur les membres inférieurs. D'autre part, il s'est produit au-dessous de la clavicule droite, une induration du volume d'une nœfle, dure, intra-cutanée, paraissant développée aux dépens de la couche profonde du derme. Les cheveux sont raréfiés.

Le malade sort, au milieu de 1902, notablement amélioré. Bientôt, l'érythrodermie s'efface, les adénopathies rétrocedent, les forces reviennent et le malade, après avoir été pendant plus de deux ans dans une situation qui paraissait désespérée, se rétablit presque complètement, si bien qu'il peut reprendre ses fonctions de contremaître. Nous avons pu le voir ces jours derniers et constater que son état général est aussi satisfaisant que possible ; on ne peut dire cependant que sa guérison soit complète : il persiste en particulier, disséminées sur la surface tégumentaire, un petit nombre de nodosités dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une lentille ; leur consistance est ferme ; leur couleur, d'un rouge sombre, ne disparaît pas sous la pression du doigt ; leurs contours sont circulaires avec quelques prolongements curvilignes : ce sont évidemment les mêmes nodosités que nous avons observées il y a deux ans ; nous constatons, pour une d'elles, une localisation identique à celle que nous avons indiquée à cette époque ; on voit en outre des macules brunâtres consécutives, d'après le malade, à la rétrocession d'éléments semblables.

On ne peut dire non plus qu'il ne reste pas des traces de l'érythrodermie ; en effet, la peau du scrotum est restée rouge et squameuse ; il en est de même de la partie antérieure des genoux ainsi que des parties voisines des

membres inférieurs; nous notons en outre sur les jambes, des taches pigmentaires. Enfin, depuis la rétrocession de l'érythrodermie, il se produit des élevures d'aspect ortié, sans rougeur ni sensations pénibles: elles ne durent que quelques minutes; on les voit survenir sur toutes les parties du corps; leur volume atteint celui d'une noisette.

Bien que nous n'ayons pu jusqu'ici pratiquer de biopsie, il nous paraît incontestable que les nodules décrits constituent de petites tumeurs mycosiques.

Le second malade dont nous avons à vous parler est actuellement couché au 62 de notre salle Vidal; son éruption a débuté il y a un an: depuis son entrée à Saint-Louis, nous avons observé chez lui les mêmes généralisations de l'érythrodermie avec périodes d'accalmie, le même prurit, les mêmes poussées sudorales, les mêmes adénopathies, la même absence de prurigo malgré le prurit, les mêmes poussées fébriles, la même desquamation généralisée en larges lambeaux; la surface cutanée a pris, dans ces derniers temps, une coloration d'un brun sombre; l'érythrodermie s'est transformée en mélanodermie; l'état général s'aggrave rapidement; il survient comme complications une tuberculose à marche rapide et une diarrhée chronique: la fièvre devient continue, la maigreur est squelettique et une terminaison fatale est proche.

En résumé, tableau identique, pendant longtemps, au précédent, mais dans les derniers temps, mélanodermie, complications thoraciques et intestinales d'un pronostic fatal.

Les analogies cliniques sont telles entre les deux faits que l'on est en droit de les rapporter à un même type: dans les deux cas, il s'agit de l'état morbide que M. Besnier et l'un de nous ont dénommé *érythrodermie prémycosique*. Si, le plus souvent, les malades succombent avant la fin de cette érythrodermie dont la durée peut être fort longue, notre premier fait montre qu'il n'en est pas toujours ainsi et l'exactitude de la conception clinique à laquelle nous sommes arrivés se trouve ainsi confirmée.

Nous résumerons ainsi les conclusions de ce travail:

1° *Les érythrodermies mycosiques peuvent, après des poussées aiguës, donner lieu à une desquamation généralisée;*

2° *Elles peuvent passagèrement s'accompagner d'éruptions bulleuses;*

3° *Elles coïncident parfois avec des diarrhées opiniâtres; on peut supposer avec une grande vraisemblance que l'intestin est alors le siège d'altérations semblables à celles de la peau;*

4° *Les analogies entre les érythrodermies qui s'accompagnent de la production de nodosités et celles qui font succomber les malades sans que ces altérations soient survenues soient telles que l'on est en droit de les rattacher à un seul et même type morbide, ainsi que nous l'avons fait avec M. Besnier en 1892;*

5° *Ces érythrodermies peuvent rétrocéder presque entièrement en*

même temps que disparaissent les troubles de la santé générale; ces faits atténuent le pronostic ordinairement fatal de cette maladie;

6° Ces érythrodermies peuvent se transformer en mélanodermie;

7° Le mycosis peut s'accompagner d'une urticaire persistante sans aucune douleur, particularité qui lui est propre; ce fait tend à prouver que toute réaction provoquée par une cause spéciale a des caractères qui lui appartiennent en propre.

Analyse d'une peau dans un cas d'ichthyose cornée.

Par MM. DANLOS et GOUBILLON.

Humidité.....	14,2 p. 100
Résidu sec à 110°.....	85,8 —
Cendres.....	3,1 —

ÉTUDE DES ÉLÉMENTS MINÉRAUX.

Chlorures en proportion notable.

Phosphates en petite proportion.

ÉTUDE DE LA MATIÈRE ORGANIQUE.

<i>Matières organiques totales</i>	82,7 p. 100
<i>Matières organiques non grasses</i>	74,75 —
<i>Matières grasses totales</i>	7,95 —

ÉTUDE DE LA MATIÈRE GRASSE.

Dosage des <i>acides gras libres</i>	1,575 p. 100
— des <i>graisses neutres</i>	3,040 —
— de l' <i>Insaponifiable</i>	3,334 —
<i>Indice de saponification</i> (Kœttstorper)	
— de la matière grasse seule.....	179

C'est-à-dire 0,179 de potasse saponifie 1 gramme de graisse. Ce chiffre est très voisin de celui que donne le suint.

Étude de l'Insaponifiable.

L'Insaponifiable était en grande partie constitué par de la *cholestérine* qu'il a été possible d'extraire en quantité suffisante pour la caractériser.

Estimation APPROXIMATIVE, 2 grammes de cholestérine.

Sur la séborrhée focale et la composition du vernix caseosa.

Par MM. JACQUET et RONDEAU.

La question de savoir s'il existe ou non, dès la vie intra-utérine, un état séborrhéique, est importante au point de vue de l'étude générale de la séborrhée (1).

L'un de nous (2), en 1900, affirmait avec la plupart des auteurs (3) cette activité de l'appareil sébacé embryonnaire et faisait connaître que « dans les derniers temps de la vie intra-utérine les pores sébacés, surtout à la face, sont larges et ponctuent de grains blancs le front, le nez, le menton, les lèvres »; et que, par la pression entre les ongles, on peut « faire sourdre de chacun de ces orifices un cylindre gras vermiforme ».

M. Sabouraud (4), entraîné malgré lui par la tendance à dater de la puberté l'évolution séborrhéigène, récusait ces faits, de constatation aisée pourtant, et il admit que « les *points blancs* inclus dans l'épiderme des nouveau-nés sont du *milium* (ancienne *acne hordeolata*) et non pas des cylindres vermiformes ». Leur nature sébacée, ajoutait M. Sabouraud, reste à démontrer.

Un peu plus tard (5) il précise et complète son erreur :

« Le *vernix caseosa* n'est aucunement une graisse glandulaire comme Hebra et plus récemment Jacquet ont voulu le dire. Il ne présente aucune graisse libre; lavé à l'éther, il ne perd de son poids qu'une quantité inappréciable. Enfin la graisse sébacée en frottis sur verre, se teint en noir par l'osmium, et le *vernix caseosa* traité de même prend au lieu de cette teinte, la teinte grisâtre de l'épiderme dissocié normal. En outre, examiné au microscope, le *vernix* se montre exclusivement formé de cellules épidermiques dissociées, sans noyau, que je ne saurais mieux comparer comme forme qu'à des oreillers ou des coussins carrés bien gonflés. J'insiste sur le premier fait qui nous montre ce que Robin avait déjà affirmé dès 1860, que le *vernix caseosa* n'a rien à voir avec une exsudation graisseuse et une séborrhée. »

Ce texte renferme des inexactitudes et des erreurs bibliographiques, histologiques, histo-chimiques et chimiques.

(1) Nous devons les plus vifs remerciements à M. Bar, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine, à M. Brindeau son suppléant, à M. Cathala son interne, et enfin aux élèves sages-femmes du service, grâce auxquels nous avons pu recueillir le matériel d'étude, base de ce travail.

(2) L. JACQUET. Nature et traitement de la pelade (*Annales de dermatologie et de syphil.*, 1900, p. 944).

(3) Analyses de ELSASSER, LIEBREICH, GORUP-BEZANEZ, etc.

(4) SABOURAUD. *Les maladies séborrhéiques*, p. 45 (note).

(5) SABOURAUD. *Les maladies desquamatives*, p. 280.

D'abord il n'est pas exact que l'un de nous ait jamais fait allusion au *vernix caseosa* ; il n'eût point écrit que le *vernix* « est une graisse glandulaire », sachant fort bien que ce corps est formé, pour une part, de cellules épidermiques accumulées. Il a simplement parlé de l'exsudat qu'on fait sourdre par la pression des glandes sébacées du nouveau-né, ce qui n'est pas tout à fait la même chose.

Peu importe d'ailleurs, car c'est bien sur ce terrain que nous plaçons la controverse : nous allons prouver que l'*enduit fœtal*, s'il n'est pas *exclusivement* « une graisse glandulaire », est du moins bien réellement un corps gras et gras, en partie, par le fait même de l'excrétion sébacée.

Mais voici qui est plus grave : d'après M. Sabouraud, Ch. Robin aurait affirmé, dès 1860, que le vernix « n'a rien à voir avec une exsudation graisseuse et une *séborrhée* ».

Or, Ch. Robin pensait exactement le contraire (1) : « Il est des conditions pendant le cours de la vie, écrit-il, où les cellules (les cellules des glandes *sébacées*) ainsi rejetées habituellement, s'accumulent peu à peu en quantité variable suivant les sujets à la surface de la peau, de manière à y former une couche plus ou moins épaisse ; ces conditions sont celles dans lesquelles se trouve le fœtus durant la vie intra-utérine, et le résultat de cette accumulation est la production de l'*enduit fœtal*. »

Et un peu plus loin :

« Cette humeur (l'humeur *sébacée*)... protège la peau contre l'action de la sueur après la naissance ; contre la macération amniotique pendant la vie intra-utérine. »

Et enfin (2) : « la sécrétion sébacée est continue à compter du milieu de la vie intra-utérine, sans stimulant connu, spécial ou autre, venant alors en accroître ou en diminuer la quantité. L'épithélium naît, tombe et se renouvelle continuellement ».

Plus loin encore il est vrai, il déclare (3) que l'*enduit fœtal* qui recouvre le nouveau-né « n'est pas à proprement parler « *matière* ou *humeur sébacée* », que ce n'est que « le résidu de cette sécrétion, résidu dans lequel l'humeur même a disparu en très grande partie, en ne laissant s'accumuler que les cellules épithéliales expulsées des glandes ». Il ajoute enfin que l'*enduit sébacé fœtal* ne renferme de granulations graisseuses qu'en quantité extrêmement minime. Et ce sont là, certes, des erreurs provenant, la première de la conception particulière à Ch. Robin sur le mécanisme général de la sécré-

(1) CH. ROBIN. Article *SÉBACÉES* (glandes et matières), *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, 3^e série, t. VIII, p. 385.

(2) CH. ROBIN, *loc. cit.*, p. 390.

(3) CH. ROBIN, *loc. cit.*, p. 394.

tion (1), et la seconde de sa pénurie en réactifs histologiques des graisses, réactifs que M. Sabouraud possédait et qui, plus attentivement utilisés, l'eussent préservé d'une erreur. Mais il n'en demeure pas moins établi que, pour Ch. Robin, le *vernix caseosa* n'est autre chose qu'une des « variétés du sébum ».

Examinons maintenant cette matière au triple point de vue *histologique, histochimique et chimique*.

1° *Réactions histologiques*. — Sans nul traitement, nous avons trouvé les cellules du *vernix*, de forme vaguement arrondie ou polygonale, et rarement « comparables à des oreillers ou des coussins carrés bien gonflés ».

D'autre part, un frottis de vernix desséché à l'étuve, dégraissé à l'éther et coloré à l'hématoxyline, montre quelques rares cellules nucléées, parmi un beaucoup plus grand nombre sans noyau, fait observé et figuré précédemment par Galippe (2).

En faisant agir directement l'acide osmique, les cellules prennent une couleur fauve et certaines d'entre elles présentent au centre un noyau coloré en brun plus foncé.

2° *Réactions histochimiques*. — Contrairement à l'opinion de M. Sabouraud, un frottis de *vernix* sans autre traitement, réduit bien les vapeurs d'acide osmique, à la condition que l'action soit prolongée de 12 à 24 heures : nous montrons à la Société des préparations qui rendent le fait indubitable. Les cellules elles-mêmes se colorent peu ou pas, mais la coloration caractéristique se montre de façon très nette sur une substance *inter et extra-cellulaire* qui est très abondante.

De même, l'orcanette acétique, qui colore les graisses en rouge, agit d'une façon intense sur les frottis.

3° *Analyse chimique*. — Nous avons étudié un mélange total de 20 grammes de vernix, provenant, en proportions sensiblement égales de six nouveau-nés, de façon à obtenir comme composition, une moyenne.

Ce mélange traité *directement* par l'éther n'abandonne que des traces de matière grasse, mais M. Sabouraud a été prompt en concluant de ce fait à l'absence de graisse. Il est très probable que si l'éther n'agit pas *directement*, cela tient à la forte proportion d'eau du *vernix*. En effet, ce mélange chauffé à l'étuve à 100°, a perdu alors 14 gr. 23 de son poids représentant sa teneur en eau.

Le résidu a été traité par l'éther ; l'éther évaporé a laissé lui-même un résidu de 1 gr. 81 d'une matière onctueuse, jaune *beurre*, fusible aux environs de 34°, que nous soumettons à la Société.

(1) Il repoussait la théorie de la fonte des épithéliums glandulaires.

(2) GALIPPE et BEAUREGARD. *Guide pour les travaux pratiques de micrographie*, 1880, p. 575.

Cette matière présente les réactions suivantes : l'acide osmique la teint en noir absolu quand elle est sous une certaine épaisseur, en gris plus ou moins foncé quand la couche traitée est mince. Voici une préparation de ce genre, et en voilà une autre obtenue en colorant à l'osmium la graisse extraite des glandes sébacées nasales d'un adulte séborrhéique : *on notera que la teinte est la même* ; l'acide sulfurique la colore en rouge, virant au bout de quelques heures au violet, ce qui est une des réactions de la cholestérine. Après saponification par la potasse alcoolique, elle fournit des *acides gras* et de la *cholestérine*, dont voici des échantillons.

Il s'agit donc au total d'un corps formé d'éthers de la cholestérine, fait signalé par Liebreich il y a déjà un demi-siècle, ayant par conséquent une composition analogue à celle des *lainines*.

Le résidu constitué par les cendres est de 0,16 c. ; il est formé de sels de potasse et de soude, de chlorures et de sulfates.

Nous désirons montrer maintenant quelle est, comparativement à d'autres sécrétions cutanées, la teneur du *vernix* en matières grasses. Le tableau ci-dessous nous fournit cette indication.

MATIÈRE SÉBACÉE (d'après Schmidt).		VERNIX CASEOSA (d'après Jacquet et Rondeau).		CÉRUMEN (d'après Chevallier).	
	p. 100.		p. 100.		p. 100.
Eau	31,70	Eau	71,15	Eau	10,00
Épithélium et matières protéiques..	61,75	Épithélium et matières protéiques.	19,75	" "	"
Graisses, acides gras et sels ammoniacaux.....	4,16	Acides gras et cholestérine (éthers de la cholestérine)	9,05	Matières grasses (graisses, acides gras, cholestérine)	26,00
Cendres	1,18	Cendres	0,80	" "	"

Le vernix est donc un corps *gras*, et même *très gras*, puisque comparativement à l'analyse fournie par Schmidt, de la substance sébacée de l'adulte, sa teneur en matières grasses est au moins du double (1).

D'où vient cette matière grasse ? On pourrait, se référant aux

(1) Il est vrai que dans une analyse de Lutz, cité par Ch. Robin (*loc. cit.*, p. 398), la proportion en matières grasses de l'exsudat sébacé, serait beaucoup plus considérable. Il s'agit, il est vrai, d'un cas un peu extraordinaire. Au surplus, nous garantissons l'exactitude de notre analyse, mais non celle de Schmidt, dont la faible teneur en graisse nous étonne un peu.

recherches de M.M. Darier et Gantelet (1) et arguant de son analogie avec les *tainines*, supposer qu'elle provient des cellules épidermiques, à l'exclusion des glandes sébacées. Mais, outre qu'il serait un peu bien audacieux d'exclure d'une formation *grasse*, l'épithélium des glandes de la *graisse*, pour l'attribuer au seul épiderme de surface, *l'histologie répond ici d'une façon décisive.*

Nous avons traité par l'osmium la peau fœtale du vertex, de l'oreille, du nez et du sourcil, à diverses étapes de son développement

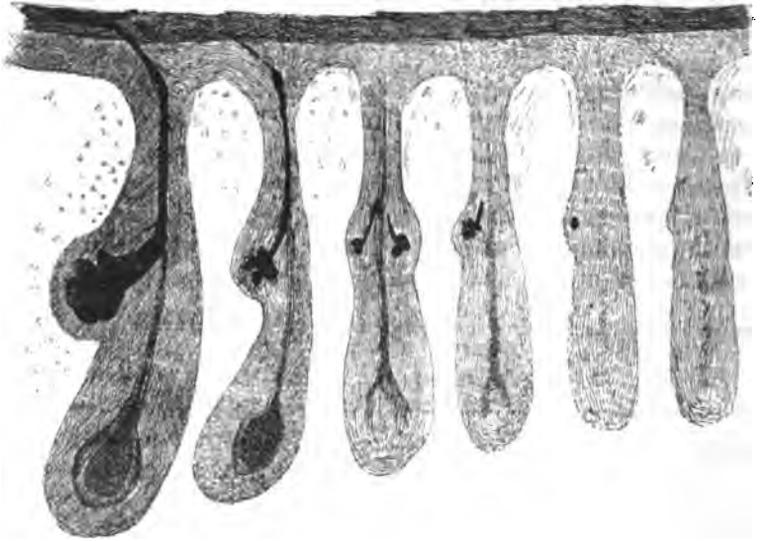


FIG. 1. (JACQUET et RONDEAU.)

Demi-schématique. — Cette figure a été obtenue en rapprochant artificiellement une série de follicules pilo-sébacés appartenant à diverses coupes du sourcil d'un fœtus de trois mois et demi.

On y voit l'évolution progressive des lobules sébacés

Comme les trois figures suivantes, la figure 1 a été dessinée d'après des coupes à main levée, traitées directement par l'acide osmique.

depuis le deuxième mois et demi de la vie embryonnaire jusqu'au huitième inclusivement. Il va sans dire que les coupes ont été pratiquées à *main levée* et sans intervention de nul réactif capable de dissoudre les matières grasses ou de gêner l'action de l'osmium.

Or, nous avons vu dès le troisième mois et demi les glandes de l'oreille et surtout du sourcil, présenter les phases successives de la formation grasse, depuis l'état monocellulaire du lobule sébacé, si l'on peut ainsi dire, jusqu'à la glande complète, éversant son produit au travers de l'épiderme (fig. 1).

Au cinquième mois, voici des figures montrant l'oreille et le nez

(1) DARIER et GANTELET, cités par SABOURAUD. *Les maladies desquamatives*, p. 417.

couverts d'une pellicule continue d'un noir caractéristique, où les



FIG. 2. (JACQUET et RONDEAU.)

Demi-schématique. — Coupe d'un fragment du lobule de l'oreille d'un fœtus de cinq mois.

On voit sur cette figure une pellicule osmique continue, colorant une mince couche de *vernix sus-épidermique*, qui recouvrait l'oreille. Une série de follicules pilo-sébacés à glandes colorées également par l'osmium vont s'y perdre comme autant d'affluents.

La pellicule osmique est rompue en un point.

glandes également colorées en noir osmique, viennent se perdre comme autant d'affluents (fig. 2 et 3).



FIG. 3. (JACQUET et RONDEAU.)

Demi-schématique. — Grossissement du point de la figure 2 où la pellicule osmique est déhiscente.

Voici enfin, sur un fœtus de huit mois, les glandes du nez, formant d'énormes masses d'un noir absolu avec *dilatation ampullaire de l'infundibulum* (1); et l'on s'explique aisément ainsi que la pression puisse en faire sourdre le filament gras que l'un de nous a décrit (fig. 4).

L'activité sébacée est d'ailleurs très variable d'un fœtus à l'autre : certains nouveau-nés sont couverts de vernix; d'autres en sont presque totalement dépourvus : Elsasser et Ch. Robin l'avaient déjà



FIG. 4. (JACQUET et RONDEAU.)

Demi-schématique. — Coupe du lobule du nez d'un fœtus de huit mois, sur lequel on constatait nettement déjà les points blanc jaunâtre, marquant l'affleurement du sébum à la peau.

Le sébum s'éverse au-dessus de l'épiderme autour de chaque pore pilo-sébacé.

noté. Une petite enquête personnelle à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine nous a confirmés dans cette opinion.

Il y a donc des fœtus et des nouveau-nés séborrhéiques et d'autres non séborrhéiques, comme il y a des adultes séborrhéiques et d'autres qui ne le sont pas.

La séborrhée fœtale existe en dehors de tout parasitisme : cette constatation n'est pas de nature à fortifier l'action du micro-bacille, découvert par MM. Unna et Hodara, cultivé par M. Sabouraud, et donné par lui, comme l'agent triplement pathogène de la séborrhée, de la pelade et de la calvitie; bien que ce micro-bacille soit impuissant à produire expérimentalement aucun de ces états morbides et

(1) CH. ROBIN, *loc. cit.*, p. 394.

Cette dilatation, de forme variée, que M. Sabouraud considère, bien à tort, comme produite par l'évolution progressive du cocon microbien qu'il a décrit et cru *séborrhéigène*, alors qu'il est seulement *séborrhéicole*. Elle est très fréquente et très importante chez certains fœtus.

que nombre de raisons portent à le considérer comme un organisme colonisant avec prédilection le milieu sébacé.

M. SABOURAUD. — M. Jacquet nous apportant une étude monographique sur un sujet que je n'ai étudié qu'accessoirement, ses conclusions ont par avance toutes chances de valoir plus que les miennes. Si étudiées qu'elles soient, elles contiendront probablement comme les miennes et comme toutes des erreurs bibliographiques, histologiques, histo-chimiques et chimiques, mais il suffira que ses erreurs soient moindres que les précédentes pour que nous ayons à le remercier du supplément de vérité que nous apportera son enquête.

En ce qui concerne l'opinion citée de C. Robin, il est peut-être sans importance de poursuivre le débat; pourtant, du texte même que cite M. Jacquet, il ressort que Robin admettait le *vernix caseosa* comme composé de cellules, et non de graisse libre: « l'humeur (sébacée) a disparu (dans le *vernix*) en très grande partie en ne laissant accumuler que les cellules épithéliales ».

Comme toute son époque, Robin donnait à ces cellules une origine sébacée, alors que nous les savons produites par l'épiderme non glandulaire. Il n'en demeure pas moins que, pour Robin comme pour nous, comme pour tous ceux qui examineront le *vernix caseosa*, sa masse est formée de cellules épidermiques et non pas de graisse libre.

M. Jacquet, traitant par l'éther le *vernix caseosa* frais, n'en a pas extrait de graisse libre. C'est ce que j'avais dit. M. Jacquet croit probable que, si l'éther n'extrait pas de graisse du *vernix caseosa* à l'état frais, cela tient à l'eau qu'il contient; c'est possible. Mais, quand M. Jacquet dessèche le *vernix* avant de le soumettre à l'éther, il expose à l'erreur son expérience et ses conclusions. Dans l'épiderme corné de l'homme il existe au moins deux graisses: il y a la graisse d'origine sébacée, extracellulaire et LIBRE, mais il y a aussi la graisse épidermique intracellulaire. Chaque cellule épidermique cornée, au moins chez l'adulte, est un sac de kératine contenant une goutte de graisse. Et cette graisse provient de l'évolution cellulaire épidermique elle-même (Ranvier et Darier) et n'est pas une graisse glandulaire effusée. Que M. Jacquet retrouve cette graisse dans ce *vernix caseosa* qui est fait de débris de cellules épidermiques cornées de surface, rien d'étonnant.

Il est même bien intéressant et remarquable de constater que M. Jacquet répétant, avec le *vernix caseosa*, l'expérience faite par MM. Darier et Gantelet avec l'épiderme corné de l'adulte, a retrouvé leurs résultats: il a extrait de la matière épidermique analysée un éther de la cholestérine, une *lainine*. Or, MM. Darier et Gantelet avaient obtenu ces résultats en analysant l'épiderme corné plantaire, l'épiderme d'une région où il n'y a pas de glandes sébacées. C'est dire à quel point il est impossible à M. Jacquet de conclure que la graisse qu'il a trouvée est venue des glandes.

De même qu'à l'examen histologique la masse du *vernix caseosa* se montre de nature cellulaire et épidermique, de même l'analyse chimique montre la présence en masse de la graisse spéciale que chaque cellule épidermique cornée contient normalement. Telle est la conclusion vraisemblable des expériences précisées. Il faudrait, je l'accorde, beaucoup de travail avant de pouvoir affirmer une telle proposition. Mais il suffit de montrer qu'elle

est parfaitement admissible jusqu'à plus ample informé. Et comme on ne sait rien encore des différences chimiques entre le sébum et la graisse cellulaire épidermique (on ne sait même pas s'il en existe!), toute conclusion de M. Jacquet quant à l'origine épidermique ou glandulaire des graisses qu'il a rencontrées manque de démonstration.

Je n'insiste pas beaucoup sur les différences de réaction des cellules épidermiques et des graisses libres à l'osmium. J'avais examiné la réaction chimique extemporanée, M. Jacquet fait agir 24 heures l'osmium sur ses préparations, nos résultats diffèrent. Cela n'est pas étonnant. Et puisque l'osmium colore les deux graisses sébacées et épidermiques, comme il colore les lainines et aussi les graisses oléiques, notre double expérience doit être considérée, je crois, comme nulle et non valable.

En ce qui concerne l'existence des glandes sébacées chez le fœtus, personne n'en doute. On discute et on nie l'origine sébacée du *vernix caseosa*; cela n'est pas la même chose. M. Jacquet a vu dès le 3^e mois des glandes sébacées, complètes au huitième. Tous les embryologistes les ont décrites. Mais M. Jacquet les a vues « éversant leur produit au travers de l'épiderme ». Et je voudrais bien savoir comment. Même chez l'adulte et quoique je l'aie beaucoup cherché, je n'ai jamais pu surprendre l'acte de sécrétion de la glande. Je ne sais rien qui permette histologiquement de distinguer une glande sébacée en action d'une glande sébacée en sommeil, rien qui distingue fonctionnellement une glande normale d'une glande dont le canal est obstrué par un comédon fixe. Et l'acte même de l'excrétion sébacée hors du canal d'une glande normale est infiniment difficile, délicat à surprendre et rarement observé.

Le renflement ampullaire du canal sébacé existe dès l'origine, tous les anatomistes le savent, et je l'ai figuré moi-même sur des coupes de peau non séborrhéique. M. Jacquet se trompe en croyant que j'attribue au cocon séborrhéique une dilatation qui préexiste à son existence et que le cocon amplifie seulement.

M. Jacquet ajoute : « L'activité sébacée est d'ailleurs très variable d'un fœtus à l'autre, certains nouveau-nés sont couverts de *vernix*, d'autres en sont presque totalement dépourvus... »

Ainsi — si je le comprends bien — M. Jacquet admet encore un parallélisme entre la quantité du *vernix caseosa* (qui, je le répète, est pour l'énorme majorité de sa masse, une exfoliation épidermique de surface) et l'abondance de l'excrétion sébacée (que personne encore n'a su mesurer) chez le fœtus.

Au début de son étude, M. Jacquet me reproche de lui avoir prêté cette opinion; à la fin, il la reproduit.

Or, je le répète encore, je ne sais, jusqu'ici, rien qui appuie scientifiquement cette opinion, même dans les expériences dont M. Jacquet nous rapporte le détail...

A mon avis, toute cette discussion forcément aride aurait dû être faite au laboratoire d'abord avant d'être faite publiquement; autrement on ne peut guère éviter que les termes en soient mal posés: il faudrait d'abord s'entendre sur les mots et les définir.

En définissant la séborrhée de Fuchs et Rayet, comme je l'ai fait, par son

expression microbienne, le microbacille, j'ai dit qu'on se trouve circonscrire de façon précise et expérimentale *une entité dermatologique, un état morbide cutané* de toute première importance qui a son développement et sa décroissance, ses lois, ses mœurs, qui a ses complications, etc., et qui a donc, comme tout état morbide, besoin de recevoir un nom. Celui de séborrhée, créé par Fuchs, Cazenave et Rayet, a pour lui son euphonie, sa brièveté, sa priorité. Il appartient d'ailleurs à ses auteurs et ses auteurs l'ont donné à ce type morbide. Je crois donc avoir eu raison de lui en faire restitution. M. Jacquet part, au contraire, de cette idée que tout fonctionnement même normal de la glande sébacée est une séborrhée.

Pour lui, entre le flux sébacé normal et l'état morbide séborrhée (je ne parle pas du microbe qui pour lui, partout et toujours, vaut autant que s'il n'était pas), la transition est insensible. Pour M. Jacquet, tout flux sébacé est séborrhéique. C'est donc un malentendu de définition. Ce serait le premier à éclaircir, car pour exprimer des conceptions différentes il faut des mots différents, autrement c'est créer de la confusion dans le sujet même que l'on se propose d'éclaircir et, comme l'a si justement dit Bacon : « La vérité sort encore moins de la confusion que de l'erreur. »

C'est aussi pourquoi je souhaiterai en terminant que M. Jacquet tourne toutes les erreurs (que j'ai faites certainement dans tous les sujets que j'ai travaillés) au profit de la vérité scientifique que nous cherchons tous à faire plus grande.

M. L. JACQUET. — Je remercie tout d'abord M. Sabouraud de sa courtoisie dans sa réponse à un travail, où des idées qui lui sont chères sont pourtant traitées sans ménagement. Et je me plais à rendre hommage à son désir de vérité.

Cela dit, je lui demande la permission de lui répondre au début de la séance prochaine, car nous n'avons pas la possibilité d'examiner, comme je le voudrais, les préparations démonstratives de ce que j'avance et *maintiens intégralement*.

Au demeurant, M. Sabouraud pose très bien la question telle que je la comprends quand il dit que, pour moi, *entre le flux sébacé normal et l'état morbide séborrhée, la transition est insensible*.

J'accepte et place la controverse sur ce terrain. Nulle confusion, je crois, n'est donc possible : j'apprécie comme lui la pensée de Bacon, et j'y ajoute celle-ci, qui est de Renan : « Malheur au vague ; mieux vaut le faux. »

Sur un point, tout au moins, nous voilà tous deux d'accord.

Xanthome chez un diabétique. Télangiectasies généralisées.

Par MM. GAUCHER et LACAPÈRE.

Le malade que nous présentons à la Société est atteint de deux lésions différentes, sans rapport l'une avec l'autre, de xanthome périfolliculaire de la face et de télangiectasies généralisées.

La xanthome est la plus ancienne des deux lésions. Le début de cette affection remonte à une époque déjà fort éloignée. Le malade se rappelle avoir eu dans sa jeunesse des boutons d'acné pendant de longues

années. Cette acné, surtout constituée par des comédons volumineux que le malade extrayait lui-même en appuyant sur eux l'extrémité d'une clé, s'est peu à peu transformée sur place en une grande quantité de petites tumeurs xanthélasmiques.

Ces petites masses, disséminées sur les joues, le front, les pommettes, sont surtout nombreuses sur la partie centrale des joues. Il en existe en particulier un groupe au-dessous de l'oreille gauche; quelques-unes sont disséminées sur le cuir chevelu.

Ces tumeurs ont la coloration jaunâtre des amas xanthélasmiques. Leur forme est un peu particulière. Largement implantées sur la peau, elles présentent au sommet une dépression, une sorte de petit cratère noirâtre. Ces tumeurs sont en effet périfolliculaires; elles sont développées au niveau des glandes sébacées dont le canal excréteur les traverse comme une broche.

La localisation périfolliculaire des productions xanthélasmiques est évidemment liée à l'évolution des comédons persistants; l'irritation cutanée déterminée par les tentatives fréquentes du malade pour extraire le boudin sébacé en appliquant l'extrémité d'une clé sur le comédon a été très probablement la cause occasionnelle de ces xanthomes.

Cela peut expliquer à la fois leur siège périglandulaire et leur localisation exclusive à la face. En aucun des lieux d'élection ordinaires des amas xanthélasmiques nous ne trouvons en effet de tumeur. L'angle des paupières, les coudes, les mains sont absolument indemnes.

Il y a deux ans, ce malade vint nous consulter à l'hôpital Saint-Antoine, et la présence du xanthélasma fit soupçonner l'existence du diabète. Le malade était gros mangeur, et malgré l'absence de polyurie et de polydipsie, l'examen extemporané des urines par la liqueur de Fehling faisait constater qu'elles contenaient une quantité notable de sucre.

Depuis quelques jours, il est entré à l'hôpital Saint-Louis pour des douleurs articulaires d'origine arthritique et un nouvel examen des urines nous a montré que le sucre n'avait pas disparu.

En dehors de ce xanthome diabétique ce malade présente depuis une dizaine d'années des téléangiectasies très étendues. Celles-ci se disposent sous forme de larges plaques qui, à une certaine distance, semblent uniformément violacées. Si on les examine de près, on voit qu'elles sont constituées par des arborisations vasculaires très nettement distinctes les unes des autres et dues à la dilatation exagérée des capillaires cutanés.

La pression du doigt à la surface de ces téléangiectasies fait complètement disparaître la coloration violacée. Il n'y a donc ni purpura ni pigmentation.

Ces téléangiectasies sont surtout accentuées sur les membres. Elles forment des plaques larges, assez nettement limitées à la face postérieure de l'avant-bras et du bras; le coude et la main sont absolument normaux.

Aux membres inférieurs, les arborisations vasculaires, plus longues et plus marquées encore, sont surtout accentuées aux cuisses et aux jambes; le genou est à peu près respecté. La face dorsale des pieds est également couverte de téléangiectasies. Enfin quelques fines varicosités s'étendent sur la base du thorax et la région abdominale. Elles sont plus accentuées à la région hypogastrique.

A la face vous constatez une couperose banale, et sur tout le corps quelques nævi vasculaires disséminés qui sont apparus depuis quelques années.

Ces nævi ainsi que la couperose de la face sont d'ailleurs fréquents chez des gens de l'âge de notre malade, mais ces téléangiectasies généralisées sont une véritable rareté et leur étiologie reste complètement obscure.

M. DARIER. — Le diagnostic est contestable : la biopsie seule pourrait dire s'il ne s'agit pas d'un adénome sébacé qui me paraît plus probable.

M. GAUCHER. — Nous avons discuté et écarté ce diagnostic, car la lésion ne ressemble pas à un adénome sébacé. C'est tellement un xanthélasma, que c'est d'après lui que j'ai diagnostiqué un diabète ignoré. Quant à la biopsie, elle est d'autant plus inutile que le malade n'est en aucune façon gêné par son affection.

Hypertrophie et dégénérescence amyloïdes des cartilages tarsez probablement d'origine hérédito-syphilitique.

Par M. LÉGRAIN.

Le malade dont je présente la photographie à la Société est un indigène kabyle, atteint de trachome depuis son enfance, comme la plupart de ses coréliens. Il est âgé d'environ 30 ans.

Vers l'âge de 15 ans ses paupières ont commencé à s'hypertrophier.

En 1900, il se présente à moi pour la première fois : ses paupières supérieures, énormes, ne sont plus mobiles et le malade est obligé de se faire conduire. Les paupières sont remarquables par l'existence dans leur épaisseur, d'une tumeur dure, donnant la sensation du cartilage ; elles ont une épaisseur d'un centimètre et demi ; la peau est mobile sur la tumeur. Je diagnostique une hypertrophie des cartilages tarsez.

J'opère alors la paupière supérieure droite : incision parallèle au bord de la paupière, décollement de la peau ; mise à nu de la tumeur et excision de cette tumeur sur toute sa longueur. Je ne laisse subsister qu'une bande horizontale, la portion supérieure du tarse, de façon à conserver à la paupière sa charpente. Sutures. Réunion par première intention.

Trois ans après, le malade se présente à moi, de nouveau. Il est alors dans l'état représenté par la photographie jointe à cette communication. La paupière supérieure droite opérée antérieurement, quoique redevenue volumineuse par suite de l'hypertrophie de la portion restante du tarse, est mobile et permet au malade de se servir de son œil, mais la paupière supérieure gauche, très hypertrophiée, nécessite une intervention.

J'enlève la majeure partie du cartilage tarse hypertrophié : la tumeur excisée se présente sous forme d'une masse cylindrique, un peu effilée à ses extrémités, d'un diamètre d'un centimètre, d'une dureté cartilagineuse, d'un blanc grisâtre, criant sous le scalpel.

L'examen histologique de la pièce a été fait par M. le professeur L. Aschoff, directeur de l'Institut anatomo-pathologique de Marbourg (Allemagne).

Il s'agit d'une hypertrophie des cartilages tarses, avec *dégénérescence amyloïde* de la presque totalité de la masse hypertrophiée.

Il est démontré aujourd'hui, par la clinique, par l'anatomie pathologique et l'expérimentation, que la formation de l'amyloïde est en rapport avec l'existence préalable d'un processus infectieux chronique. Or, dans les pays chauds, nombreuses sont les causes qui peuvent déterminer la formation de l'amyloïde : infections et intoxications gastro-intestinales, syphilis héréditaire, etc.

Souvent l'apparition de l'amyloïde localisée à certains organes s'explique par l'influence d'une cause infectieuse également locale.

Dans le trachome, sous l'influence des processus infectieux intéressant le bord ciliaire, le cartilage tarse subit des modifications très notables. Il est fréquemment augmenté d'épaisseur et profondément altéré. Très souvent on trouve une *dégénérescence amyloïde* du tarse débutant autour des vaisseaux, à la périphérie de ce cartilage.

Toutefois, il est rare que le cartilage, subissant presque complètement la *dégénérescence amyloïde*, devienne énorme et atteigne le calibre de l'index par exemple, nécessitant ainsi une intervention chirurgicale, comme dans le cas que je rapporte.

Syphilide pustuleuse circonée de la paume de la main remarquable par sa superficialité et sa ténacité.

Par M. DODIAN.

M. le professeur Gaucher, dans la séance du 3 mars 1904, a communiqué l'observation d'une *syphilide palmaire récidivante*. On peut rapprocher de cette observation le cas suivant :

Il s'agit d'une fille publique qui a la syphilis depuis cinq ans et qui depuis trois ans présente une lésion papulo-squameuse, fissuraire, sans cesse récidivante, de la main droite. La lésion a débuté dans l'espace qui s'étend entre l'index et le médium et de là s'est étendue à la région palmaire. La marche est serpigineuse et excentrique; le centre se guérit; mais de petites papules, de la grosseur d'une tête d'épingle, se reproduisent constamment à la périphérie.

Il n'y a aucune lésion parasitaire, quoique le début de la lésion se soit produit à la suite d'une coupure et égratignure qui ont servi de cause d'appel. Le traitement interne est fait méthodiquement par la liqueur de Van Swieten et le traitement local par des lotions de sublimé au 1000^e suivies de l'application d'emplâtre de Vigo.

Une lésion analogue, érythémato-squameuse, circonée, à marche centrifuge, a longtemps existé entre le pouce et l'index; le point qui marque le

sens dans lequel s'étend la lésion est indiqué par la plus grande saillie des bords. La lésion guérit assez rapidement par le traitement ; mais aussitôt que celui-ci est cessé, la lésion reparait. La syphilis ne présente d'ailleurs pas d'autre gravité et l'état général est excellent. Tout l'intérêt du cas réside dans la récurrence in situ et dans la même forme, sans que la lésion devienne ulcéreuse ni plus profonde, ni plus résistante au mercure à la troisième année qu'à la première. La malade n'est ni paludéenne ni alcoolique, elle ne fatigue pas spécialement cette région de la main et l'on ne s'explique pas pourquoi la lésion est si tenace dans la dite localisation.

Nouvel appareil photothérapeutique à arc électrique.

Par M. T. MARIE.

Dès le début de mes recherches sur la photothérapie, j'ai été très frappé par la diversité des conditions de fonctionnement des divers appareils qui ont été proposés pour le traitement des affections cutanées par les rayons chimiques de l'arc électrique. C'est ainsi que pour les appareils à électrodes de charbon et en considérant seulement les trois facteurs principaux qui rendent le traitement plus ou moins efficace, nous trouvons : pour l'intensité du courant électrique producteur de l'arc, des variations de 5 à 80 ampères ; pour le rendement lumineux sur la peau du malade, des variations énormes causées soit par les variations de distance de la peau du malade à l'arc comprises entre 5 centimètres à 1^m, 50, soit par des pertes souvent très grandes dues aux phénomènes de réflexion et de réfraction à travers les milieux traversés ; et enfin pour la compression des tissus traités, tantôt une compression permanente et par suite efficace, tantôt une compression pour ainsi dire facultative et même pas du tout. Je me suis donc attaché à mettre en évidence l'influence de ces divers facteurs (1). Je me contenterai ici de résumer les conclusions auxquelles je suis arrivé et qui ont servi de base à la construction de mon appareil.

1° *Intensité du courant électrique producteur de l'arc.* — D'après les recherches de MM. Moissan et La Violle et la loi de Draper, on doit admettre que l'ensemble des radiations émises par un arc électrique est sensiblement le même quelle que soit l'intensité du courant producteur de l'arc. On peut donc parfaitement employer des arcs de moyenne puissance (10 à 20 ampères), et par suite d'un ma-

(1) T. MARIE. Technique des applications médicales de la lumière électrique. *Archives d'électricité médicale*, novembre 1901.

Quelques remarques pratiques sur l'emploi de l'arc électrique en photothérapie. *Archives d'électricité médicale*, 15 juin 1902.

Nouvel appareil photothérapeutique. Considérations qui justifient son emploi. *Archives d'électricité médicale*, 20 février 1904.

niement très commode, pourvu qu'on dispose l'appareil photothérapique de manière que le rendement lumineux sur la peau du malade, c'est-à-dire l'intensité lumineuse par unité de surface cutanée, soit le même que dans l'appareil primitif de Finsen dont l'arc consomme 80 ampères. Il est donc très important d'étudier le rendement lumineux sur la peau du malade et les moyens de le rendre maximum.

2° *Rendement lumineux sur la peau du malade.* — L'intensité lumineuse par unité de la surface de la peau du malade dépend de deux facteurs, le rendement lumineux de l'arc pour une intensité de courant déterminée et les pertes de lumière entre l'arc et la peau du malade, que nous allons étudier successivement.

Pour que le premier de ces deux facteurs soit maximum, c'est-à-dire pour que le plus possible de la lumière produite par l'arc soit envoyé vers la surface cutanée traitée, il faut disposer les deux charbons de l'arc à angle droit. Lorsque l'arc sera alimenté par du courant continu, le charbon positif de gros diamètre devra avoir une direction perpendiculaire à celle de la peau, ce qui lui permettra de jouer le rôle de réflecteur. Si la source électrique est représentée par le courant alternatif, les deux charbons devront être placés symétriquement par rapport à la direction de la lumière. Un réflecteur placé derrière l'arc servira à renvoyer la partie de la nappe lumineuse qui se dirige en sens inverse du malade.

Pour réduire au minimum les pertes de lumière entre l'arc et le malade, il faut d'abord réduire au minimum l'épaisseur des milieux traversés et pour cela rendre solidaires les supports des charbons de l'arc et le compresseur fixé sur la peau du malade. Ce procédé m'a permis de réduire à 3 centimètres la distance entre l'arc et la peau du malade lorsqu'il s'agit de régions faciles à atteindre telles que les joues. Pour les dépressions de la face, par exemple pour le coin de l'œil, la distance est nécessairement un peu plus grande, mais elle reste toujours inférieure à 5 centimètres. Étant donné que le rendement lumineux sur la peau du malade varie en raison inverse du carré de la distance, il est évident que ce facteur distance a une énorme importance pour le rendement lumineux et qu'on ne saurait trop le réduire.

Comme je le disais plus haut, pour que le rendement soit maximum il faut encore réduire au minimum les pertes par absorption et réflexion que subit le faisceau lumineux provenant de l'arc en traversant les divers milieux placés sur son trajet. C'est une cause d'affaiblissement dont on a trop négligé l'importance dans les divers appareils photothérapiques qui existent déjà. Dans mon appareil je me suis efforcé de les réduire au minimum en plaçant l'arc à l'entrée d'un ube métallique poli, mais non argenté, de 4 centimètres de

diamètre et de 14 millimètres de longueur fermé à son extrémité par une lame de quartz plane sur laquelle le faisceau lumineux concentré par les parois du tube tombe sous une incidence inférieure à 45 degrés. Au delà de cette lame de quartz, le faisceau lumineux traverse une couche d'eau ordinaire assez peu épaisse pour que l'absorption soit négligeable et se concentre sur un cône métallique poli intérieurement et qui porte la lame de quartz extérieure en contact avec la peau du malade.

3° *Compression des tissus traités.* — La physique enseigne que les milieux colorés en rouge absorbent les radiations très réfrangibles qui sont les seules actives dans la méthode de Finsen sous une épaisseur très faible. Or, le sang répond à cette condition. Il est donc nécessaire d'en débarrasser les tissus aussi complètement que possible si l'on veut que l'action de la lumière soit profonde et puisse atteindre toute l'épaisseur des tissus altérés. C'est l'évidence même et la nécessité de la compression ne peut être discutée. On peut même dire qu'elle n'est que rarement suffisante, car les tissus se dépriment avec la plus grande facilité et on doit toujours pousser la compression jusqu'à la limite où elle devient insupportable pour le malade. Il faut d'autant moins oublier cette loi de la physique que si on ne se fait qu'à la réaction cutanée superficielle, on arriverait à une conclusion exactement contraire puisque la réaction est plus rapide et d'apparence aussi intense lorsque la compression est peu énergique, ce qui tient à ce que toute l'énergie apportée par les rayons chimiques se concentre sur les coupes superficielles.

La compression, pour être efficace, doit répondre aux conditions suivantes :

- 1° Atteindre la limite supportable pour le malade ;
- 2° Être permanente ;
- 3° Être progressive ;
- 4° Agir indépendamment du malade et de l'opérateur.

Ce sont ces conditions que j'ai réalisées dans mon appareil, en employant des bandes élastiques que l'on peut tendre progressivement au moyen de poulies à rochets et qui se fixent d'une part aux quatre coins de l'appareil photothérapique, et d'autre part aux quatre coins d'un coussin placé derrière le malade. En tendant progressivement les bandes élastiques, on peut atteindre une compression supportable de 10 kilogrammes lorsque la peau est saine ou à peu près guérie. Dans le lupus, la limite supportable dépend de l'état de la surface traitée et surtout de la présence ou de l'absence de croûtes. Pour atteindre des compressions élevées, il faut nettoyer soigneusement la peau et la débarrasser des croûtes qui rendraient la compression douloureuse. Cette précaution est importante.

Elle rend le traitement photothérapique plus supportable et plus efficace.

Les atteintes de lupus tuberculeux et érythémateux sont surtout fréquentes à la face et plus particulièrement au voisinage du nez. Les surfaces que l'on doit traiter sont donc généralement de forme très irrégulière et un des principaux inconvénients pratiques de la photothérapie consiste dans l'adaptation exacte de la surface du compresseur à cette surface cutanée. Dans les appareils photothérapiques existants, on doit changer de compresseur et modifier la canalisation de l'eau chaque fois que l'on change de région. Dans mon appareil cet inconvénient est complètement supprimé, car une des lames de quartz fait partie du bâti de l'appareil et la lame de quartz qui forme la deuxième paroi de la cuve à eau est portée à l'extrémité d'un cône métallique qui se visse sur l'appareil. Le remplacement d'une lame de quartz par une autre ne demande que quelques secondes. Le prix de ces porte-quartz est peu élevé et on peut en avoir autant qu'on le désire. En pratique, six suffisent. Cette facilité de passage d'un malade à un autre et d'une surface cutanée à une autre de forme tout à fait différente n'est pas un des moindres avantages de mon procédé.

Mon appareil fonctionne depuis deux ans et demi à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service de physique clinique, et depuis dix-huit mois dans le service des maladies cutanées et syphilitiques que dirige M. le professeur Audry. Le nombre total des malades soignés est actuellement de 34. Les traitements ne sont pas faits depuis un laps de temps suffisant pour qu'il soit possible de faire une statistique, car les guérisons ou améliorations déjà obtenues peuvent ne pas être définitives. Cependant on peut affirmer dès maintenant que les résultats sont régulièrement excellents, pourvu qu'en outre des recommandations signalées plus haut au sujet de la compression, on observe rigoureusement les règles suivantes :

1° Ne pas faire de séances d'une durée inférieure à une heure, surtout au début du traitement ;

2° Raccourcir le plus possible les intervalles entre les séances, et pour cela traiter avec soin les croûtes.

3° Faire un nombre de séances journalières en rapport avec l'étendue du lupus, de manière que les séances sur un même point ne soient pas espacées de plus d'une dizaine de jours.

Les résultats m'ont paru aussi bons dans le lupus érythémateux que dans le lupus tuberculeux.

Nouvelle installation pour rayons X et haute fréquence sans interrupteur, construite par Gaiffe.

Par MM. BROCO et BELOT.

Le nouvel appareil que vient de construire la maison Gaiffe permet d'utiliser directement sans interrupteur le courant alternatif du secteur, soit pour produire des rayons X, soit pour les applications de haute fréquence.

Jusqu'à ce jour, si on voulait se servir directement du courant alternatif, il fallait employer un transformateur à circuit magnétique ouvert, une bobine autrement dit, et intercaler sur l'arrivée du courant un interrupteur spécial; on avait à choisir entre l'interrupteur électrolytique et l'interrupteur redresseur de Villard, mais on sait combien ces instruments sont souvent d'un réglage difficile. On a bien construit, il y a quelques années, des transformateurs à circuit magnétique fermé, fonctionnant sans interrupteur, mais ces appareils, théoriquement parfaits, se détérioraient vite par l'usage. (Il faut reconnaître que la première disposition analogue est due à M. Villard.) Ils crevaient dans les dernières spires induites, accident dû au retour des ondes hertziennes au transformateur.

Aussi avait-on été conduit, pour éviter ces accidents, à n'employer en haute fréquence que des tensions relativement basses, 15 000, 20 000 volts. Les résultats n'étaient pas parfaits, et les transformateurs ne résistaient cependant pas beaucoup plus longtemps. En rayons X, où les tensions nécessaires sont plus considérables, les mises hors d'usage étaient rapides.

On avait donc en pratique renoncé aux transformateurs et continué à employer des bobines qui sont sujettes au même danger, mais qui ne se détériorent que plus lentement à cause de leur faible débit. Un des gros inconvénients des bobines était donc de ce fait une cause de leur plus grande longévité.

En plus, les irrégularités dues aux interrupteurs, de quelque nature qu'ils soient, rendent impossible tout calcul, même approximatif, de ce qui est produit au secondaire, à cause de la complexité des phénomènes qui s'y passent.

La nouveauté de l'appareil de Gaiffe consiste en un dispositif de protection, présenté déjà à l'Académie des sciences par M. le Dr d'Arsonval, et qui empêche absolument les accidents en arrêtant les ondes hertziennes qui tendent à revenir au transformateur. Il est composé de capacités et de résistances dont les valeurs sont déterminées :

- 1° Suivant l'isolement de l'enroulement du transformateur;
- 2° Suivant la nature des ondes de haute fréquence produites par l'installation.

Elles ont été réalisées de façon à permettre l'emploi de l'installa-

tion pour tous usages actuels, chaise longue, applications directes, résonance, effluves bipolaires, rayons X.

L'appareil se compose d'un transformateur à circuit magnétique fermé recevant directement le courant alternatif à 110 volts, et le rendant à 60 000 volts, et d'un dispositif de protection composé de capacités mises en dérivation aux bornes du transformateur et de résistances mises en tension de chaque côté du transformateur, et enfin de capacités qui servent en haute fréquence comme condensateurs de d'Arsonval, et en rayons X comme condensateurs limiteurs de débit.

Ces condensateurs ont l'avantage d'isoler l'opérateur du transformateur, de sorte qu'il pourra toucher sans danger l'un des pôles, et en même temps ils limitent convenablement la quantité que peut recevoir le tube.

Le tout est enfermé dans un meuble vitré, de façon à éviter toute chance d'accident. Sur la tablette supérieure de marbre on trouve les appareils de mesure, donnant le voltage et l'ampérage du primaire, une résistance intercalée sur ce dernier, et les bornes d'utilisation du courant à haute tension. Le dispositif est tel qu'il permet d'utiliser à volonté le meuble en rayons X ou en haute fréquence, simplement en enlevant les soupapes de Villard dont nous verrons le rôle tout à l'heure, et en intercalant un éclateur sur le circuit.

L'intérêt de cet appareil réside dans sa sécurité et dans la faculté de réglage qui le caractérise. Il est possible de lui faire donner très peu ou beaucoup, simplement par la manœuvre d'un rhéostat. On peut avec lui atteindre des puissances bien supérieures à celles obtenues aujourd'hui, car lorsque des appareils d'utilisation suffisamment résistants auront été trouvés, il n'y aura qu'à augmenter les capacités qui servent de robinet de réglage dans le fonctionnement de l'appareil. Il est toujours prêt à fonctionner; plus de trembleur à régler; plus de mercure ou de pétrole à changer; plus de bruit désagréable pour le malade, fatigant pour le médecin.

Voyons d'abord, si vous le voulez bien, son fonctionnement en rayons X.

On sait que le courant doit passer dans un certain sens pour assurer le bon fonctionnement du tube. Comme le courant alternatif produit par le transformateur change alternativement de polarité, il faut absorber une des ondes; aussi un dispositif de deux soupapes de Villard en tension, tel du reste que l'a indiqué M. Villard lui-même, est-il adjoint à l'appareil.

Le fonctionnement de l'ampoule est d'une régularité parfaite, et l'illumination de l'écran est aussi fixe qu'avec une statique; le réglage s'effectue avec la plus grande facilité au moyen du rhéostat intercalé sur le primaire.

Il n'existe pour ainsi dire pas de limite à la puissance qu'il est

possible d'obtenir avec cette installation. Le jour où des tubes seront suffisamment étudiés dans le but d'une marche intensive, on pourra réduire de beaucoup soit le temps de pose en radiographie, soit la durée des séances en radiothérapie, la quantité de rayons X produits n'étant limitée pour le moment que par la crainte de fondre les tubes.

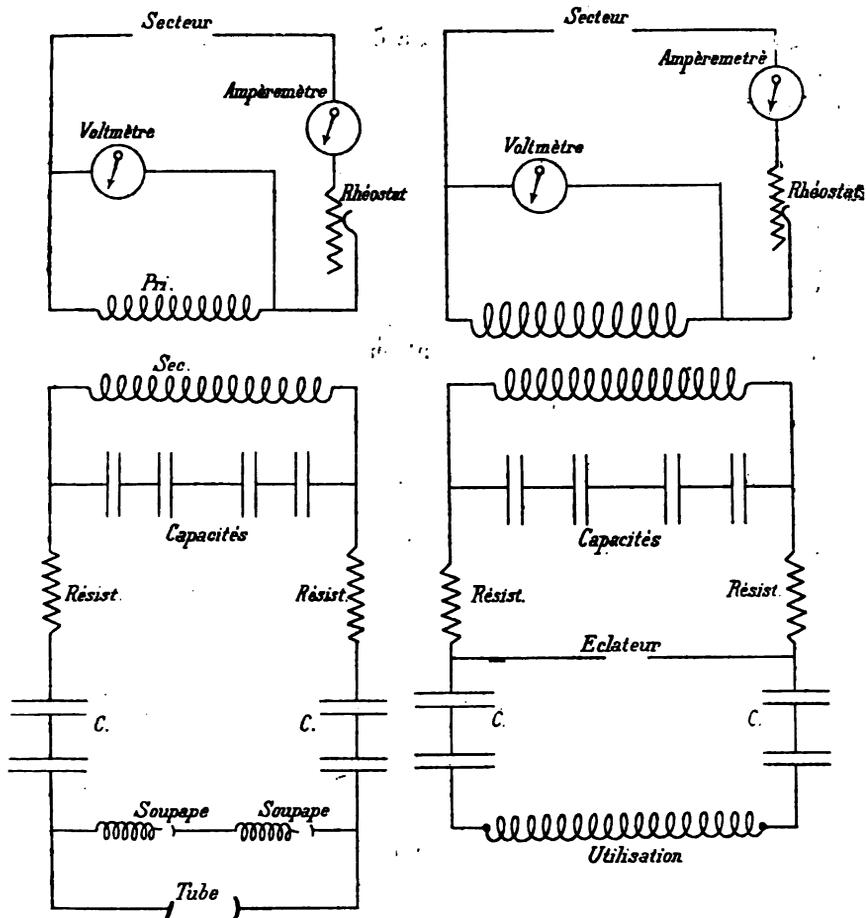


FIG. 1. — Disposition pour les rayons X.

FIG. 2. — Disposition pour la haute fréquence.

En plus, la maison Gaiffe a trouvé le moyen de mesurer pratiquement l'intensité qui traverse une ampoule. Elle a construit un milliampèremètre très sensible, réalisant les conditions nécessaires pour pouvoir être branché sur le circuit du tube: la lecture de cet appareil permet, sans interrompre le traitement, de se rendre compte des variations les plus faibles qui ont tendance à se produire dans le tube et de le maintenir à un point rigoureusement fixe,

pendant un temps aussi prolongé qu'il est nécessaire. Si nous supposons que la différence de potentiel au primaire du transformateur reste fixe, ce qui est facile à obtenir grâce au rhéostat de réglage, la variation du milliampèremètre ne pourra être produite que par une variation de la résistance dans le tube. Cette variation sera due à une augmentation ou à une diminution du degré de vide : si l'intensité diminue, c'est que le tube a durci, et si au contraire elle augmente, le tube a molli. Les rayons produits n'auront donc plus la même pénétration. Avec un voltage quelconque, mais fixe, aux bornes du primaire, faisons produire à l'ampoule, en la durcissant ou en la ramollissant par l'osmo-régulateur, des rayons d'une pénétration donnée, que l'on déterminera avec le radiochromomètre de Benoist. A ce moment, on lira l'intensité en milliampères qui passe dans le tube (chose facile, l'aiguille n'oscillant pas) et on notera le voltage au primaire. Dès que l'état de vacuité du tube tend à changer, l'aiguille se porte à droite ou à gauche, et il suffit de la maintenir au point où elle était précédemment, en utilisant l'osmo-régulateur, pour être sûr d'avoir toujours des rayons de même pénétration.

Supposons, pour fixer les idées, qu'avec 45 volts au primaire, 2 milliampères d'intensité au tube (tube Chabaud), nous ayons des rayons n° 6. On peut enlever le tube, le mettre sur une autre installation, le durcir, le mollir. Il suffira, en le remplaçant sur l'appareil, de remettre 45 volts au primaire, et d'amener le tube à prendre 2 milliampères d'intensité, pour être sûr que les rayons émis sont encore du n° 6.

Jusqu'à présent, nous avons le spintermètre qui nous indiquait approximativement les variations de l'ampoule, mais cet appareil obéit à des lois peu connues ; il n'indique que des variations considérables, uniquement quand le tube durcit. Il est un appareil à maxima. Le milliampèremètre au contraire rend compte des variations du tube en plus ou en moins. Il constitue un précieux instrument de mesure.

En plus, les expériences faites chez GaiFFE semblent prouver qu'avec des facteurs électriques constants : volts au primaire, milliampèremètre au secondaire, les résultats sont à peu près identiques sur différents tubes, même de constructeurs différents, à condition que leur anticathode soit de même nature.

Cet ensemble permet également de se rendre compte de la quantité de rayons X produits. Si les constantes électriques restent les mêmes, la quantité restera la même. Si elles augmentent, la quantité augmentera ; la qualité elle-même se modifiera ; mais si en chauffant l'osmo on la rend ce qu'elle était auparavant, la quantité restera plus élevée qu'elle n'était, et c'est la variation de l'aiguille du milliampèremètre qui indiquera cette augmentation.

Supposons, pour fixer les idées, que le tube reçoive, comme intensité, deux milliampères, que la différence de potentiel aux bornes du primaire soit de 45 volts, et qu'ainsi les rayons émis correspondent au n° 6. Si nous élevons le voltage aux bornes du primaire à 60 volts, le milliampermètre va se déplacer de 2 vers 3.

Si en chauffant l'osmo-régulateur nous ramenons le tube à un degré de vide tel qu'il émette encore des rayons de pénétration, la même que précédemment (détermination que l'on fait avec le radiochromomètre), nous amènerons de ce fait l'aiguille du milliampermètre sur une nouvelle division, 2,5 par exemple, ce qui nous indiquera que la quantité de rayons X a augmenté dans le rapport de 2 millis à 2 millis 5.

Ce n'est peut-être pas là une mesure directe, mais c'est un terme de comparaison de la plus haute valeur, qui nous permettra, en établissant des tables, de nous rendre compte, pour une pénétration donnée, de la variation de la quantité de rayons produits.

Cette installation permet la radioscopie-stéréoscopie, car il suffit d'éclairer alternativement deux tubes convenablement placés, en utilisant pour cela chacune des deux ondes produites par le transformateur. Un dispositif à ouverture, de Villard, tournant au synchronisme, complètera l'installation.

On peut employer cet appareillage sur courant continu. Il suffit de recevoir le courant dans une commutatrice qui le transformera en courant alternatif. Dans ce cas, l'avantage de transformer le continu en alternatif, réside dans la suppression de l'interrupteur et de la bobine, instruments imparfaits et irréguliers, et dans l'utilisation des instruments de mesure précédents.

On peut objecter à cet appareil que fonctionnant sur alternatif il doit subir les variations du secteur. Mais, les facteurs qui peuvent varier sur le secteur sont : le nombre de périodes, et la différence de potentiel. Or, les variations sont à peine de l'ordre du 1/100; elles sont donc insignifiantes. Il n'en est pas de même avec les redresseurs de courant qui, fonctionnant en synchronisme, sont de ce fait plus sujets aux variations de courtes durées produites par les démarrages brusques survenant dans le réseau du secteur.

J'insiste surtout sur la facilité avec laquelle on peut :

1° Faire émettre à un tube depuis une faible quantité de rayons X jusqu'au maximum qu'il peut produire sans être détérioré ;

2° Pouvoir le maintenir au même point pendant un temps très long ;

3° Avoir des points de repère qui permettent à un opérateur de remettre un tube, à des intervalles de temps éloignés, dans des conditions absolument semblables ;

4° Réaliser des mesures qui permettent à plusieurs opérateurs de se remettre exactement dans les mêmes conditions.

Loin de supprimer les instruments de mesure connus jusqu'à présent, il les complète et en facilite la lecture.

Haute fréquence. — Ce même dispositif permet également toutes les applications de haute fréquence. Il suffit d'enlever les soupapes de Villard, et de mettre en place l'éclateur et l'appareil d'utilisation.

On sait que jusqu'à présent sur transformateur, le soufflage de l'arc qui se produisait entre les boules du détonateur n'avait été obtenu qu'au moyen de dispositifs ingénieux mais compliqués, soit :

- Soufflage magnétique ;
- Soufflage par ventilation ;
- Soufflage mécanique.

Un nouveau dispositif souffleur comportant la combinaison de résistances intercalées sur le circuit primaire et sur le circuit secondaire, a permis de le remplacer avantageusement. La maison Gaiffe en a également étudié un autre basé sur la combinaison de la résistance primaire et de condensateurs souffleurs branchés en dérivation sur l'éclateur, et n'ayant dans leur circuit aucune self-induction, dispositif préférable en télégraphie sans fil.

L'éclateur est enfermé dans une ampoule en verre qui étouffe complètement le bruit *sans modifier en rien le fonctionnement de l'appareil*. La haute tension, 60000 volts efficaces, courant secondaire, permet en application des intensités considérables.

De plus, les effluves obtenues soit avec le bipolaire, soit avec le résonnateur, sont à la fois beaucoup plus longues, plus fournies et aussi douces que celles données par les statiques et les bobines. On peut, grâce à la puissance du générateur et au réglage des appareils, faire résonner un patient, c'est-à-dire le porter à un potentiel assez élevé pour que de lui-même il effluve dans l'air. Les effluves pourront être localisées en un point quelconque, simplement par l'approche d'un balai relié à la terre.

Le champ électrique créé par un patient placé dans ces conditions est tel qu'il illumine des tubes de Geisler placés à un mètre de distance, et qu'un tube de Crookes émet des rayons X.

Malgré cela, il est possible, en agissant à la fois sur le rhéostat du primaire et sur l'écartement des pointes de l'éclateur, de réduire à quelques millimètres la longueur des effluves, et de la faire augmenter progressivement jusqu'au maximum.

Les essais que nous avons faits nous ont permis de constater le bon fonctionnement de cet appareil, et nous croyons qu'il constitue un grand progrès en radiologie et en haute fréquence.

Le secrétaire,

LENGLET.

SÉANCE DU 2 JUIN 1904

Présidence de M. Alfred Fournier

SOMMAIRE. — Don à la Société. — Sur un cas d'œdème éléphantiasique du scrotum avec vitiligo, par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE. (Discussion : M. LEREDDE.) — Gale et psoriasis, par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE. — Sur une forme vésiculo-pustuleuse de toxi-tuberculides, par MM. HALLOPEAU et NORERO. — Sur un anévrysme de la crosse de l'aorte, par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE. — Sur un cas de mélanodermie papillomateuse ou acanthosis nigricans, par MM. GAUCHER, PROTINOS et ÉVANGÉLOU. — Essai d'opothérapie cutanée, par M. HALLOPEAU. — Hidradénomes éruptifs, par M. SÉR. — Lichen plan de l'amygdale, par MM. GAUCHER et LACAPÈRE. — Lympho-sarcome en cuirasse de la poitrine et du cou. Traitement par les rayons X, guérison, par MM. L. BIZARD et A. WEIL. (Discussion : MM. SABOURAUD, WEIL, BROcq et LEREDDE.)

Don à la Société.

M. le Dr Galippe remet à la Société, qui le remercie vivement de ce don, une série de documents, au nombre de 46, concernant la vie scientifique de Ricord, trouvés dans un lot de papiers vendu à l'Hôtel des Ventes et dont voici la liste par ordre de date :

1° Une carte d'élève de l'École pratique de Paris. — Élève de la première section (non datée);

2° Une carte d'élève de l'École pratique de Paris. — Élève de la première section, troisième année (non datée);

3° 16 septembre 1820. — Nomination à l'emploi de pharmacien surnuméraire à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, à Paris;

4° 26 octobre 1820. — Acceptation par le ministère de la guerre de la démission offerte par Ricord de sa fonction de pharmacien surnuméraire au Val-de-Grâce;

5° 10 avril 1821. — Certificat, signé Richerand, d'assiduité au cours de médecine opératoire, délivré à M. Philippe Ricord, *Américain*;

6° 24 octobre 1821. — Certificat d'assiduité à la Faculté de médecine et au jardin du Roi, signé Cuvier.

7° 23 février 1822. — Diplôme de bachelier ès lettres de l'Université de France;

8° 1^{er} mai 1823. — Certificat d'assiduité aux visites et leçons de la Clinique de l'hôpital de la Charité pendant vingt mois;

9° 16 mars 1824. — Lettre annonçant à Ricord sa nomination en qualité de membre correspondant du « Lyceum of natural history of New-York »;

10° 1^{er} mars 1825. — Le baron Dupuytren certifie que Ricord a été employé au service de l'Hôtel-Dieu de Paris du 1^{er} janvier 1822 au 1^{er} janvier 1823, comme élève externe et, depuis cette dernière époque, en qualité d'élève interne;

11^o 18 juillet 1825. — Certificat de la Faculté de médecine de Paris, constatant que Ricord a passé ses cinq premiers examens avec la note « très satisfait » et qu'il est admis à subir le sixième examen ou la thèse.

12^o 31 mai 1826. — Le professeur Lisfranc certifie que Ricord a été attaché pendant dix-sept mois en qualité de chirurgien interne au service de l'hôpital de la Pitié, et a assisté à ses cours en qualité de prosecteur. Il atteste en outre que M. Ricord a pratiqué, sous ses yeux, sur le vivant des opérations chirurgicales ;

13^o 9 juin 1826. — Certificat de l'Administration. Ricord a été : externe du 1^{er} janvier 1821 au 31 décembre 1823 ; — interne du 1^{er} janvier 1823 au 7 juin 1826, époque à laquelle il a donné sa démission ;

14^o 20 juin 1826. — Certificat de la Faculté de médecine. Note de thèse : « très satisfait » ;

15^o 20 juin 1826. — Diplôme de docteur en médecine ;

16^o 1^{er} juillet 1826. — Certificat de la Faculté de médecine constatant que Ricord a obtenu le premier accessit de clinique externe et de médecine opératoire et a partagé celui de clinique interne et d'action des médicaments ; au concours de 1825, il a obtenu le premier accessit de médecine légale, le second accessit de clinique externe et de médecine opératoire, et le second accessit de clinique interne et d'action des médicaments ;

17^o 3 juillet 1826. — Certificat de l'Hôtel-Dieu : Ricord est resté du 1^{er} janvier 1823 à fin mars 1825 interne dans le service de Dupuytren ;

18^o 3 juillet 1826. — Il est resté comme interne chez Lisfranc, de fin mars 1825 au 30 mars 1826 ;

19^o 2 juin 1827. — Certificat d'assiduité en général ; signé Cuvier ;

20^o 4 juin 1827. — Certificat de bonne conduite pendant le temps d'externat et d'internat ;

21^o 5 juin 1827. — Certificat de zèle et bonne conduite : signé Dr Caillard, médecin-inspecteur du service des élèves de l'Hôtel-Dieu ;

22^o 12 février 1828. — Certificat de zèle pendant le service chez Lisfranc ;

23^o 29 mars 1828. — Lettre du Ministre de la marine et [des colonies au professeur Richerand, recommandant vivement Ricord aux suffrages de MM. les membres du jury pour la place de chirurgien du bureau central des hôpitaux ;

24^o 4 juin 1828. — Certificat de bonne conduite délivré par la sœur supérieure des religieuses hospitalières de l'Hôtel-Dieu ;

25^o 24 juillet 1828. — Passeport demandé aux autorités civiles et militaires du Royaume de France par la légation américaine, pour laisser circuler librement de Paris en Belgique, par Valenciennes, et en Russie M. Ricord, citoyen des États-Unis ;

26^o 4 décembre 1829. — Cession sur papier timbré de la clientèle que Ricord possède à Crouy et dans les environs, pour 3000 francs à M. Cordival, médecin ;

27^o 20 février 1830. — Moyennant un dédit de 500 francs, le Dr Cordival résilie le contrat de cession ci-dessus ;

28^o 7 avril 1831. — Réponse favorable de l'Administration générale à une recommandation du professeur Lisfranc au sujet du remplacement du docteur Bard ;

29^o 30 mai 1831. — L'Administration générale informe Ricord qu'il est nommé chirurgien du Bureau central d'admission dans les hôpitaux du 9 mars 1831 ;

30^o 3 juin 1831. — Arrêté du Conseil général des hospices du 18 mai 1831, désignant Ricord comme remplaçant du Dr Bard, décédé, en qualité de chirurgien de l'Hôpital des Vénériens ;

- 31° 13 juin 1831. — Nouvel avis de nomination ;
- 32° 17 octobre 1837. — Arrêté de la préfecture de la Seine par lequel Ricord est nommé chirurgien de l'hôpital du Midi ;
- 33° 27 novembre 1837. — Nouvel avis de nomination de l'administration des hospices ;
- 34° 4 juin 1838. — La Société des médecins badois pour le développement de la pharmacie d'État remercie Ricord de l'envoi de son traité pratique des maladies vénériennes ;
- 35° 6 juin 1838. — Note de l'Administration générale récapitulant les titres de Ricord dans les hôpitaux ;
- 36° 6 août 1840. — Lettre de nomination comme membre honoraire à la « Louisiana Society of natural History and Sciences » ;
- 37° 15 avril 1842. — Diplôme de membre correspondant délivré par la Société de médecine d'Anvers ;
- 38° 6 juin 1842. — Lettre collective de sympathie à Ricord et de protestation contre certaines attaques dirigées contre lui. Suit une liste de 43 noms ;
- 39° 22 mars 1843. — Réélection de Ricord comme chirurgien de l'hôpital du Midi ;
- 40° 12 avril 1843. — Note relative à cette nomination ;
- 41° 15 décembre 1843. — Diplôme de membre correspondant de la Société médicale royale de Buda-Pest ;
- 42° 15 mars 1848. — Nomination du citoyen Ricord au grade de chirurgien aide-major à la 11^e légion de la garde nationale ;
- 43° décembre 1848. — Nomination de médecin consultant au dispensaire de salubrité ;
- 44° 4 août 1849. — Nomination de Ricord à l'intérimat comme chirurgien-major du 2^e bataillon de la 11^e légion ;
- 45° 7 mai 1850. — Lettre du préfet de police remerciant Ricord de son rapport — entrant dans ses propres vues — sur la nécessité de modifier les services des infirmeries de Saint-Lazare et de mettre au concours des places de médecin de la deuxième section de Saint-Lazare ;
- 46° 26 octobre 1869. — Avis de nomination de Ricord au service de santé de la Maison de l'Empereur, avec le titre de chirurgien consultant.

Sur un cas d'œdème éléphantiasique du scrotum avec vitiligo.

Par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE.

Il est diverses régions où les inflammations chroniques peuvent donner lieu à la production d'infiltrations considérables et persistantes : telles sont les lèvres et les parois vulvaires : l'histoire de ce malade montre qu'il peut en être de même du scrotum. Consécutivement à des poussées récidivantes d'eczéma dont le début remonte à plusieurs mois, cette région est devenue le siège d'une énorme tuméfaction ; son volume atteint celui d'une grosse tête de fœtus ; elle est en même temps le siège d'un vitiligo ; la décoloration est complète sur les parties latérales de la région, les rides y sont effacées, les poils décolorés ; partout ailleurs au contraire, les plis de la peau y sont très accentués : le raphé médian est remarquable par sa saillie. Cette tuméfaction est due à l'augmentation énorme qu'a subie

l'épaisseur du scrotum. Il ne parait pas y avoir d'hydrocèle; on ne peut percevoir la place des testicules que par leur sensibilité spéciale. Le malade accuse des sensations pénibles de pesanteur et de tiraillements dans les parties atteintes.

L'épaississement de la peau est moindre au niveau des plaques de vitiligo.

En toute évidence, c'est sous l'influence des infiltrations exsudatives liées aux poussées récidivantes d'eczéma qu'il faut rapporter cet œdème persistant. La structure spéciale de la peau scrotale, comme celle des lèvres et des parois vulvaires, est la cause qui détermine la persistance trop souvent indéfinie de ces altérations. Le vitiligo concomitant parait être une simple coïncidence.

Cette tuméfaction persistante constitue une difformité pénible en même temps qu'une gêne de tous les moments.

On doit tenter d'amener par une compression douce et prolongée la rétrocession de cette infiltration.

M. LEREDDE. — Le malade est-il syphilitique?

M. HALLOPEAU. — M. Leredde veut-il dire que le vitiligo reconnaît nécessairement une origine syphilitique?

M. LEREDDE. — Il est bien entendu que tout malade atteint de vitiligo n'est pas un syphilitique, mais la syphilis est assez fréquente chez les malades vitiligineux pour qu'on doive la chercher, je crois.

Au point de vue thérapeutique, il y aurait intérêt à essayer chez ce malade les effets de la radiothérapie. Les rayons X ont des effets sur les lésions organiques qui permettent d'étendre singulièrement le champ de leur action. Parmi ces effets, j'indiquerai leur action régulière, normale sur les œdèmes qui n'a pas été signalée, je crois. Lorsqu'on traite par les rayons X des lésions suintantes, on les voit souvent se dessécher. Dans les lupus avec infiltration des tissus, soumis à la radiothérapie, l'infiltration décroît rapidement. Aussi j'ai soigné récemment un jeune homme atteint de lupus de l'oreille; le sillon rétroauriculaire était comblé par une infiltration mollasse. En deux séances de radiothérapie, l'affaissement fut complet.

Je crois qu'on a déjà employé la radiothérapie avec succès dans l'éléphantiasis des membres inférieurs. Il est donc indiqué de l'essayer dans le cas présenté par M. Hallopeau. Sur le scrotum elle peut avoir, il est vrai, pour résultat de provoquer l'atrophie des testicules, mais seulement à hautes doses, et même, étant donné l'âge du malade, l'atrophie n'aurait pas grand inconvénient dans ce cas.

M. HALLOPEAU. — Je doute qu'il soit de cet avis. Il ne parait pas avoir eu la syphilis.

www.libtool.com.cn

Gale et psoriasis.

Par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE.

Nous désirons simplement montrer l'influence que peut exercer la gale sur la production des manifestations psoriasiques.

: D'une part, en effet, chez ce malade une poussée psoriasique nouvelle s'est développée sur toute la surface du corps concurremment avec l'invasion scabiéique; d'autre part, on peut voir que plusieurs sillons des poignets ont pris l'aspect psoriasique et qu'il en est de même des papules pénienues qui en supportent; l'action provocatrice des irritations cutanées sur le développement des manifestations psoriasiques est bien connue; elle a été mise en évidence pour les boutons de vaccine, les tatouages, les pointes de feu, les papules de prurigo parasitaire: il faut désormais ajouter à ces divers modes d'irritation celle que provoque la gale.

Nous rappellerons qu'au point de vue de la pathogénie des lésions psoriasiques ces faits restent sans valeur, car ils peuvent aussi bien s'expliquer par un appel de parasite que par un trouble dans l'innervation tropho-névrotique.

Sur une forme vésiculo-pustuleuse de toxi-tuberculides.

Par MM. HALLOPEAU et NOBREGO.

On connaît le polymorphisme des éruptions que l'on est en droit de rapporter à l'action nocive de ces toxines à distance de leur lieu de production.

L'un de nous a insisté en particulier, à diverses reprises, sur l'existence de formes purement vésiculo-pustuleuses ou bulleuses; en voici un nouvel exemple:

La nommée Bor..., couchée au numéro 14 de la salle Lugol, présente, en même temps qu'un type d'éruption papulo-nécrotique qui occupe d'une façon discrète le tronc et en grande abondance les quatre membres, particulièrement au-devant des genoux, des pieds et des coudes, un certain nombre de soulèvements purement vésiculo-pustuleux: l'épiderme y est soulevé par un liquide séro-purulent, avec ou sans aréole érythémateuse, mais parfois sans trace d'induration: il n'y a là d'autre phénomène objectif qu'un exsudat; les lésions d'infiltration ne se traduisent, si elles existent, par aucune modification appréciable au seul examen clinique; une partie de ces soulèvements, qui atteignent par places le volume d'un grain de chènevis, sont centrés d'un poil; certains d'entre eux sont entourés d'une légère induration et l'on trouve tous les intermédiaires entre ces éléments et les papules acnéiformes et nécrotiques nettement caractérisées.

Les divers éléments que nous venons de signaler aboutissent à la forma-

tion de petites cicatrices superficielles, souvent ponctiformes, d'abord d'un violet sombre, puis brunes, puis enfin décolorées. Si l'on vient à ouvrir un des soulèvements séro-purulents, on peut constater, après en avoir évacué le liquide, qu'ils présentent dans leur centre une dépression cratériforme semblable à celle des éléments coexistants de tuberculides acnéiforme et nécrotique.

Il existe chez cette même malade des éruptions cutanées plus profondes : à la partie inféro-interne des jambes, au-dessus des malléoles, on voit des éléments éruptifs dont le diamètre dépasse un centimètre ; plusieurs d'entre eux sont agglomérés sur un placard d'infiltration rouge et indurée mesurant environ 5 centimètres de diamètre ; ces proliférations locales conduisent à penser que des productions bacillaires intéressent le derme dans ces régions ; des expériences pratiquées sur le cobaye pourront nous éclairer à ce sujet.

Les éruptions purement vésiculo-pustuleuses et papulo-nécrotiques se reproduisent par poussées subintrantes ; leur nature tuberculeuse est établie par la ressemblance d'une partie de leurs éléments avec ceux qui ont été décrits comme toxi-tuberculides, par leur mode de distribution, par la coexistence de volumineuses adénopathies sous-maxillaires en voie de suppuration ou recouvertes de cicatrices caractéristiques, par l'existence d'une submatité sous la clavicule droite avec affaiblissement du murmure vésiculaire et exagération des vibrations.

L'ensemble de ces altérations remonte à plus de 7 ans.

L'état général de la malade est satisfaisant ; elle est grande et robuste et elle a de l'embonpoint ; la peau présente évidemment chez elle un mode de réaction spécial sous l'influence des toxi-tuberculides alors que les poumons ne présentent d'autre altération que le petit foyer éteint du sommet droit.

Un frère a eu des adénopathies cervicales.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Il existe une forme purement vésiculo-pustuleuse de toxi-tuberculides ;*

2° *Cette réaction cutanée offre, au point de vue de son mode de production et de son évolution, des caractères identiques à ceux de la toxi-tuberculide papulo-nécrotique avec laquelle elle coïncide le plus souvent ;*

3° *Elle n'implique pas un caractère de gravité ; on en a pour témoins l'évolution lente des altérations pulmonaires et la longue survie des malades ;*

4° *Les ganglions cervicaux ont été dès le début profondément altérés ; il est possible qu'une modification dans les propriétés nocives des bacilles de Koch ait lieu dans les champs de culture que leur offrent ces organes et que telle soit la cause de l'action spéciale qu'exercent leurs toxines sur le tégument externe.*

www.libtool.com.cn
Sur un anévrisme de la crosse de l'aorte.

Par MM. HALLOPEAU et TRISSEIRE.

Z..., âgé de 35 ans, a eu, il y a 14 ans, un chancre pour lequel il a été soigné pendant un mois, d'abord par les pilules, puis par des injections hypodermiques; il a été atteint, il y a deux ans, d'une vaste ulcération de la jambe dont on voit les stigmates indélébiles et caractéristiques.

Il a commencé, il y a environ 8 mois, à éprouver des troubles dans la région précordiale et dans le bras gauche sur le trajet du cubital; ils n'ont jamais eu le caractère nettement angineux.

Peu après, s'est développée lentement la tuméfaction qui a amené avant-hier le malade dans notre service, salle Bazin, n° 31. Cette tuméfaction s'est considérablement et rapidement accrue dans ces quinze derniers jours.

Son aspect rappelle actuellement celui d'un sein; elle s'étend verticalement du deuxième au septième espace intercostal gauches, transversalement du milieu du sternum à un travers de doigt au-devant de la ligne axillaire gauche; son relief est d'environ 2 centimètres; elle est mate dans toute son étendue; elle est le siège de mouvements d'expansion qui précèdent de très peu les battements synchrones des radiales; en outre, dans sa partie médiane, on perçoit des soulèvements plus limités qui indiquent l'existence d'un anévrisme en cupule de Dieulafoy; on perçoit, dans toute la masse, un souffle systolique; la paroi thoracique se déprime fortement dans le septième espace à chaque mouvement systolique.

Les douleurs indiquées précédemment persistent; il y a en outre une douleur vive à la pression au niveau du centre de la tuméfaction, dans la partie qui répond à l'anévrisme cupuliforme. Les signes récurrentiels font défaut. Le pouls est affaibli.

Le diagnostic n'est pas douteux: l'existence chez ce malade d'une syphilis datant de 14 ans et encore en état de poussée cutanée active il y a 2 ans, ainsi que son âge, ne peuvent laisser de doute à cet égard. Il faut signaler au point de vue étiologique l'insuffisance du traitement spécifique.

L'accroissement brusque qu'a dû subir la tuméfaction dans ces derniers jours tient vraisemblablement à la formation de l'anévrisme cupuliforme dont les pulsations médianes nous ont révélé l'existence.

Le malade est soumis à un traitement par les frictions mercurielles; il prend en outre chaque jour 6 grammes d'iodure. Enfin, une compression douce de la région thoracique est exercée en permanence pour essayer de prévoir aux possibilités d'ouverture à l'extérieur ou dans le péricarde. Faudra-t-il recourir en outre à l'électro-puncture?

www.libtool.com.cn
Sur un cas de mélanodermie papillomateuse ou acanthosis nigricans.

Par MM. GAUCHER, PROTINOS et EVANGÉLOU.

Le nommé M. N..., sujet grec, âgé de 51 ans, est employé de commerce, demeurant à Paris, depuis 21 ans ; il est brun, d'une stature moyenne ; il est venu nous consulter, le 14 mai, pour des petits papillomes qu'il a vus apparaître à la face dorsale de ses mains depuis un mois, et en même temps pour des démangeaisons sur la poitrine et le dos.

En examinant le malade nu nous avons constaté une pigmentation symétrique de certaines régions du corps ; à cause de la localisation de cette pigmentation au niveau du cou, des aisselles, de la région ano-génitale et de la présence des verrues généralisées nous avons pensé qu'il s'agissait d'acanthosis nigricans. Le lendemain le malade a été conduit à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de la Clinique.

Cet homme, en 1873, demeurant en Italie, a eu la fièvre typhoïde ; trois mois après il a été atteint du choléra ; en 1884, il a craché du sang ; en 1889, à la suite d'une ascension à la tour Eiffel, il a eu une congestion pulmonaire avec crachements abondants de sang. Depuis cette époque, il tousse, il crache du sang, il perd peu à peu ses forces et il a des battements du cœur. Dernièrement, le 8 mars 1904, il a consulté à l'Hôtel-Dieu M. le docteur Petit, qui lui a prescrit du carbonate de gatacol et de la pepsine, de l'essence de térébenthine pour frictions et lui a ordonné un régime alimentaire approprié.

Les antécédents de cet homme sont les suivants : son père est mort à l'âge de 85 ans, sans avoir fait de maladies sérieuses, et sa mère à l'âge de 73 ans, d'une maladie du cœur. Il a un frère âgé de 41 ans et deux sœurs âgées de 54 et 56 ans, vivants et bien portants..

ÉTAT ACTUEL. — *Etat général* : Le malade est maigre, d'un teint pâle jaunâtre ; les conjonctives sont anémiques et subictériques.

L'examen minutieux de la peau révèle : 1° Une pigmentation de diverses régions ; 2° des papillomes ; 3° des *nævi*, des verrues séniles et des *molluscums pendulums*.

PIGMENTATION. — A la face il n'y a aucune modification ; le cuir chevelu, les orifices de la bouche et du nez, le pavillon de l'oreille, le pourtour des yeux ne présentent rien d'anormal.

L'examen du nez, de la bouche, du pharynx, du larynx montre que les muqueuses sont pâles et anémiées.

La nuque est très atteinte ; la pigmentation occupant toute cette région se prolonge sur les côtés du cou ; sous la région sous-hyoïdienne elle est moins prononcée. La peau offre une couleur d'un brun sale ; les sillons normaux sont plus accentués ; les plis plus marqués. Par la tension, on ne peut pas ramener la peau à son état normal.

Le dos et la face antérieure du thorax sont normaux ; les mamelons, selon le dire du malade, sont devenus plus saillants depuis quelque temps ; ils présentent une pigmentation brun foncé par places.

Les aisselles, au niveau de la saillie du bord inférieur du grand pectoral et dans la portion pileuse, présentent aussi une pigmentation brunâtre ; le

pli du coude des deux côtés est plus foncé que normalement. La face dorsale des mains présente une légère pigmentation avec un épaissement de l'épiderme. Les paumes des mains sont aussi épaissies, d'une couleur jaunâtre ; les ongles sont normaux.

Aux régions épigastrique et ombilicale, rien d'anormal, sauf à la cicatrice ombilicale, qui présente une pigmentation assez prononcée.

La zone *gêno-anale* offre une coloration brun foncé presque noirâtre, surtout dans les régions scrotale, périnéale et périanale ; c'est au niveau de ces régions que le malade a vu apparaître d'abord cette pigmentation, qu'il attribuait à la malpropreté. La peau est rugueuse sur toutes les parties, et ses plis naturels sont exagérés.

La surface interne du tiers supérieur de la cuisse est aussi fortement pigmentée ; le reste des membres inférieurs est intact.

PAPILLOMES. — Ils sont disséminés à la face antérieure des aisselles ; à la face dorsale des deux mains ils sont très multipliés et confluent par places ; il y en a quelques-uns à la surface antéro-interne du tiers supérieur des deux cuisses ; il en existe aussi à la région périanale. Sur le dos on trouve quelques verrues séniles et des molluscums pendulums. A la pression, aucune substance ne s'écoule de ces saillies papillomateuses ; quelques-unes sont sessiles, d'autres pédiculées, du volume de tête d'épingle ou d'un petit pois, elles ont la coloration de la peau normale. Quelques-unes (aux mains) présentent un sommet épineux, qui justifie la dénomination d'acanthosis (*ακανθα*, épine).

NÆVI. — Ils appartiennent à diverses variétés ; il y en a des pigmentaires, noirs, bruns ou café au lait ; ils sont plans ou légèrement élevés, sessiles, quelques-uns, pédiculés et mous, sont de véritables molluscums pendulums. Ponctiformes ou atteignant l'étendue d'un haricot, la majorité d'entre eux sont lenticulaires, d'un brun foncé. On en constate aux paumes des mains et aux plantes des pieds. Le malade a toujours eu des nævi nombreux ; mais, depuis deux mois, il a remarqué un développement évident de ces productions, tant en étendue qu'en couleur et même en nombre.

EXAMEN DES VISCÈRES. — *Poumons* : A la percussion, submatité au sommet droit ; à l'auscultation, râles humides au même sommet. L'examen des crachats a démontré l'existence des bacilles de Koch en abondance.

Cœur : normal.

L'*abdomen* a l'aspect normal ; par la palpation et la percussion on trouve dans la région sus-ombilicale une tumeur du volume d'une orange, irrégulière, dure, mobile, indolore à la palpation ou spontanément. A l'insufflation de l'estomac la grande courbure ne dépasse pas l'ombilic ; mais la matité due à la tumeur disparaît complètement pour reparaitre aussitôt que l'estomac a repris ses dimensions normales. Nous croyons que selon toute probabilité, il s'agit d'une tumeur siégeant en arrière de l'estomac. Cette opinion est confirmée par des troubles gastriques (renvois, régurgitations, vomissements, douleurs, etc.) ; l'appétit est bon, la digestion également.

Le *foie* est de volume normal ; il ne dépasse pas les fausses côtes.

La *rate* n'est pas hypertrophiée.

Adénopathies. — Quelques ganglions volumineux dans les régions inguinales et dans les régions sus-claviculaires.

L'examen du sang a donné :

Globules rouges.....	4,123,000
— blancs.....	13,640
Lymphocytes.....	13 p. 100
Mononucléaires.....	6 p. 100
Polynucléaires.....	76 p. 100
Éosinophiles.....	5 p. 100

Examen des urines :

Odeur : ammoniacale.
 Couleur : jaune pâle.
 Réaction : acide.
 Aspect : trouble.
 Consistance : fluide.
 Volume des 24 heures : 1,850.

	Par litre.	24 heures.
Urée.....	6,405	11,849
Chlorures.....	5,85	10,822
Phosphates.....	0,64	1,184
Sucre.....	0	
Albumine.....	0	
Bile.....	0	

Les urines étaient légèrement fermentées, ce qui nous explique l'odeur ammoniacale ; mais ce qui frappe surtout c'est la diminution du taux de l'urée et des phosphates (hypazoturie avec hypophosphaturie). Les chlorures sont aussi diminués. Le malade suivait le régime ordinaire de l'hôpital.

En résumé, nous constatons que notre malade présente tous les signes nets de la dermatose décrite sous les noms de *mélanodermie papillomateuse* ou d'*acanthosis nigricans* (μελαινακανθωσις). Quoique la maladie soit ici à son début, la localisation régionale et symétrique des lésions et, en même temps, le processus de la papillomatose et de la pigmentation, l'existence de la tumeur abdominale nous font admettre le diagnostic ci-dessus. Enfin, et ceci vient encore à l'appui de notre diagnostic. La tumeur paraît très probablement de nature cancéreuse. La coloration jaune paille des téguments du malade, l'amaigrissement progressif et rapide depuis quelques mois, l'existence de l'adénopathie inguinale et sous-claviculaire et enfin les caractères du sang et surtout des urines, joints aux résultats de l'examen physique, nous paraissent confirmer le diagnostic de cancer.

www.libtool.com.cn

Essai d'opothérapie cutanée.

Par M. HALLOPEAU.

L'opothérapie, qui prend une place de plus en plus grande dans le traitement de plusieurs affections organiques, n'a pas été jusqu'ici, à notre connaissance, mise en œuvre contre les maladies cutanées, bien que la peau, par ses innombrables glandes, constitue un organe dont le rôle pathogénique peut être rapproché de celui des reins.

Dans le but de combler cette lacune, nous avons prié notre excellent collègue et ami Vigier de vouloir bien nous préparer un extrait de substance cutanée renfermant les glandes.

La peau utilisée a été celle du porc; les capsules ont été préparées par M. Vigier suivant le procédé qu'il emploie pour tous les autres produits organiques avec les parties profondes du derme. Nous avons fait ingérer ces capsules à trois de nos malades.

Le premier était atteint d'une *dermatite herpétiforme*: il a été rapidement guéri de la poussée pour laquelle il était entré dans notre service, mais l'on sait que ces poussées sont souvent éphémères et qu'elles peuvent être suivies de longues périodes d'accalmie.

Un autre malade atteint de psoriasis n'a tiré aucun bénéfice de cette médication et les résultats ont été également nuls dans un cas de pemphigus.

Nous sommes donc conduit à considérer ces essais d'ailleurs purement empiriques, comme infructueux, mais nous ne croyons pas qu'ils suffisent pour faire abandonner la partie et nous nous proposons de les reprendre sous une autre forme, celle que M. J. Renaud a si excellemment mise en œuvre pour l'opothérapie rénale.

Hidradénomes éruptifs.

Par M. MARCEL SÉE.

J'ai montré à la Société, le 4 février dernier, un homme de 28 ans, porteur de petites saillies éruptives sur lesquelles j'avais porté, avec quelques réserves, le diagnostic d'*hidradénomes*. Je rappelle en quelques mots leur aspect :

Sauf quelques éléments moins nets sur le haut de la poitrine, on ne les voyait guère qu'aux membres supérieurs, surtout à la face interne des bras et antérieure des avant-bras, avec prédominance autour des coudes; nombreuses et serrées en ce points, c'étaient de petites élevures miliaires, de couleur jaunâtre à peine différente de celle de la peau, soit obtuses, soit aplaties et d'apparence verruqueuse ou lichénoïde, sans le brillant du lichen; quelques-unes semblaient faites de la confluence d'éléments minuscules, gros comme des pointes d'aiguille. Le début avait passé inaperçu;

le malade croyait que quelques-unes étaient récentes, d'autres anciennes de plusieurs années ; elles ne donnaient d'ailleurs lieu à aucune sensation objective : ce n'était pas pour elles que le patient était venu consulter mais pour un psoriasis très léger, datant de 5 ans et déjà presque disparu. En dehors de cela, on voyait sur la peau un petit nævus vasculaire près de l'ombilic, quelques nævi pigmentaires et de nombreux molluscum ; un peu de kératose pileaire et de séborrhée grasse interscapulaire, saillies folliculaires exagérées (peau ansérine) avec points cornés au sommet, sur le haut de la poitrine et du cou. Notons de plus un hypospadias.

Pour en revenir aux petites tumeurs, leur siège et leur aspect un peu anormaux justifiaient les doutes qui furent émis sur le diagnostic par quelques membres de la Société. J'ai pratiqué l'examen histologique sommaire d'un des éléments, et j'apporte ici les coupes que j'ai faites : on peut voir qu'il s'agit bien d'hydradénomes. Dans le derme se trouvent en effet des boyaux épithéliaux, de formes et de dimensions variées, et des kystes ; ceux-ci semblent par places formés par un renflement d'un boyau qui les prolonge en raquette ; la plupart contiennent des blocs colloïdes.

J'ai eu depuis lors l'occasion d'observer un autre cas d'hydradénome, chez un homme venu à la consultation pour de la phthiriasse, et qui présentait sur les côtés du thorax de petites tumeurs peu visibles, mais d'aspect répondant aux descriptions connues. Ce malade n'a pu revenir. Mais j'ai ici des coupes des lésions, et leur aspect est beaucoup plus caractéristique encore que celui des précédentes. Ici, les kystes sont nombreux, les uns à paroi formée de cellules aplaties, les autres tapissés de cellules cuboïdes, d'autres revêtues de plusieurs couches épithéliales, avec ou sans blocs colloïdes ; plusieurs sont manifestement développés à l'extrémité de boyaux épithéliaux pleins. Il suffit de jeter un coup d'œil sur un point quelconque de la préparation pour faire immédiatement le diagnostic.

Je rappelle que j'ai présenté à la Société, le 8 janvier 1903, un cas histologiquement contrôlé. Peu de mois après, en septembre 1903, j'en observais un autre que je ne pus présenter, mais que l'examen microscopique vérifia également : il s'agissait d'un sous-officier de la garde républicaine, âgé de 43 ans, et qui portait sur les côtés du thorax de petites tumeurs cuivrées, planes ou obtuses, ressemblant à celles que j'avais vues précédemment. Ainsi, en un peu plus d'un an, voilà quatre cas de cette affection réputée rare, puisque M. Darier écrivait en 1900 qu'on en avait à peine une vingtaine d'observations. Il semble donc que cette rareté ne soit pas si grande qu'on l'avait pu croire au début.

Lichen plan de l'amygdale.

Par MM. GAUCHER et LACAPÈRE.

M. F..., âgé de 34, ans se présentait il y a quelques jours, à la polyclinique de l'hôpital Saint-Louis, pour une orchite blennorrhagique. Le malade se

plaignait en même temps d'une éruption brunâtre localisée aux jambes et de l'apparition sur la muqueuse buccale de fines stries blanchâtres, manifestations qui toutes deux avaient été considérées comme spécifiques par le médecin qui les avait d'abord observées. Ces lésions sont cependant de tout autre nature : il s'agit du *lichen plan* à localisations cutanée et muqueuse, mais ce qui est particulièrement remarquable dans cette observation, c'est qu'à côté de la localisation à la muqueuse génienne, localisation relativement fréquente du *lichen plan*, on constate l'existence d'une plaque de lichen absolument indiscutable à la surface de l'amygdale gauche, localisation tout à fait exceptionnelle et que nous n'avons encore vu signaler par aucun auteur.

Le début de ce lichen plan remonte à six mois environ. Il se localisa d'abord à la face antérieure des poignets et des avant-bras, déterminant des démangeaisons vives qui attirèrent l'attention du malade. Celui-ci remarqua une éruption papuleuse discrète correspondant assez exactement à la zone des démangeaisons.

Il y a trois mois, l'éruption disparaissait spontanément, mais le malade constatait à la face antéro-externe des deux jambes l'apparition de deux placards papuleux, brunâtres, prurigineux, qui persistent encore aujourd'hui avec leurs caractères.

Il y a quelques semaines, un petit tubercule prurigineux se montrait sur la lèvre inférieure, et la muqueuse de la joue gauche se couvrait de fines stries blanchâtres. La localisation amygdalienne, absolument indolente, échappait à l'attention du malade et ne fut révélée que par l'examen que nous lui fîmes subir à l'hôpital.

Actuellement, l'éruption cutanée se montre uniquement constituée par deux placards situés à peu près symétriquement à la face antéro-externe de chacune des deux jambes. Ces placards, brunâtres, allongés, à grand axe vertical, d'une hauteur de 4 à 5 centimètres, semblent formés par la confusion de plusieurs plaques arrondies. Ils forment une saillie mamelonnée criblée d'orifices glandulaires et recouverts de fines squames blanchâtres. Le derme est un peu épaissi au niveau de ces plaques qui ont tous les caractères du lichen corné hypertrophique ou verruqueux. Ils déterminent un prurit assez vif, mais supportable cependant.

A la lèvre inférieure, il existe un tubercule foncé, d'un brun noirâtre, situé à la fois sur la semi-muqueuse labiale et la peau de la lèvre inférieure. C'est un tubercule saillant, aplati et même déprimé à son sommet, large comme une grosse lentille et entouré d'un semis de papules plus petites, tubercules qui se rapportent également à la variété cornée ou hypertrophique du lichen plan.

Dans la bouche, l'éruption se localise en deux endroits, à la face interne de la joue gauche, et sur l'amygdale gauche.

Sur la joue, les stries blanches occupent la partie inférieure de la muqueuse depuis le sillon gingivo-génien inférieur jusqu'à la moitié de la hauteur de la joue. Elles s'étendent depuis la commissure des lèvres jusqu'au niveau de la dernière molaire. Leur largeur moyenne est d'un demi-millimètre, leur coloration d'un blanc éclatant. Leur épaisseur par places est d'un demi-millimètre environ et leur saillie est suffisante pour qu'on la perçoive

était absolument impossible ; par conséquent, l'emploi de la radiothérapie était non seulement légitime, mais encore il était indiqué de l'appliquer le plus tôt et le plus énergiquement possible. Mais toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un sarcome opérable, j'inclinerais, quant à moi, à faire d'abord extirper la tumeur et à appliquer les rayons X sur la cicatrice, dans l'espoir de prévenir la récurrence.

Le secrétaire,

P. DÉHU.

PRIX ZAMBACO

Le prix Zambaco sera décerné, dans l'assemblée générale de la Société de 1905, à l'auteur du meilleur travail sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéréologie.

Le sujet en est laissé au libre choix de chaque concurrent.

La valeur du prix à décerner est de 800 francs.

Les travaux envoyés au concours doivent être inédits et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devront être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné. Les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent être transcrits, copiés, écrits à la machine ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur ; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés franco de port, sous pli recommandé, avant le 30 novembre 1904, au Secrétaire général de la Société, M. le Dr Du Castel, 241, boulevard Saint-Germain, Paris.

www.libtool.com.cn

SÉANCE DU 7 JUILLET 1904

Présidence de M. Alfred Fournier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Sur le vernix caseosa et la « séborrhée fœtale de M. Jacquet », par M. SABOURAUD. (Discussion : MM. JACQUET, SABOURAUD.) — Gomme du front et du nez chez un hérédo-syphilitique, par MM. GAUCHER et TOUCHARD. — Chancre syphilitique sus-pubien gangréneux suivi de syphilis maligne, par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE. — Éruption de syphillides papuleuses localisées autour de cicatrices de syphillides ulcéreuses ; ulcère syphilitique du pharynx avec symphyse palato-pharyngée incomplète, par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Lichen simple circonscrit en bande linéaire, par M. DUBREUILH. — Desquamation estivale en aires des mains, par M. DUBREUILH. — Plaques lichénoïdes ; lichen circonscrit de Brocq, par MM. REY et GARDON. — Protopermose folliculaire végétante, par MM. AUGAGNEUR et CARLE. — Syphilis héréditaire de seconde génération, par M. EDMOND FOURNIER, rapporteur. (Discussion : MM. BARTHÉLEMY, RENAULT, A. FOURNIER, DE BEURMANN, BROCC, BALZER.) — Élection.

Ouvrages offerts à la Société.

J. BELOT. — *La radiothérapie, son application aux affections cutanées.* Paris, 1904.

A. FOURNIER. — *Commission extra-parlementaire du régime des mœurs. Réponse à deux questions.* Paris, 1904.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur le vernix caseosa et la « séborrhée fœtale de M. Jacquet ».

Par M. SABOURAUD.

Lorsque M. Jacquet (1) a pensé démontrer, contrairement à mon **opinion**, que le vernix caseosa était une séborrhée fœtale, il s'est appuyé sur des arguments histologiques, histochimiques et chimiques.

Dans une brève réponse (2), je lui ai montré que ses arguments

(1) JACQUET et RONDEAU. Sur la séborrhée fœtale et la composition du vernix caseosa. *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 5 mai 1904. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mai 1904, p. 448.

(2) SABOURAUD. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1904, p. 455.

« **histochimiques et chimiques** », pour intéressants qu'ils fussent, ne conduisaient en aucune façon aux conclusions qu'il prétendait en tirer. Car d'abord il demeure certain que le vernix caseosa, pour l'énorme majorité de sa masse, est une exfoliation de l'épiderme corné de surface, le microscope en fait foi ; et quant à la graisse extraite du vernix par MM. Jacquet et Rondeau, elle présente exactement les caractères de celle que l'on retire de l'épiderme corné des régions où les glandes sébacées n'existent pas (Darier et Ganetelet).

M. Jacquet me répondit à son tour (1). Il me remercia des formes courtoises de ma réponse à une attaque qu'il reconnaissait avoir faite « sans ménagements », mais « il maintient — dit-il — intégralement » les termes de son travail et ses conclusions. Et cela me force de revenir sur le sujet.

Je n'ai laissé qu'un des arguments de M. Jacquet sans réponse, c'est l'argument histologique. Pour M. Jacquet, il est vrai, c'est le plus important de beaucoup, car, dit-il, « l'histologie répond ici d'une façon décisive ».

Ses préparations histologiques, pense-t-il, sont « démonstratives de ce qu'il avance ». Or, ces préparations sont reproduites dans son travail. A la vérité leur reproduction est excessivement schématique, mais les légendes qui les soulignent affirment l'interprétation que l'auteur en donne. Et cela est capital.

En effet, il nous montre (fig. 2) (2) une coupe du lobule de l'oreille d'un fœtus de cinq mois, et la légende ajoute : « On voit sur cette figure, une pellicule osmique continue, colorant une mince couche de vernix sus-épidermique qui recouvrait l'oreille. Une série de follicules pilo-sébacés, à glandes colorées également par l'osmium, vont s'y perdre comme autant d'affluents. »

On hésite d'abord à comprendre, car ce qu'on voit à la surface de l'épiderme, fixé par l'acide osmique, c'est un trait noir continu. Ce trait, nous dit-on, est le vernix caseosa, mais alors où peut bien être l'épiderme corné du sujet ? On relit alors le contexte et l'on constate avec étonnement qu'il n'y est pas fait allusion, même d'un seul mot. Pourtant, M. Jacquet ne peut pas l'ignorer, l'épiderme corné se colore en noir pur, par l'acide osmique. Donc sur ses préparations, si le trait noir superficiel est le vernix caseosa, il n'y a pas d'épiderme corné, ou si c'est l'épiderme corné il n'y a pas de vernix caseosa.

En un point, cette soi-disant couche de vernix est rompue et soulevée, on voit alors qu'elle se soulève d'une seule pièce. La figure 3 (3)

(1) JACQUET. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p. 457.

(2) *Annales de Dermatologie*, 1904, p. 453.

(3) *Loc. cit.*, p. 453.

est précisément l'agrandissement de ce point, et ici le schéma est assez net pour que tout histologiste ayant jamais fait une coupe de peau fixée à l'acide osmique y reconnaisse d'emblée l'épiderme corné détaché du *stratum lucidum* et du corps de l'épiderme sous-jacent.

La figure 4 (1) est aussi démonstrative du même fait; ce qui est noté comme « du sébum qui s'éverse au-dessus de l'épiderme autour de chaque pore sébacé », c'est la couche cornée normale. Elle s'est partiellement exfoliée, mais elle est demeurée autour des orifices pilaires dont l'invagination l'a maintenue en place, comme il est fréquent.

Cette méprise de la part d'un dermatologiste qui fut aussi un histologiste, me sembla d'abord si extraordinaire que je ne voulus pas fournir mon opinion sur les schémas présentés, avant d'avoir refait moi-même des préparations histologiques plus concluantes. J'ai donc pris de la peau d'un fœtus de huit mois, mort-né. En voici les coupes.

Les unes sont fixées par l'acide osmique, les autres par l'acide osmique et le formol, les meilleurs fixateurs des graisses, et elles sont, de plus, colorées à l'hématoxyline. On y retrouve très exactement la figure 2, la figure 3 et la figure 4 de M. Jacquet. Mais leur coloration permet de voir que le trait noir superficiel, le prétendu *vernix caseosa*, c'est l'épiderme corné de la peau normale et non pas du tout « une couche de sébum, éversée au-dessus de l'épiderme ».

Ainsi, du plus « décisif » argument de M. Jacquet, de celui qui permet à son auteur de « maintenir intégralement » ses affirmations, en dépit de la caducité des autres, *il reste une erreur histologique*.

Cette erreur est tellement manifeste et si grosse que j'aurais hésité à la relever publiquement, si la vivacité de l'attaque de notre collègue ne m'avait obligé à justifier mon opinion en détruisant les arguments non valables qu'il lui oppose.

J'accepte très bien que M. Jacquet puisse dans l'avenir faire prévaloir son opinion, mais il faudra pour cela des arguments plus solides que les premiers qu'il a présentés.

M. JACQUET. — Je ne répondrai pas aujourd'hui aux critiques diverses que m'a faites M. Sabouraud; il me faudrait beaucoup de temps et de développement. Je me borne aux préparations qu'il a bien voulu me montrer. Elles ne sont point faites, tant s'en faut, avec la même méthode que les miennes.

Elles portent sur un fœtus de près de huit mois. Les miennes sur un fœtus dans le cinquième c'est là une grosse différence.

(1) *Loc. cit.*, p. 454.

De plus et surtout, j'avais naturellement choisi pour colorer le vernix, un fœtus qui en avait, sous forme de plaques laiteuses de l'oreille. C'est là un fait assez rare d'ailleurs à cet âge-là. Et voilà pourquoi l'on voit sous notre figure 3 une bande noire aussi épaisse, englobant et la couche cornée et la couche d'enduit qui la recouvrait et *fait corps avec elle*.

M. Sabouraud ne s'est point soumis à cette condition d'une évidence pourtant nécessaire, à savoir le choix d'un fragment de peau recouvrant d'enduit fœtal, et cherchant le vernix sur un fœtus qui n'en portait pas, il n'en a point trouvé, ce qui était à prévoir.

Cela dit, je maintiens mes conclusions précédentes. Et j'espère montrer à M. Sabouraud qu'il a été un peu prompt en parlant de la « caducité » des arguments qui m'y ont conduit.

M. SABOURAUD. — M. Jacquet me reproche de n'avoir pas reproduit intégralement son expérience parce que j'ai examiné la peau d'un fœtus de huit mois, et lui celle d'un fœtus de cinq mois. Évidemment, mais on ne choisit pas un fœtus comme un cobaye. Pourtant, en dépit de cette différence d'âge du sujet, il n'en demeure pas moins certain que mes coupes reproduisent les figures de M. Jacquet de la façon la plus exacte. On y retrouve particulièrement nette la fameuse pellicule osmique sur laquelle M. Jacquet pensait baser sa démonstration. Seulement cette pellicule osmique, je le répète, c'est la couche cornée normale. Il l'aurait aussi bien trouvée chez le vieillard!... D'ailleurs, puisque M. Jacquet maintient ses conclusions que mon expérience me permet de dire erronées, je lui proposerai que nous soumettions l'un et l'autre nos préparations à un arbitrage. Personne ne peut récuser la science histologique de M. le Dr Darier; je propose donc à mon contradicteur de lui soumettre ses préparations, comme je lui soumetts les miennes en toute confiance et d'attendre tout simplement son arrêt. Il y a là une question de fait. L'un de nous deux se trompe. Il dira lequel.

M. JACQUET. — Je soumettrai avec empressement, comme le propose M. Sabouraud, mes préparations à l'examen de M. Darier.

M. SABOURAUD. — Voilà donc qui est convenu, et nous aurons la solution de ce litige au mois d'octobre.

Gommes du front et du nez chez un hérédo-syphilitique.

Par MM. GAUCHER et TOUCHARD.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un malade âgé de 22 ans qui vit apparaître, à la fin du mois de mai dernier, au niveau de la région médiane du front, trois gommes, qui ne tardèrent pas à atteindre chacune le volume d'une noix.

Quelques jours après le début de ces accidents, une nouvelle gomme faisait son apparition sur la face latérale gauche de la portion osseuse du nez.

Cette dernière gomme s'ulcéra rapidement, tandis que celles du front sont toujours restées sous-cutanées.

On ne retrouve pas chez ce malade de trace de syphilis acquise. Par contre, nous apprenons en l'interrogeant que sur cinq frères et sœurs qu'il eut, trois sont morts en bas âge, que sa mère fit trois fausses couches.

Enfin, ce malade fut toujours chétif dans son enfance; il commença à marcher très tard, vers l'âge de 4 ans.

Ses dents sont friables, usées sur le bord supérieur déprimé en cupule et taillé en biseau. En un mot, il ne nous semble pas douteux que nous nous trouvons en présence d'un hérédo-syphilitique.

Il nous a paru intéressant de vous le présenter, en raison de cette manifestation tardive d'hérédo-syphilis se traduisant brusquement par des accidents aussi sérieux.

Ajoutons que 15 jours de traitement mixte ont déjà réduit de plus de moitié le volume des gommés du front et que la gomme ulcérée du nez est presque complètement cicatrisée.

Chancre syphilitique sus-pubien gangreneux suivi de syphilis maligne.

Par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.

Émile P..., fleuriste, 49 ans, entre le 10 mai 1904, salle Devergie, n° 18, pour un chancre syphilitique sus-pubien qui date de trois semaines.

On trouve une ulcération allongée transversalement et située sur la ligne médiane, à 4 centimètres $\frac{1}{2}$ du pubis. Elle mesure 3 centimètres $\frac{1}{2}$ sur 2 centimètres $\frac{1}{2}$ environ. Son bord est légèrement surélevé au-dessus des tissus voisins. La surface est recouverte d'une croûte brun noirâtre, adhérente, qui forme couvercle. Cette croûte enlevée, on aperçoit alors le fond de l'ulcération. Elle est profonde, le chancre ayant pris une allure phagédénique et gangreneuse; la coloration est gris jaunâtre. Tout autour du chancre, les tissus ont une coloration rouge; du côté droit, on sent un gros vaisseau lymphatique induré et douloureux qui aboutit aux ganglions de la partie supérieure et interne du triangle de Scarpa; ces ganglions sont hypertrophiés et douloureux, et le malade y ressent des élancements.

L'état général est mauvais: pâleur, courbature et malaise général, température de 38°,4. Comme antécédents personnels, le malade n'accuse aucun accident vénérien antérieur. Il a eu une pleurésie sèche soignée il y a un an à l'hôpital Andral. Depuis cette époque, il se plaint de manquer de respiration, il toussa et perd ses forces. Actuellement, il présente de la congestion du sommet des deux poumons, surtout à droite. Antécédents héréditaires: père mort à 35 ans, de congestion pulmonaire; mère sujette aux bronchites répétées, morte à 67 ans; une sœur morte de fluxion de poitrine à 21 ans.

Les jours qui suivent l'entrée du malade à Saint-Louis, on le soigne avec des pansements humides, qui font rapidement tomber tous les phénomènes inflammatoires. Sur le chancre, applications d'eau oxygénée qui produit la chute des tissus mortifiés et le nettoyage du fond de l'ulcération, qui apparaît dès lors comme une surface bourgeonnant franchement.

12 mai. — Apparition de la roséole, un mois environ après le début du

chancre. On aperçoit, en outre, quelques papules au voisinage du chancre, ainsi que sur l'avant-bras droit et sur le sillon balano-préputial.

13 mai. — Le malade reçoit une première injection d'huile grise, en même temps qu'il prend chaque jour 2 pilules de Dupuytren.

25 mai. — Le chancre est en bonne voie de cicatrisation. Les ganglions des plis de l'aîne ont diminué considérablement de volume et ne sont plus douloureux. Malheureusement, le malade a une stomatite mercurielle assez intense, et on est obligé de supprimer les pilules et les injections d'huile grise.

30 mai. — Apparition d'une syphilide ulcéreuse sur le prépuce (sillon balano-préputial) et sur le bord cubital de l'avant-bras droit.

13 juin. — Les deux syphilides papulo-ulcéreuses ont gagné en profondeur. Sur le gland l'ulcération, de forme arrondie, a les dimensions d'une pièce de 2 francs. Elle est développée en partie sur le gland et en partie sur le prépuce. Le fond est formé de tissus grisâtres, sphacelés; les bords sont taillés à pic et serpiginieux. On fait des pansements à l'eau oxygénée. Ces mêmes pansements, continués les jours suivants, limitent la destruction sphacélique des tissus et enrayment la marche progressive de cette syphilis maligne précoce.

20 juin. — La stomatite a cessé. On met de nouveau le malade au traitement spécifique, en lui faisant une injection de 0,03 centigr. de salicyarséniate de mercure. Cette injection provoque une réaction locale douloureuse pendant toute la journée. Des injections semblables sont pratiquées tous les deux jours; elles sont toujours douloureuses.

28 juin. — Le chancre sus-pubien est complètement cicatrisé. Les syphilides ulcéreuses du gland et de l'avant-bras bourgeonnent bien.

Le moulage du chancre a été fait pour le Musée de l'hôpital Saint-Louis, par M. Baretta.

En résumé, il s'agit chez ce malade de l'observation d'un chancre gangreneux, assez étendu, de la paroi abdominale, et remarquable encore par la lymphangite volumineuse qui l'unissait aux ganglions inguinaux. La syphilis, ulcéro-gangreneuse dès son origine, a manifesté de nouveau à bref délai sa nature maligne par la formation d'ulcères rapidement développés sur la verge et au bras. Ce fait confirme une fois de plus la règle qui souffre de nombreuses exceptions, mais qui se vérifie assez fréquemment, et d'après laquelle des accidents secondaires aux allures malignes succèdent à un chancre également de nature maligne.

Éruption de syphilides papuleuses localisées autour de cicatrices de syphilides ulcéreuses; ulcère syphilitique du pharynx avec symphyse palato-pharyngée incomplète.

Par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.

Co... (Charles), 25 ans, cocher, entre le 9 mai 1904, à Saint-Louis, pour une gêne très marquée de la déglutition. C'est le deuxième séjour que le malade fait dans le service pour la même raison.

En juin 1903, à Nouméa, le malade a contracté un chancre syphilitique du fourreau de la verge, dont on peut actuellement constater la cicatrice blanche, à la face inférieure du pénis. Le traitement consista alors seulement en applications de calomel. Deux mois plus tard, pendant son retour en France, il fut pris d'une céphalalgie très intense, et fut mis au traitement par les pilules de protoiodure de mercure. Plus tard, à l'hôpital Ricord, il fut traité par les injections de calomel d'abord, puis d'huile grise. Malgré ces soins, le malade fut atteint d'iritis de l'œil gauche, trois mois environ après le chancre ; et, en même temps, apparaissaient des syphilides ulcéreuses sur les membres, le tronc et la face ; plaques muqueuses buccales. Ces syphilides ulcéreuses ont été suivies de cicatrices arrondies, blanchâtres, et entourées d'un cercle pigmenté. Leur dimension moyenne varie entre une pièce de 30 centimes, et une pièce de 5 francs. Après sa sortie de Ricord, en janvier 1904, le malade resta deux mois environ sans accidents, mais il continuait à fumer beaucoup malgré la défense qui lui en avait été faite. En mars 1904, il remarque qu'il ne peut plus avaler qu'avec la plus grande difficulté ; il se décide à rentrer à l'hôpital Saint-Louis. Là, on constate une symphyse palato-pharyngée incomplète. On prescrit du sirop mixte. Le malade sort au bout de huit jours.

Le 29 mai, il rentre de nouveau à Saint-Louis pour une aggravation des troubles pharyngés. A l'examen, on constate sur son corps les cicatrices arrondies et blanchâtres des syphilides ulcéreuses anciennes. En plusieurs points ces anciennes lésions présentent un aspect particulier dû à une éruption nouvelle de papules localisées exclusivement à la périphérie des cicatrices ulcéreuses, comme si en ce point l'infection syphilitique s'était localisée de préférence. C'est au niveau du dos que ces lésions s'observent surtout. Symétriquement de chaque côté, au niveau de la pointe des omoplates et dirigée obliquement suivant l'axe des côtes, on voit une cicatrice ulcéreuse à fond blanchâtre, à bords pigmentés, qui forme comme le centre d'un groupe de papules syphilitiques disposées en corymbes.

Ces papules, très nombreuses, encerclent la zone cicatricielle ancienne. Elles sont distinctes par places, confluentes en d'autres points ; leur coloration est rouge légèrement cuivré, la surface est excoriée à la suite de grattages, car le malade éprouve à leur niveau un très léger prurit. Ailleurs l'infiltration papuleuse s'est développée au centre de la cicatrice.

A la partie inférieure du thorax, au-dessous des fausses côtes gauches, on voit l'infiltration papuleuse former un cercle complet et régulier autour d'une cicatrice. Sur le bras gauche, à sa face externe, se voient deux groupements analogues, mais plus petits ; sur la face antérieure du coude droit 4 à 5 papules entourent une cicatrice pigmentée. Sur la face postéro-externe de la cuisse droite, on voit un groupement analogue mais moins régulier.

Sur le front, les sourcils, les joues, le menton, on voit enfin plusieurs grosses papules qui affectent une disposition isolée.

La lèvre inférieure présente sur sa face muqueuse une grosse plaque syphilitique. La langue a sur sa face dorsale du côté droit plusieurs zones dépapillées (plaques fauchées) disposées sous forme de bandes à direction longitudinale. Les deux piliers postérieurs du voile du palais sont soudés entre eux, et réunis d'autre part à la paroi postérieure du pharynx ; la

luette reste indépendante en avant. L'arrière-cavité des fosses nasales ne communique plus avec l'arrière-bouche que par un orifice pouvant livrer passage à un crayon et que la luette vient obturer en avant. Sur la paroi pharyngienne, on voit un ulcère syphilitique de la dimension d'une pièce d'un franc, à fond jaunâtre suppurant, à bords rougeâtres et arrondis. Le malade éprouve de vives douleurs à ce niveau pendant le passage des aliments lors de la déglutition.

Outre ses accidents syphilitiques, le malade a eu des fièvres intermittentes, au Tonkin, en 1898. Ces accès ont reparu trois fois en France. En 1899, blennorrhagie. Pas d'autres maladies.

Le malade ne peut donner aucun renseignement sur sa famille.

On ne note aucune particularité au niveau des viscères. Le malade a maigri et perdu ses forces depuis; il attribue ces troubles à la syphilis. Celle-ci, a été grave, mais en grande partie par sa faute, car il ne s'est jamais soigné d'une manière suivie. Il a été toujours difficile ou impossible de le retenir à l'hôpital assez longtemps pour le guérir. Il n'a jamais cessé de fumer et de se livrer à des excès alcooliques.

Ce malade a été atteint de syphilis maligne, ainsi qu'en témoignent les cicatrices d'ulcères disséminées sur son corps. La syphilis conserve encore un caractère de gravité qui s'accuse par l'existence d'un ulcère de la paroi postérieure du pharynx. Mais il convient d'ajouter que ce malade, fumeur obstiné, n'a jamais bien suivi son traitement, et maintenant encore, malgré la gravité des lésions pharyngées, il se soumet très imparfaitement aux prescriptions qui lui sont faites.

Un autre point plus intéressant est l'écllosion de syphilides papuleuses qui se sont développées autour de la plupart des anciennes cicatrices; tantôt sur le bord même de celles-ci, tantôt à leur centre, tantôt à leur périphérie, où elles affectent une disposition en corymbes, avec la cicatrice ancienne comme élément central. Il y a là un exemple remarquable de reproduction *in situ* d'une éruption syphilitique papuleuse, affectant exclusivement les mêmes points qui ont été d'abord le siège des manifestations ulcéreuses de la syphilis. C'est à cause de la disposition si nette de cette éruption secondaire que nous avons demandé à M. Baretta de vouloir bien la reproduire pour le musée de l'hôpital Saint-Louis.

Malgré l'insuffisance du traitement suivi, la syphilis tend à s'atténuer chez ce malade, ainsi qu'en témoigne la forme papuleuse de l'éruption opposée à la nature ulcéreuse des anciens accidents. Nous voulons surtout faire ressortir la singularité curieuse de cette éruption avec localisation spéciale au niveau d'un si grand nombre de points occupés précédemment par les ulcères cutanés.

Ces réveils de l'agent pathogène *in situ* ont été fréquemment observés par M. Fournier, par M. Hallopeau et par d'autres auteurs, dans des conditions diverses.

Il nous semble nécessaire d'invoquer en outre chez notre malade un réveil particulier de l'infection générale pour expliquer la poussée simultanée d'un si grand nombre d'éléments papuleux au niveau des cicatrices d'anciennes syphilides ulcéreuses. La reviviscence de l'agent pathogène n'est pas seulement locale, mais générale.

M. HALLOPEAU. — Nous remercions M. Balzer d'avoir fait représenter ces intéressantes proliférations locales qui jusqu'ici ne figuraient pas sous une forme identique dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis. J'ai insisté plusieurs fois sur l'importance que présentent ces faits au point de vue de l'évolution du contagio syphilitique; il montre qu'à une période souvent encore peu avancée de son développement dans l'organisme, il forme des dépôts isolés qui se multiplient en engendrant des éléments de moindre virulence, il n'est plus alors question de diathèse.

Lichen simple circonscrit en bande linéaire.

Par M. W. DUBREUILH.

Constance D..., lingère, âgée de 28 ans, est la fille d'une mère bien portante et d'un père très nerveux, très émotif, mort à 63 ans, d'une maladie du cœur due aux chagrins causés par des pertes d'argent et la mauvaise conduite de son fils. Elle a deux frères et deux sœurs. L'une de ses sœurs a des crises de nerfs.

Constance a eu à 12 ans une scarlatine grave, et pendant la desquamation, elle a perdu ses cheveux et ses ongles. Les règles, apparues à 15 ans, ont été au début douloureuses et irrégulières. Jusqu'à l'âge de 20 ans elle avait peur de l'obscurité, n'osait sortir la nuit, et si elle restait seule dans une chambre obscure, elle voyait des animaux, des fantômes, des morts. Elle est très susceptible, à la moindre contrariété elle pleure et tremble, mais n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité cutanée, mais le réflexe pharyngien est aboli.

Il y a 10 ans, après des revers de fortune et la mort de son père, elle a commencé à sentir un prurit très violent, en un point très localisé de la jambe droite, à trois doigts au-dessus de la malléole interne; les crises de démangeaison et le grattage consécutif étaient tellement violents qu'elle en avait presque des crises de nerfs. Les altérations cutanées qui se sont montrées peu après se sont graduellement étendues en même temps que la démangeaison.

On trouve sur la jambe droite une ligne saillante qui partant du sommet de la malléole interne suit la face interne de la jambe, puis oblique un peu en arrière, passe sur le bord interne du creux poplité, et s'élève sur la face postérieure de la cuisse jusqu'à une dizaine de centimètres du genou. Elle est tout à fait continue, sauf une courte interruption à la partie supérieure de la jambe, et sa longueur totale est d'environ 40 centimètres.

Cette ligne mesure 1 centimètre de large et fait une saillie de 1/2 centimètre à la partie inférieure de la jambe où elle est le plus accusée; sa consistance est très dure, mais elle est superficielle et il n'y a pas d'infiltration profonde. Sa surface est grisâtre, rugueuse, verruqueuse avec un

~~épiderme corné fort épais~~ On y trouve en somme tous les caractères d'une lichénisation très accusée, telle qu'elle se présente souvent aux jambes, mais avec cette particularité qu'elle forme une longue bande, étroite et bien délimitée. Dans le voisinage, on trouve quelques croûtelles de grattage mais pas de lichénisation.

La démangeaison est assez exactement limitée à la bande saillante; cependant la malade interrogée d'une façon minutieuse reconnaît gratter aussi toute la partie avoisinante.

Le prurit est plus accusé la nuit sous l'influence de la chaleur du lit; il est aussi plus violent en été qu'en hiver.

Desquamation estivale en aires des mains.

Par M. W. DUBREUILH.

Dans les *Annales de Dermatologie* d'avril 1903, un de mes élèves, M. Carayon a publié sous le titre de desquamation estivale en aires des mains, quelques observations venant de mon service ou de ma clientèle, et relatives à une affection assez singulière que je n'ai pas vue décrite. Elle est constituée par des flots de desquamation à marche excentrique siégeant sur la face palmaire des mains et des doigts, et qui reparaissent tous les étés avec des caractères identiques pour disparaître en hiver.

Ces flots de desquamation débutent par un minime soulèvement de l'épiderme, comme une vésicule sèche contenant de l'air et non du liquide, puis l'épiderme se déchire et l'ilot s'étend excentriquement, bordé par une collerette desquamative sèche. Dans les formes intenses l'épiderme corné se desquame en lamelles épaisses, et les flots finissent par envahir toute la surface de la main. Mais il est des cas plus atténués où l'épiderme desquamé est tout à fait mince comme de la pelure d'oignon, où les ilots sont moins nombreux et disparaissent en quelques jours pour se reproduire aussitôt en un autre point. Ces cas ressemblent assez à ce qui se voit à la suite d'une dyshidrose très discrète, où les vésicules très fugaces donnent naissance à des flots de desquamation très superficielle et très passagère. La desquamation estivale en aires se rapproche encore de la dyshidrose par sa périodicité estivale régulière, mais on ne saurait identifier les deux affections. Dans les cas publiés par Carayon et dans ceux qui suivent, ni le malade ni moi n'avons jamais pu constater la présence d'une vésicule contenant du liquide, les lésions les plus jeunes, du volume d'une tête d'épingle et dont la voûte était encore intacte, étaient déjà sèches et remplies d'air. La dyshidrose discrète produit une desquamation très mince, et si dans les cas de dyshidrose intense la desquamation est plus épaisse, les vésicules y sont évidentes et abondantes.

La desquamation en aires est tout à fait indolente, sauf parfois

quelques rhagades. Elle se distingue de l'eczéma par la limitation des plaques, par l'absence de prurit et parce que la desquamation ne se produit qu'une fois au lieu d'être successive et indéfiniment renouvelée. Dans les syphilides, il y a de la rougeur et de l'infiltration sur le bord de la lésion. Dans le psoriasis la desquamation est fine, farineuse, et se renouvelle indéfiniment. Du reste, aucune de ces affections ne présente une pareille régularité annuelle.

Les trois observations suivantes sont des cas tout à fait nets. Dans l'une d'entre elles la maladie se répétait depuis 26 ans tous les étés, elle s'accompagnait d'hyperhidrose et de phénomènes rappelant l'acromélalgie qui n'existaient pas dans les autres observations.

OBSERVATION I. — M. S..., âgé de 30 ans, négociant en quincaillerie, est un homme grand, brun, robuste et bien portant. Il se dit neurasthénique mais ne présente aucun trouble nerveux caractéristique. Je l'ai cependant déjà soigné en 1899 pour du prurit avec lichénisation localisée aux coudes, aux avant-bras, aux jambes, aux cuisses et au pubis, lésions qui ont guéri au bout de quelques mois et n'ont plus reparu. Aucun trouble des fonctions digestives. Urines acides, déposant souvent de l'acide urique. Les mains et les pieds sont généralement froids mais sans hyperhidrose.

L'éruption des mains qui l'amène dans mon cabinet le 23 juillet 1903 date de 16 ou 17 ans et depuis lors a reparu tous les ans avec une certaine tendance à s'aggraver. Tous les ans, avec une parfaite régularité, elle apparaît en mai, prend tout son développement en juin, juillet, août et septembre et s'éteint en octobre. D'octobre à mai, les mains sont tout à fait normales. L'éruption n'est influencée par aucune autre circonstance que la saison; l'alimentation, les exercices violents, les circonstances morales ne l'influencent pas.

L'éruption affecte uniquement la face palmaire des mains et des doigts, surtout à droite, respectant complètement les pieds; les doigts, surtout l'index et le médium sont plus atteints que la paume. Les lésions débent généralement dans les plis de flexion des doigts, assez souvent aussi à la pulpe et même sous le bord libre de l'ongle.

Elles débent par de petites aires de décollement épidermique de la grandeur d'un grain de chènevis. La couche cornée blanchit et se soulève; il se produit comme une vésicule aplatie remplie d'air; il n'y a jamais de liquide. Dès que cette vésicule sèche atteint la grandeur d'une lentille, sa voûte se déchire, laissant à nu une surface rosée, couverte d'un épiderme corné aminci, lisse ou légèrement squameux. L'aire de desquamation s'étend ensuite excentriquement pendant un certain temps, environ deux ou trois semaines, formant une plaque circulaire ou festonnée de plusieurs centimètres de large, bordée d'une collerette desquamative sèche, assez épaisse, sans bordure rouge, sans infiltration, sans aucun prurit. Puis la plaque guérit pendant qu'il s'en forme d'autres au voisinage. Certaines plaques s'arrêtent et guérissent sans dépasser la grandeur d'une lentille; d'autres atteignent la grandeur d'une pièce de 5 francs en argent et au delà. Les plus petites sont rondes, les plus grandes sont irrégulières. La

guérison se fait par l'épaississement graduel de l'épiderme nouveau et par l'usure de la collerette marginale, qui a cessé de s'étendre.

On trouve des lésions disséminées sur toute la surface palmaire des mains et des doigts, surtout à droite. Dans la paume de la main on n'en trouve qu'un petit nombre, elles ont le volume d'un grain de chènevis à une lentille et sont constituées par de véritables vésicules sèches, contenant de l'air au lieu de liquide, sans aucune rougeur dans leur voisinage; leur voûte est plus ou moins déchirée au centre.

L'index et le médius présentent de larges aires de desquamation, de forme irrégulière, qui s'étendant sur les faces latérales dépassent un peu la limite de l'épiderme à type palmaire. L'aire desquamée est un peu rougeâtre, sèche, couverte d'un épiderme corné sec, écailleux, desquamant, parfois coupé de crevasses dans les plis de flexion. Le pourtour est bien marqué par une collerette d'épiderme corné assez épais. En dehors du bord adhérent de la collerette il n'y a aucune altération visible, ni rougeur, ni infiltration, ni épaississement préalable de la couche cornée.

Sur les autres doigts les aires desquamées sont plus petites, mais on en trouve dans tous les plis de flexion, l'épiderme soulevé se déchirant d'abord suivant le pli. A la pulpe de tous les doigts on trouve des aires analogues, généralement petites et souvent en voie de guérison. Il y en a sous le bord libre de la plupart des ongles; au petit doigt droit il y en a une qui a profondément décollé l'ongle, mais il faut dire que le malade attribue ce décollement de l'ongle à un traumatisme.

Il n'y a jamais de prurit, seulement un peu de douleur causée par les crevasses. En aucun point on ne voit de vésicule vraie, le malade n'en a jamais observé; il n'a de même jamais eu de vésicules dyshidrosiques sur les faces latérales des doigts. Les mains sont sèches et n'ont jamais été le siège de sueurs exagérées.

Le face dorsale des mains et des doigts est normale, sauf à la dernière phalange où le repli épidermique sus-unguéal est épais, écailleux, fendillé.

Les ongles des doigts sont courts, aussi larges que longs, plats, minces et rugueux avec une fine striation longitudinale comme dans l'onchorrhaxis, mais sans fissuration du bord libre. Les ongles ont toujours eu depuis l'enfance cet aspect un peu anormal.

Les pieds n'ont jamais présenté de desquamation en aires; les ongles, assez bien formés, ont cependant la même striation longitudinale.

Le peau du reste du corps est normale.

Le traitement a consisté en compresses de résorcine à 1 p. 100, recouvertes de taffetas gommé et appliquées pendant la nuit. Pour le jour, pomade avec lanoline 20, glycérine 3, acide salicylique et résorcine 1 gramme.

Le malade n'a pas été revu.

Obs. II. — Jean L..., 44 ans, maçon, se présente à la consultation le 5 août 1903. Comme antécédents de famille, il n'y a à noter que l'hyperhidrose des mains et des pieds dont sont affectés sa mère et ses 4 enfants âgés de 8, 12, 15 et 17 ans, mais aucun d'entre eux, non plus que son père, n'ont jamais présenté de desquamation en aires.

Depuis son enfance il a toujours eu de l'hyperhidrose des mains et des

www.libtool.com.cn
 pieds, tant l'hiver que l'été. Les mains sont toujours brûlantes même en hiver. Cette sensation de chaleur et de cuisson est plus accusée pendant la période de desquamation ; elle s'exagère par la position déclive des mains ; si elles restent un certain temps pendantes, elles deviennent douloureuses, chaudes, brûlantes, gonflées et engourdies. Ce phénomène ne s'observe pas aux pieds.

L'éruption actuelle date de l'âge de 18 ans, et s'est reproduite depuis lors tous les étés. Elle débute dans la seconde quinzaine de juillet par de petites aires desquamées à la pulpe des doigts, puis la desquamation s'étend à toute la face palmaire des mains et des doigts tant par extension des flots déjà formés que par production des nouveaux flots. Quand cette première desquamation est achevée, il s'en fait une seconde débutant également par le bout des doigts et qui est achevée au bout d'un mois comme la première. Dans les premiers jours de septembre la seconde éruption est finie et tout rentre dans l'ordre jusqu'à l'année suivante. Il n'y a jamais de vésicules d'aucune sorte, pas de prurit du tout, seulement la douleur brûlante par la position déclive et la douleur des rhagades qui sont assez fréquentes. L'apparition de la desquamation semble être plutôt liée à la date du calendrier qu'à la température de l'année.

Cette année, en même temps que l'éruption, le malade a remarqué la fétidité des urines ; c'est même pour cela plutôt que pour ses mains qu'il vient.

5 août 1903. — Les mains ont à peu près achevé leur desquamation ; sur la plus grande partie de la face palmaire des mains et des doigts on trouve un épiderme mince, souple, tout à fait normal sauf son extrême minceur, laissant voir le derme rose mais souple et normal ; en quelques endroits seulement, sur les éminences thénar, le talon de la main, la base des premières phalanges, on trouve des lambeaux de l'épiderme corné ancien très épais, décollé sur les bords, avec des contours à festons concaves. Sur le bout des doigts où la desquamation a commencé l'épiderme nouveau a presque repris son épaisseur et va, dit-il, recommencer à desquamer dans une semaine, quand s'achèvera la desquamation de la paume. Il n'y a pas de rhagades pour le moment. La paume est toute moite de sueur.

Sur les faces latérales des doigts la desquamation est plus mince et moins complète ; sur la face dorsale des doigts on trouve quelques rares flots lenticulaires de desquamation formés par une petite aire desquamée, ronde, entourée d'une collerette sans rougeur, sans hyperkératose périphérique, sans aucune altération dermique nulle part, aucune trace de vésicules.

Ongles normaux.

Les pieds sont simplement hyperhidrosiques sans hyperkératose ni desquamation.

Bonne santé générale, homme maigre, mange bien, travaille bien.

L'urine paraît normale, elle est claire mais son odeur est un peu forte.

Pas d'albumine ni de sucre.

Traitement : Cachets de salol, 1 gramme par jour. Badigeonnage des mains avec alcool 50, formol 10.

Obs. III. — M. E. B..., 35 ans, ostréiculteur, est un homme brun, robuste, menant une vie active. En été, il s'occupe de ses propriétés ; en hiver

seulement il s'occupe de ses hultres, les manipule souvent et met beaucoup les mains dans l'eau. Pas d'antécédents morbides notables ; pas de symptômes d'uricémie, pas de troubles digestifs, quelques douleurs rhumatismales vagues. Il est très nerveux, inquiet et se tracasse beaucoup de ses affaires. Jamais d'hyperhidrose palmaire ou plantaire.

Les lésions actuelles ont apparu pour la première fois pendant l'été de 1902 avec les mêmes caractères que maintenant, mais elles n'ont duré que quelques semaines.

Elles ont reparu en mai 1903 pour persister jusqu'en septembre et ont alors disparu complètement ; pendant tout l'hiver les mains sont restées normales.

Cette année enfin, en mai 1904, les mêmes lésions ont reparu avec les mêmes caractères que l'an dernier. Aujourd'hui (3 juillet 1904) on trouve la face palmaire des mains et des doigts semée d'un grand nombre d'aires de desquamation, surtout nombreuses sur les pulpes digitales ; il n'y a rien sur les faces latérales des doigts ni sur leur face dorsale, non plus qu'aux pieds. Ces aires de desquamation donnent l'impression de bulles desséchées et rompues. Les plus grandes atteignent 15 millimètres de large, les plus petites ont à peine 5 millimètres. Elles sont à peu près arrondies ; leur partie centrale est couverte d'un épiderme corné mince, un peu écailleux, laissant voir un derme rosé ; leur pourtour est formé d'une collerette irrégulière d'épiderme corné blanc, sec, adhérent par son bord externe, et flottant par son bord central. Sur la pulpe des doigts, les aires de desquamation se confondent et les collerettes marginales sont usées de sorte que l'épiderme qui recouvre les pulpes est aminci et un peu écailleux et que le bout des doigts est sensible aux contacts trop rudes. Il n'y a au pourtour des plaques ni érythème, ni infiltration, ni induration ; le bord et la surface des aires de desquamation est parfaitement souple ; à la limite du décollement épidermique la couche cornée a son épaisseur normale. On ne voit nulle part la moindre trace de vésicule ni de suintement ou de croûtelles ; pas de rhagades ; pas d'hyperhidrose, ni de dyshidrose. Les lésions sont tout à fait indolentes, pas même de prurit.

Le malade déclare n'avoir jamais constaté de vésicule remplie de liquide ; il montre des lésions tout à fait commençantes. Elles débutent par un décollement épidermique à sec ; ce sont des aires arrondies de la grandeur d'un grain de chènevis à une lentille ou même dans un cas atteignant 1 centimètre et demi, formées par un épiderme sec, dur ou déjà blanchâtre par infiltration d'air. Cela ressemble à une brûlure au deuxième degré ou à une ampoule lorsque le liquide résorbé a laissé l'épiderme se réappliquer sur le derme. Seulement à aucun moment il n'y a eu de soulèvement de l'épiderme ou de liquide sous-jacent. Une fois ce décollement virtuel accompli, l'épiderme se crevasse au centre, souvent au niveau d'un pli et la desquamation s'établit. L'aire de desquamation atteint tout de suite la limite de ce premier décollement virtuel, mais elle peut ensuite s'étendre plus loin.

Traitement : compresses de résorcine à 1 p. 100 pour la nuit ; glycérine pendant le jour. Iodure de sodium, 1,50 par jour.

Plaques lichénoides ; lichen circonscrit de Brocq.

Par MM. REY et GARDON.

Le malade au sujet duquel nous avons l'honneur de présenter des photographies à la Société de dermatologie, est âgé de 40 ans, se nomme K..., Abraham, et demeure à Alger où il est marbrier-polisseur.

Il entra à l'hôpital civil de Mustapha, dans notre service, salle Sédillot, pour un adéno-phlegmon de la région sous-maxillaire.

A l'examen général du malade nous fûmes frappés de constater, à la face postérieure des deux avant-bras, des lésions cutanées bilatérales et absolument symétriques ; cette disposition symétrique et leur bilatéralité nous ont paru particulièrement intéressantes à noter.

Comme *antécédents héréditaires* : Le père est décédé à l'âge de 60 ans, des suites d'une entérite sableuse. Sa mère, encore vivante, est âgée de 70 ans ; elle jouit d'une parfaite santé. Elle eut 5 enfants et n'eut point de fausse couche.

Comme *antécédents personnels* : K... Abraham n'a jamais eu de maladie grave et n'accuse aucun antécédent alcoolique ou vénérien. Mais, depuis son jeune âge, il est, paraît-il, très nerveux, très impressionnable et les motifs les plus futiles sont susceptibles de provoquer en lui des accès de colère. Il n'eut cependant jamais de crises ni d'attaques. Il y a une quinzaine de jours, environ, à la suite de refroidissement, il fut pris de douleur à la gorge et de dysphagie. Puis, les ganglions s'enflammèrent de proche en proche et constituèrent un énorme adéno-phlegmon de la région sous-maxillaire.

Nous passerons sous silence les détails plus complets concernant cette affection et le traitement chirurgical qu'elle nécessita, les lésions cutanées faisant seules l'objet de notre communication.

Ces lésions cutanées remontent, paraît-il, à quatre ans. Elles disparaissent durant l'été et reparaissent pendant l'hiver. Leur début, qui a été insidieux, a été précédé d'un prurit assez marqué qui survenait particulièrement le soir, tandis que le malade se disposait à jouir du repos de la nuit. Ces démangeaisons, qui semblaient se montrer par crises, atteignaient leur maximum d'acuité vers onze heures du soir et provoquaient parfois de l'insomnie. Peu de temps après ce prurit, les téguments auraient perdu leur coloration normale et le malade aurait remarqué une série de petites papules agglomérées qui ne tardèrent pas à se desquamers. Ces lésions débutèrent simultanément à droite et à gauche. — *Actuellement*, on constate à la face postérieure des deux avant-bras une plaque à surface chagrinée, rugueuse, légèrement furfuracée par suite de grattage et de forme à peu près ovale, à grand axe dirigé verticalement. Tandis que le bord externe est presque rectiligne, le bord interne est convexe en dedans, et une des extrémités, qui est plus large que l'autre, se trouve du côté du coude à deux travers de doigt environ au-dessous de l'olécrâne. Ces deux plaques sont absolument identiques comme *situation et comme forme*, point sur lequel nous tenons à insister.

Les dimensions de ces deux plaques sont peu différentes les unes des autres. Pour la *plaque droite* : le plus grand diamètre en longueur est de

12 centimètres, et le plus grand diamètre en largeur, de 6 centimètres. Pour la plaque gauche, les mêmes mesures sont de 10 centimètres de long et de 5 centimètres de large. Si nous passons à l'analyse des caractères de ces plaques nous ne relevons ni bulles, ni vésicules, ni pustules, nous ne remarquons que quelques papules et quelques points sanguinolents. Chaque plaque est blanchâtre et présente un aspect furfuracé, dû à un grattage continu de la part du malade. Le bord externe est principalement de coloration nacré, tandis que le bord interne, qui est certainement la partie par laquelle la lésion tend à s'accroître, est légèrement rougeâtre, érythémateux.

La peau de cette région est sèche, épaisse, chagrinée et rugueuse. Cet épaissement est surtout perceptible quand on saisit la surface cutanée entre le pouce et l'index, mais on le perçoit aussi fort bien à la vue. Les poils ont persisté quand même et n'ont point changé de caractère; ils ne sont ni plus longs ni plus courts que ceux que l'on constate autour de la lésion. On ne relève aucun trouble, ni trophique ni sensitif. La sensibilité à la piqure, au tact et à la chaleur est parfaitement conservée.

Toutes les autres parties du corps de notre malade sont indemnes de lésion cutanée.

L'examen des organes ne nous révéla rien de particulier à signaler. Mais le malade nous ayant fait part de son tempérament névrosique, nous poussâmes nos investigations de côté-là. Nous n'avons constaté que l'abolition du réflexe pharyngien, du réflexe cornéen et du réflexe conjonctival, mais point de rétrécissement du champ visuel, ni de dyschromatopsie, ni de zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie.

Donc, en résumé, nous nous sommes trouvés en présence d'un malade porteur de deux lésions cutanées *symétriques* occupant la région postérieure des deux avant-bras et chez lequel nous avons constaté :

- 1° Un état névrosique;
- 2° Un prurit très marqué antérieur à l'éruption;
- 3° Une affection cutanée circonscrite, d'une sécheresse absolue, à marche chronique et tendances aux récurrences.

En présence de ces caractères si tranchés, qui sont précisément ceux que Brocq a donnés comme pathognomoniques d'une affection qu'il a si bien décrite, nous avons posé le diagnostic de *plaques lichénoïdes, lichen circonscrit de Brocq*.

Brocq, dans *La Pratique dermatologique*, s'exprime ainsi : « Nous ne pouvons trop le répéter, ce qui domine l'étiologie et la pathogénie de ces affections, c'est, d'une part, comme cause prédisposante, comme terrain, le névrosisme ou l'arthritisme nerveux; d'autre part, comme cause déterminante, les violentes émotions, les ébranlements subis par le système nerveux, les intoxications diverses » (1). A notre avis, ces lésions doivent être rapportées ici surtout à la profession du malade.

(1) BESNIER, BROCC, et JACQUET. *La Pratique dermatologique*, 1902, t. III, p. 164.

Étant appelé à polir, chaque jour, un certain nombre de plaques de marbre, les avant-bras sont continuellement découverts et sont directement en contact avec la poudre et les débris de carbonate de calcium. Ce qui paraît militer en faveur de notre opinion, c'est que l'avant-bras droit qui travaille le plus est précisément celui qui nous offre, d'après les dimensions sus-mentionnées, la lésion la plus étendue.

Si nous avons cru devoir présenter cette observation, c'est que les lésions cutanées de cette nature sont rares en Algérie, par suite évidemment du fonctionnement intense de la peau, fonctionnement ralenti dans les pays plus tempérés.

Du reste, ce qui semble confirmer notre opinion, c'est que les lésions de notre malade disparaissent spontanément chaque année au retour des chaleurs.

Les auteurs algériens qui se sont occupés plus particulièrement de dermatologie, MM. Gémy et Reynaud, n'ont pas observé cette affection; M. Brault seulement, en 1894, a présenté à la Société de Dermatologie un cas de lichen plan symétrique à forme scléreuse amplifiée.

Psorosperose folliculaire végétante.

Par MM. AUGAGNEUR et CARLE.

Ad. R..., âgée de 32 ans, est trieuse de charbon et travaille dans les mines de La Mure (Isère). Elle demeure, dans le voisinage, à La Motte d'Aveillans.

La malade s'est présentée le 8 mars 1904, à l'hospice de la Charité (Lyon) our y terminer sa grossesse, qui en était au huitième mois et demi. En examinant, on découvrit une éruption curieuse qui décida son transfert à l'hospice des Chazeaux (Antiquaille), où elle fut admise le même jour, au n° 14 du troisième étage, service de M. le professeur Augagneur.

L'interrogatoire nous apprend peu de chose. Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels. Une première grossesse, en 1893, s'est passée sans incidents. L'éruption actuelle date du second mois de la dernière grossesse, c'est-à-dire de fin juin 1903.

A cette époque, la malade affirme avoir aperçu pour la première fois un grand nombre de petits boutons sur le cou. Elle n'y attacha, d'ailleurs, aucune importance, non plus qu'aux phénomènes qui suivirent. Nous savons seulement qu'en deux ou trois mois, la même éruption s'installa sur l'abdomen, puis descendit sur les cuisses. Au même moment, les avant-bras et le dos des deux mains se couvraient de boutons tout à fait analogues aux précédents. Nous ne pouvons rien savoir sur le mode d'apparition ou sur sa rapidité. Ce peu de renseignements s'explique par l'absence complète de symptômes subjectifs concomitants, mais aussi par la mentalité nettement inférieure de la malade et le manque absolu de soins de propreté.

Actuellement l'éruption couvre trois régions :

1° Le cou en entier, avec tendance à envahir les régions mastoïdiennes et pariétales. En arrière et sur les côtés le cuir chevelu est atteint. L'éruption se limite sur le thorax par une ligne courbe assez régulière unissant les deux clavicules. La face, le cuir chevelu (vertex et région frontale) sont respectés.

2° Les bras (face antérieure et interne) jusqu'à l'aisselle, le pli du coude, les avant-bras, côté de la flexion, jusqu'au poignet, le dos des mains et des doigts. Rien sur les faces palmaires.

3° L'abdomen en entier avec extension en haut sur les régions lombaires, en bas sur les plis de l'aîne, les cuisses (face antérieure et interne).

Sur chacune de ces régions l'éruption se dispose différemment et affecte un aspect particulier :

1° Le cou est tout entier hérissé d'une série de petites papules noirâtres, très distinctes, non confluentes, saillantes quelque peu sur une peau brunnâtre, mais normale, sans aucun signe d'irritation cutanée. Sur le cou les éléments ont le volume d'une lentille; ils s'atténuent à la périphérie, gros comme des grains de mil, pour disparaître insensiblement. Chacun des éléments représente un petit cône corné, dur, haut de 1 à 2 millimètres, variant du rouge foncé au brun, adhérent fortement à la peau. L'extraction par pression forte entre les doigts, laisse un petit orifice saignant contenant une graine jaunâtre qu'un extracteur de comédons peut expulser. Souvent aussi l'adhérence est telle que cette extraction est impossible. Le grattage détache difficilement les éléments.

Les plus volumineux parmi ces petits cônes tronqués, présentent au sommet une ombilication légère, surtout perceptible à la loupe.

L'ensemble donne à la main d'une façon très nette l'impression d'une râpe à fromage. La coloration est évidemment exagérée par les poussières, car une friction forte à l'alcool-éther leur donne un ton beaucoup plus clair.

Aucun signe d'irritation cutanée, sauf derrière les oreilles où quelques croûtes cachent une rougeur assez marquée de l'épiderme. Pas la moindre sensation de prurit, ou de brûlure. Aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée.

2° Les mêmes caractères se retrouvent sur les membres supérieurs, bras et avant-bras. La confluence y est moindre. Les papules y sont distantes de 1/2 à 1 centimètre. Elles sont également plus petites. Sur le dos des mains, par contre, elles ont des caractères spéciaux. Elles ne sont plus acuminées, mais étalées, ni cornées, ni croûteuses, rappelant tout à fait l'aspect des verrues planes juvéniles, avec un peu plus de rougeur et de confluence, car elles se touchent toutes en cette région, formant une nappe papuleuse uniforme. Aucun symptôme subjectif.

Les ongles sont malades. Ils présentent d'abord une striation longitudinale marquée, qui ne va pourtant pas jusqu'à la cassure; puis un aspect déchiqueté du bord libre, que nous avions mis sur le compte du travail manuel pénible et quotidien. Mais la malade se repose depuis quatre mois, et les extrémités unguéales se cassent avec la même facilité, dénotant sans aucun doute une friabilité anormale.

3° L'abdomen, les lombes et les cuisses sont hérissés de productions identiques à celles du cou. Le maximum de confluence se trouve aux aines où les papules, tassées les unes contre les autres, ne laissent entre elles aucun intervallo de peau saine. De plus, cette région s'est intertriginisée, si bien qu'elle présente un aspect rougeâtre et croûteux, ainsi qu'un suintement fétide. Les papules sont plus hypertrophiées, moins acuminées, moins cornées, plus étalées, plus prurigineuses. Elles conservent ce caractère jusque dans les plis génito-cruraux et sur les faces externes des grandes lèvres. A ce niveau, elles sont plus végétantes que folliculaires, affectant quelque ressemblance avec les plaques muqueuses hypertrophiques de cette région.

L'examen des autres organes ne nous apprend rien.

L'évolution est simple. L'accouchement, effectué sans incidents, le 25 mars 1904, ne change en rien l'aspect ou le nombre des éléments. Un traitement approprié (lavage et poudre) guérit les complications intertrigineuses génito-crurales, et arrête dans leur croissance les productions vulvaires. Aucune modification sur le reste du corps.

La malade sort le 15 avril pour reprendre aux mines de La Mure (Isère) son métier de trieuse de charbon.

L'examen histologique d'une portion du tégument, enlevée au niveau de l'abdomen, a été fait dans le laboratoire de M. le professeur Tripier, par le Dr Paviot, professeur agrégé, auquel nous adressons nos remerciements. En voici les résultats :

On constate, d'une façon générale, un épithélium cutané, atrophie, aminci, diminué d'épaisseur, d'ailleurs irrégulier, surtout comme bourgeons interpapillaires ; d'une façon générale encore, cet épithélium repose sur un derme très scléreux, scléreux jusque dans les élevures papillaires, et pauvre en cellules fixes ou ovales. Mais sur un ou deux points par coupes, on voit apparaître dans le corps muqueux de Malpighi une sorte d'élevure lenticulaire, qui soulève les couches cornées épaissies. Le centre de ces élevures s'est vidé. Au voisinage de cette cavité centrale, les cellules malpighiennes deviennent toutes vésiculaires, rondes ou ovales, et conservent autour de leur vésicule centrale une nappe de protoplasme hyalin et un double trait clair (ce sont certainement ces cellules malpighiennes altérées, revenues à l'état rond, qui ont été prises pour des éléments psorospermiqnes). Au niveau de cette sorte de boursouffure évidée de l'épithélium dans le derme, les cellules ovales, déjà munies de protoplasma, sont plus abondantes, l'ensemble répondant certainement à des foyers de dermite. Ailleurs, c'est de l'atrophie avec sclérose.

Follicules sébacés, glandes sudoripares, gaine des poils sébacés simplement enserrés dans la sclérose du derme, mais ne présentent aucun signe histologique d'inflammation. Notamment, les glandes sébacées sont très atrophées.

Cette observation résume fort bien les différents aspects sous lesquels l'affection peut se montrer, y compris l'apparence intertrigineuse des plis et l'allure de verrues planes des éléments des mains. A noter les lésions des ongles, la mentalité tout à fait inférieure de

la malade, concomitances déjà signalées. Le début au moment de la grossesse mérite d'être relevé.

Histologiquement, le point essentiel est le siège non folliculaire des lésions. Le fait a déjà été signalé, mais il était ici d'une netteté remarquable. En sorte que le nom choisi pour qualifier cet ensemble de symptômes ne paraît décidément pas très heureux.

Syphilis héréditaire de seconde génération.

Par M. EDMOND FOURNIER, rapporteur.

Dans sa séance de mai dernier, la Société de dermatologie et de syphiligraphie m'a fait le grand honneur de me charger d'un rapport sur la question suivante :

Existe-t-il une syphilis héréditaire de seconde génération ?

C'est-à-dire, en d'autres termes : un grand-père syphilitique peut-il avoir un petit-fils porteur de lésions ou de stigmates relevant de cette syphilis ancestrale ?

En d'autres termes encore, et pour bien définir la question : un grand-père syphilitique peut-il léguer à ses petits-enfants, soit la syphilis en nature, soit un effet, un dérivé quelconque de sa syphilis ?

Ou bien, enfin, dans un langage plus scientifique :

1° Existe-t-il une hérédité *virulente* de la syphilis à la seconde génération ?

2° Existe-t-il une hérédité *dystrophique* de la syphilis à la seconde génération ?

Il semble à première vue que pareilles questions soient faciles à résoudre et qu'il suffise de regarder, d'observer attentivement autour de soi pour y répondre soit affirmativement, soit négativement ; mais, en réalité, que de difficultés surgissent dès qu'on regarde les choses d'un peu plus près, dès qu'il s'agit d'établir sur des bases solides, indiscutables, tout l'échafaudage des témoignages nécessaires à l'édification de la doctrine !

Que de polémiques et de débats contradictoires a déjà soulevés cette question, à ne parler que du jour où mon père, en 1891, a formulé son opinion affirmative à cet égard, dans son livre sur *L'hérédité syphilitique*, comme aussi depuis le jour où le Dr Barthélemy venait au Congrès de Moscou en 1897 apporter des faits à l'appui de la doctrine de mon père !

Depuis lors, en 1898, dans ma thèse inaugurale, en 1900 dans les savants rapports du Dr Jullien, des professeurs Finger, Tarnowsky, dans un mémoire du Dr Barthélemy, et dans un court mémoire de moi, lus au Congrès de Paris, des faits nouveaux sont venus, au

moins en partie, confirmer l'existence de cette hérédité et répondre par des arguments d'observation aux nombreux contradicteurs qui s'élèvent contre elle.

A l'appui de leur doctrine, ces observateurs apportent toute une cohorte de faits négatifs, faits judicieusement observés à coup sûr, mais ne pouvant avoir, ce me semble, que la valeur insuffisante et non démonstrative de faits négatifs.

Et, qui plus est, j'espère vous prouver que ces faits négatifs n'ont rien d'incompatible avec mes conclusions qui seront, j'espère, les vôtres tout à l'heure, qui sont déjà les vôtres pour bon nombre d'entre vous, et que je veux dès maintenant formuler, en répondant à la question que vous avez posée il y a deux mois :

Oui, la syphilis héréditaire de seconde génération existe bien réellement; — oui, la syphilis peut se transmettre à la seconde génération, et cela aussi bien comme symptômes virulents que sous forme de lésions dystrophiques.

Tout récemment, le grand maître de syphiligraphie de Saint-Pétersbourg, le professeur Tarnowsky, vient de publier, dans le journal français la *Syphilis*, un rapport très documenté sur la question. Le savant maître, qui connaît toute ma déférence pour sa grande autorité scientifique et tout mon respectueux attachement pour sa personne, me pardonnera sans nul doute les divergences d'opinion auxquelles m'entraîne l'observation des faits que j'ai eus sous les yeux.

Le professeur russe admet sans conteste l'hérédité dystrophique de la syphilis à la seconde génération, mais il en récuse l'hérédité virulente.

J'espère d'ailleurs vous démontrer qu'il n'est pas aussi opposé qu'il le dit lui-même à cette conception de l'hérédité virulente de seconde génération, car lui-même, avec la haute probité scientifique qui le distingue, me fournira dans son mémoire des armes pour le combattre, et j'espère l'amener bientôt à nous concéder que l'hérédité virulente n'est pas une impossibilité clinique.

Je ne veux pas vous refaire ici tout le curieux historique de la question. Avec une érudition parfaite, le professeur de Saint-Pétersbourg vient de l'exposer dans son mémoire, et je ne pourrais que démarquer son œuvre en vous rappelant certains souvenirs véritablement surprenants, tels que ceux-ci, par exemple :

C'est Paracelse, en 1526, trente ans après l'apparition de la syphilis en Europe, enseignant à ses auditeurs la transmission héréditaire possible de la syphilis.

C'est Augier Ferrier, enseignant en 1553 l'origine paternelle ou maternelle possible de l'hérédité syphilitique.

C'est van Helmont, en plein xvii^e siècle, enseignant que la syphilis héréditaire peut se transmettre à *plusieurs* générations successives, jusqu'à la troisième génération inclusivement.

C'est Raulin et Sanchez soutenant cette même opinion de la transmission héréditaire de la syphilis à travers plusieurs générations, à la fin du xviii^e siècle, au moment où paraissait Hunter, qui allait nier l'hérédité syphilitique.

Je ne pouvais passer sous silence ces faits véritablement surprenants et si vivants d'actualité malgré leur grand âge.

Je vous dirai tout à l'heure combien il est difficile de recueillir des observations complètes et probantes sur le sujet qui nous occupe. Or, comme début de démonstration, laissez-moi dès l'abord préciser les conditions auxquelles doit satisfaire en l'espèce ce qu'on peut appeler l'observation probante, démonstrative.

Les conditions devant être réalisées par ce qu'on peut appeler la bonne observation, l'observation probante, démonstrative en l'espèce d'une hérédité de seconde génération, sont au nombre de six. Ainsi :

A commencer par le petit-fils pour aboutir au grand-père, il faut :

I. — Pour le petit-fils :

1° Que ce petit-fils soit affecté d'une lésion incontestablement syphilitique ou d'une dystrophie pouvant légitimement être rapportée à la tare syphilitique ;

2° Que ce petit-fils ne soit pas suspect d'une syphilis acquise pour son propre compte.

II. — Pour la lignée des géniteurs :

3° Qu'un des deux géniteurs soit incontestablement affecté d'hérido-syphilis ;

4° Que ce géniteur ne soit pas suspect de syphilis acquise ;

5° Que l'autre géniteur ne soit pas suspect de syphilis acquise.

III. — Enfin, pour la lignée des grands-parents :

6° Quel'un d'eux ait été incontestablement affecté de syphilis acquise.

Toutes ces conditions, sans exception, doivent se trouver réalisées par l'observation en question, et, si une seule manque à l'appel, l'observation peut être légitimement frappée de déchéance.

Elle peut bien être, j'y consens, plus ou moins significative, plus ou moins suggestive, plus ou moins intéressante à des points de vue divers et, par conséquent, bonne à conserver ; mais par elle seule elle n'est pas probante, démonstrative, et elle ne saurait avoir de valeur que par comparaison avec d'autres faits semblables, qui, s'ils sont en grand nombre, viennent par ce nombre constituer une démonstration de probabilité sur la valeur de laquelle j'aurai à insister plus loin.

Une des conditions primordiales à remplir est la suivante : il faut

être sûr que le géniteur déjà hérédo-syphilitique n'a pas contracté la syphilis pour son compte.

Le professeur Tarnowsky insiste avec énergie sur ce point particulier ; car, pour le savant professeur, c'est l'hérédo-syphilitique contractant à nouveau et de son fait la syphilis, qui, *seul*, serait capable de donner naissance à un enfant non pas seulement porteur de manifestations dystrophiques, mais encore de manifestations virulentes.

Pour lui, lorsqu'un hérédo-syphilitique de seconde génération présente des symptômes virulents de syphilis, c'est qu'il est issu d'un géniteur hérédo-syphilitique qui a subi une réinfection et qui présente en conséquence ce que le professeur Tarnowsky appelle la *SYPHILIS BINAIRE* ; et c'est *uniquement* dans ces conditions si spéciales que le syphilitique héréditaire de seconde génération peut présenter des manifestations de syphilis *en nature*. Vous voyez toute l'importance que revêt pareille constatation.

Au total, il y a donc, dans les enquêtes de ce genre, sans compter le malade, *trois personnes* à examiner, à interroger, trois examens de conscience à approfondir.

Vous voyez dès lors tous les écueils qu'il va falloir éviter, toutes les réticences auxquelles on va se heurter, tous les mensonges et tous les oublis avec lesquels il va falloir compter.

Et encore n'est-ce pas tout. Car, lorsque toutes ces conditions se trouvent remplies, lorsqu'un examen aussi scrupuleux que possible a été fait et que toutes choses paraissent résolues au mieux de la vraisemblance, sinon de la vérité, voici que des contradicteurs irréductibles entrent encore en ligne, récusent tout cela et déclarent qu'ils ne seront convaincus que le jour où surgira l'observation idéale, l'observation type, le jour où ils verront une mère issue de parents syphilitiques, présentant elle-même des stigmates de syphilis héréditaire, mettre au monde un enfant porteur de lésions syphilitiques, et le jour enfin où ils verront — comme contrôle — le père dudit enfant contracter lui-même la syphilis peu de temps après la naissance de cet enfant (!)

En vérité, de telles conditions sont plus que difficiles à rencontrer, et je doute que tout cet ensemble se trouve jamais réuni d'une façon aussi complète et aussi parfaite. Disons le mot, ce sont là des *impossibilités* à réaliser pour le praticien.

Assurément je n'ai pas d'observations de cet ordre à vous présenter aujourd'hui. Mais, si je n'en ai pas une seule remplissant toutes ces conditions, j'en ai rassemblé plusieurs autres qui me semblent réunir la grande majorité des conditions de sécurité que l'on est en droit d'exiger, et qui, par leur nombre, par la qualité des observateurs et la similitude des faits rapportés, présentent des garanties mutuelles d'authenticité suffisantes pour l'édification des plus sceptiques.

Un des arguments principaux que font valoir les contradicteurs irréductibles est le *petit nombre* des observations connues et surtout le petit nombre des observations recueillies par les praticiens spécialistes, ceux-là mêmes dont on serait en droit d'attendre le plus fort contingent de documents relatifs à la question.

Cette objection, que je me serais faite à moi-même, si l'on n'avait pris le soin de me devancer, est vraie. Les observations de cet ordre sont rares, et, en dehors du professeur Tarnowsky qui dispose d'un champ d'observation tout spécial, je ne sache pas que les syphili-graphes notoirement réputés aient observé de nombreux cas de ces syphilis de seconde génération.

Mais, loin d'aller à l'encontre de l'opinion que je me suis faite de la question, ces faits que l'on m'objecte répondent parfaitement à la réalité des choses; ils sont, dirai-je, ce qu'ils devaient être, ce qu'ils ne pouvaient pas ne pas être. Je m'explique.

Outre les difficultés incroyables qui existent pour rassembler les fragments épars de ces observations complexes et d'où résulte bien certainement que bon nombre d'entre elles nous échappent en raison même de ces difficultés, il est bien certain que par elles-mêmes ces observations sont rares et qu'elles le deviendront de plus en plus par la force même des choses, ainsi que j'essaierai de l'établir dans un instant.

Ces observations sont rares, parce qu'il leur faut des conditions spéciales pour qu'elles puissent se constituer et que ces conditions spéciales elles-mêmes ne peuvent arriver à se grouper qu'à la faveur de hasards heureusement combinés. Une série d'exemples fera mieux comprendre ma pensée.

Voici, je suppose, un individu A, un grand-père en herbe, qui prend la syphilis à 19 ans. Cet individu se traite assez régulièrement et se marie à 35 ans, c'est-à-dire 16 ans après, donc *longtemps* après le début de sa syphilis. Que sera l'enfant qui va naître de ce mariage? Né d'une mère saine et d'un père syphilitique de date ancienne, cet enfant sera soumis à l'une des trois alternatives suivantes. Ou bien naîtra sain, indemne de toute tare et pourra rester tel tout le reste de son existence: — ou bien il naîtra porteur d'une dystrophie quelconque, et cette dystrophie sera l'expression de troubles survenus dans son développement sous l'influence de l'adulteration toxinique du principe fécondant; — ou bien, enfin, il présentera à sa naissance ou quelque temps plus tard une manifestation tertiaire, une gomme par exemple, qui sera l'expression d'une syphilis ancienne, d'un virus atténué, peut-être même d'une toxine. Mais en tout cas ce virus qui n'a plus eu l'occasion de se rajeunir, qui n'a pas subi cette sorte de réviviscence spéciale que semble subir le virus syphilitique jeune, quand il passe d'un individu à l'autre et quand

il se manifeste alors par toute la gamme des accidents dits secondaires, ce virus semble là prêt à s'éteindre, à disparaître, surtout si on vient à le mettre en présence de la médication qui semble le neutraliser dans son essence et dans ses manifestations.

Dès lors, que va devenir cet enfant, hérédo-syphilitique, c'est certain, mais porteur de cette infection si atténuée, si moribonde? Et surtout que sera-t-il *trente ans* plus tard, quand à son tour il se mariera?

Pourra-t-il, lui aussi, transmettre quelque chose à sa descendance? Que sera à cette époque sa syphilis alors *âgée de 46 ans*; que pourra-t-elle être surtout si elle a été neutralisée par un traitement prolongé chez lui et chez son ascendant?

En présence de ces deux facteurs (le *temps* et le *traitement*) si puissamment modificateurs de la virulence de la syphilis, il est bien difficile d'admettre que la syphilis soit transmissible à une nouvelle génération.

Peut-être son influence pourra-t-elle encore se manifester par l'apparition d'une malformation plus ou moins appréciable; mais c'est là, je crois, tout ce que cette syphilis pourra faire, et j'imagine qu'en pareille occurrence, au moins pour la grande majorité des cas, les petits fils de ce grand-père syphilitique seront des enfants sains et normaux.

Toute la question me semble donc résider dans les conditions spéciales d'*âge de la syphilis* et de *traitement* intervenu; et, comme sur ces deux facteurs de nombreuses inconnues persistent encore, comme nous ne connaissons ni la durée de la virulence, ni les conditions dans lesquelles cette virulence peut être atténuée ou exaspérée, ni l'époque à laquelle cette virulence est anéantie, ni la façon certaine de l'annihiler complètement, force nous est bien de nous abstenir de conclusions générales, au moins quant à présent. Or, entre cette dernière observation dont je viens de vous préciser les détails, observation relative à ce grand-père qui prend la syphilis une vingtaine d'années avant son mariage et qui s'en soigne sérieusement, à ce grand-père dont le fils est un hérédo-syphilitique dystrophié ou présentant des accidents de syphilis vraie, mais de vieille syphilis certainement atténuée, à ce grand-père enfin dont les petits-fils sont vraisemblablement destinés à naître indemnes de syphilis virulente et peut-être même aussi indemnes d'hérédité dystrophique; entre cette observation, dis-je, et celle dont je vais maintenant vous fixer les données, voyez quelle différence, voyez quelle disparité!

Voici, je suppose, un autre futur grand-père qui contracte la syphilis à 28 ans et qui, après dix-huit mois d'un traitement moyen, se marie.

Survient, au bout de quelques mois, la naissance d'une fille qui, après 3 ou 4 semaines, présente une roséole syphilitique. Bien soignée, cette enfant ne meurt pas; elle se développe à peu près normalement, présente dans le cours de son enfance et de sou

adolescence quelques accidents cutanés et muqueux qui peuvent être méconnus comme nature et qui le sont bien souvent de fait. Toujours est-il qu'à 18 ans cette jeune fille se marie.

Or, Messieurs, je vous le demande, dans quelles conditions cette jeune fille aborde-t-elle le mariage et quelle va être, quelle pourra être sa descendance, même si on la marie à un individu sain, indemne de toute syphilis? Est-ce que toutes conditions mauvaises ne sont pas réunies en l'espèce contre l'enfant qu'elle peut avoir? Est-ce qu'en de telles conditions l'hérédité seconde n'a pas toutes chances pour s'exercer? D'ailleurs raisonnons.

Existe-t-il une différence entre la syphilis que ladite jeune fille a reçue in utero et celle, je suppose, qu'une autre jeune fille issue de parents sains aurait reçue quelques jours après sa naissance, accidentellement, par exemple du fait d'une contamination par le vaccin ou par un baiser?

En dehors du fait de l'absence du chancre, existe-t-il une différence quelconque entre ces deux syphilis? L'agent infectieux est-il moins virulent dans un cas que dans l'autre?

Dans les deux cas il se traduit, il va se traduire par la même série d'accidents généralisés, et je ne sache pas que le praticien le plus habile puisse présager une différence entre les accidents qui vont advenir de part et d'autre; je ne sache pas davantage qu'en présence d'une syphilide tuberculeuse, d'une syphilide palmaire ou de tout autre accident qui se sera produit, cet habile praticien puisse dire: « Voici l'expression d'une syphilis acquise », ou bien, au contraire: « Voici l'expression d'une syphilis héréditaire. »

Un tel diagnostic n'est pas possible, et devant la similitude des faits, nous sommes forcés d'admettre que les deux syphilis en question sont semblables, ont le même degré de virulence comme le même âge, et aussi, sans nul doute, le même degré de nocivité pour la future descendance de ces deux sujets.

Croyez-vous, en effet, qu'au point de vue de l'éventualité héréditaire, il existe une différence entre cette jeune femme qui a été contaminée au bras dans les premiers jours de sa vie, qui a eu une roséole, des plaques muqueuses, une syphilide palmaire, et cette autre jeune femme qui a reçu la syphilis in utero, qui a eu la même roséole, les mêmes plaques muqueuses, la même syphilide palmaire?

En vérité, la différence, me semble-t-il, est nulle, et j'imagine que ces deux femmes devenues syphilitiques, l'une in utero, et l'autre quelques jours après sa naissance, auront une descendance vouée aux mêmes éventualités, aux mêmes dangers dystrophiques et virulents de la syphilis héréditaire.

Voilà le point spécial sur lequel je ne puis suivre mon savant maître, le professeur Tarnowsky, voilà la négation que je ne puis comprendre

de sa part ou, pour mieux dire encore, voilà les faits qu'il interprète d'une façon différente, avec la passion qu'apporte si souvent dans la discussion des faits l'homme qu'une intelligence supérieure entraîne dans une voie déterminée.

Aussi bien la discussion de la syphilis binaire devient-elle en l'espèce un prolégomène ou, qu'on me passe l'expression, une sorte de *préface* par rapport au sujet qui est en cause actuellement.

On sait ce qu'est la syphilis binaire. M. le professeur Tarnowsky appelle de ce nom une syphilis héréditaire sur laquelle est venue s'enter une syphilis acquise.

C'est l'état d'un sujet qui, tenant de ses ascendants une tare syphilitique héréditaire, ajoute à cette infection native une infection acquise de son fait.

Or, pour le professeur Tarnowsky, l'hérédo-syphilitique, indemne d'une contagion syphilitique propre, ne serait pas apte à transmettre à sa descendance l'hérédité virulente.

Soul, le sujet hérédo-syphilitique capable de transmettre à sa descendance l'hérédité virulente, serait celui qui a subi une infection syphilitique nouvelle, celui qui a été *réinfecté*, celui qui, en un mot, est sous le coup d'une syphilis binaire.

Et, à l'appui de son opinion, le savant professeur produit une série d'observations dans lesquelles des hérédo-syphilitiques ont contracté cette syphilis binaire et ont eu, en effet, des descendants affectés de syphilis virulente.

Or, tel est le point spécial sur lequel je voudrais insister tout d'abord pour tenter de réfuter respectueusement la doctrine de M. le P^r Tarnowsky.

Trois ordres d'arguments me permettent cette critique aventureuse.

En premier lieu, j'ai le droit de témoigner ma surprise devant le grand nombre de réinfections qu'a été appelé à voir le professeur russe. Je me rappelle les doctrines de Ricord ; je me rappelle l'enseignement de mon père, l'opinion de l'énorme majorité des syphiligraphes français, et je suis habitué à considérer comme absolument authentiques, mais *rare*s, tout à fait rares, ces cas de réinfection syphilitique. Cette contradiction si absolue n'est-elle pas faite au moins pour surprendre ?

En second lieu, le professeur Tarnowsky me fournit un argument pour le combattre, en publiant, comme exemple de syphilis binaire, une observation que je dois transcrire intégralement ici, pour vous faire juges de mes critiques.

« Un homme de 36 ans, dit-il, robuste et bien constitué, vint nous consulter en avril 1868 ; il portait une ulcération aux parties génitales, ulcération des plus caractéristiques comme érosion chancreuse, avec induration très accusée de fond et engorgement bilatéral des ganglions inguinaux.

« Le malade nous déclare que la femme qui l'avait infecté avait été admise

à l'hôpital Kalinkine, où j'avais un service. La femme en question présentait des phénomènes récents d'une poussée première; nombreuses papules muqueuses aux parties génitales.

« Il était donc incontestable que notre malade avait été contaminé de la syphilis, et il fallait s'attendre à un traitement de longue durée. Mais notre client s'y opposa énergiquement et refusa de prendre les pilules de sublimé que nous lui prescrivîmes. Il nous dit n'avoir eu de rapports qu'avec des prostituées depuis vingt ans et avoir eu plusieurs fois des ulcérations de même nature qui avaient toujours guéri sans conséquences aucunes; du reste, disait-il, « il ne pouvait être infecté à nouveau, puisque son père avait eu la syphilis et qu'il était né après cette infection ». Il était fermement convaincu de son invulnérabilité quant à la syphilis, et son père lui en avait parlé dans sa toute première jeunesse; plus tard, il avait eu maintes occasions de se convaincre de « l'impunité de ses relations avec des femmes syphilitiques ». Il était le troisième enfant dans sa famille, les deux premiers ayant succombé en bas âge.

« Le malade expliquait la durée relativement longue de son ulcération actuelle, ainsi que l'engorgement considérable des ganglions inguinaux, par ce fait que, ayant déjà une ulcération, il avait continué à avoir des rapports sexuels, et avait irrité ainsi la surface érodée.

« En conséquence, nous nous décidâmes à attendre les phénomènes consécutifs, après avoir prescrit au malade un pansement au vin aromatique.

« Deux semaines plus tard, l'érosion guérit en laissant une cicatrice indurée.

« Au bout de deux mois, on sentait à peine l'induration, qui disparut entièrement vers la fin du troisième mois; les ganglions inguinaux se résorbèrent aussi.

« Nous eûmes le loisir d'observer ce malade pendant deux ans, et nous n'eûmes pas l'occasion de constater la moindre manifestation consécutive. — Ensuite, il quitta Saint-Petersbourg et nous le perdîmes de vue. — Tout récemment, nous apprîmes qu'il était mort à l'âge de 56 ans, d'un cancer à la langue.

« L'absence de phénomènes consécutifs à une induration syphilitique primaire incontestable chez ce malade, qui ne suivit jamais aucun traitement spécifique, contredisait d'une manière si éclatante la marche habituelle de la syphilis qu'elle nous laissa une impression ineffaçable. Depuis cette époque, toutes les fois que nous apprenions que les parents d'un malade présentant une induration syphilitique initiale, avaient été affligés de la syphilis, nous attendions toujours que les phénomènes syphilitiques consécutifs se déclarassent avant d'instituer un traitement spécifique.

« Grâce à cette précaution, nous pûmes observer, chez nos malades syphilitiques héréditaires ayant acquis la syphilis à nouveau, la marche de la maladie en dehors de l'influence du traitement spécifique, du moins dans la phase initiale de la maladie acquise. Cette façon d'agir nous donna l'occasion d'observer les formes atypiques de la syphilis binaire.

« Plus tard, nous eûmes l'occasion de voir maintes fois de semblables cas de syphilis, limités exclusivement aux phénomènes initiaux. »

En vérité, ce cas de syphilis binaire ne me semble pas de nature à entraîner la conviction.

Cet individu qui, issu d'un père syphilitique, a eu à maintes reprises

En résumé :

Deux fausses couches ;

Six enfants morts en bas âge (dont deux jumeaux) ;

Quatre enfants vivants, dont les deux seuls qui aient été examinés sont deux dystrophies.

Voici, d'autre part, le passé pathologique du malade :

Enfance chétive ; développement très lent ; parole et marche très tardives, à 2 ans seulement.

A 7 ans, maux d'yeux persistants.

A 11 ans, arthrite du coude, considérée vraisemblablement alors comme tumeur blanche et ayant entraîné la résection du coude.

A 13 ans, carie des os du nez et effondrement total, absolu, du nez.

A 18 ans, arthrite volumineuse du genou gauche et déformation du tibia, qui s'incurve en lame de sabre. — Guérison complète sous l'influence du traitement spécifique (sirop de Gibert et iodure de potassium) ; mais le tibia est toujours resté légèrement incurvé.

A 19 ans, sarcocèle du testicule droit, traité comme sarcocèle syphilitique et complètement guéri.

Aujourd'hui, le malade se présente avec une triade d'Hutchinson aussi nette que possible, à savoir :

Érosions dentaires à sillons très accusés sur les incisives supérieures et sur les canines.

Lésions oculaires sous forme de kératite à l'œil droit ; — de cataracte blanchâtre, complète, de l'œil gauche ; — et de lésions d'atrophie chorio-rétinienne, de dystrophie pigmentaire ; avec réduction de volume des artères du fond de l'œil droit, le seul qu'on puisse examiner.

Ouïe abolie du côté gauche.

Cette triade d'Hutchinson si complète, jointe à l'effondrement du nez, à la malformation du pavillon de l'oreille gauche et à tout le passé pathologique du malade, ne constitue-t-elle pas un type parachevé de l'hérédo-syphilis ?

Ce malade présente, en outre, à l'extrémité de la verge une lésion circonscrite, sans bords, rouge, légèrement indurée à sa base, et accompagnée d'une adénopathie satellite, tous caractères permettant à première vue de faire de cette lésion un chancre syphilitique typique.

Mais l'interrogatoire et l'examen approfondi du malade apprennent :

1° Qu'une lésion identique (dont la cicatrice persiste au-dessous de la lésion actuelle) a évolué il y a 2 mois ;

2° Que ces deux lésions ont évolué comme des gommés, qu'elles ont été creuses, profondes, et ont suppuré abondamment ; que l'aspect rouge et la forme superficielle de la lésion actuelle sont dus au processus de réparation qu'elle subit ;

3° Que l'adénopathie est une adénopathie *préexistante*, ancienne ;

4° Que l'induration est vraisemblablement due aux différents topiques appliqués par le malade, non moins qu'à l'irritation produite par l'urine qui souille la plaie à chaque miction.

Le diagnostic porté dès lors de *lésion tertiaire chancriforme* s'est trouvé pleinement confirmé par l'influence vraiment miraculeuse de l'iodure de potassium et par l'absence de tous autres symptômes ultérieurs. C'est donc

là bien sûrement un nouveau cas de syphilis héréditaire tardive, que rend encore plus intéressant la similitude parfaite des accidents avec le chancre syphilitique.

II. *Lésion tertiaire chancriforme de la verge chez un hérédo-syphilitique.* — Henri T..., âgé de 38 ans, présente une lésion de même ordre et une histoire clinique toute semblable à la précédente.

Le père est mort accidentellement. — Pas de renseignements précis sur la mère qui aurait eu seulement deux enfants, dont notre malade.

Notre malade a eu une enfance très chétive. — A l'âge de 9 ans, il a eu des maux d'yeux qui ont duré pendant près d'un an.

Il a été affecté également d'écoulements d'oreille, et il est complètement sourd de l'oreille gauche.

Il a uriné au lit jusqu'à l'âge de 15 ans.

A 17 ans, perforation du voile, où il persiste encore une vaste cicatrice; puis, quelques mois plus tard, gommés sous-maxillaires suppurés, ayant laissé de vastes cicatrices; et périostite gommeuse de l'épaule gauche ayant entraîné, au dire du malade, l'élimination de quelques séquestres osseux.

Outre ces cicatrices multiples, ce malade présente encore quelques légères érosions dentaires et des stigmates dystrophiques des membranes profondes de l'œil, toutes particularités qui ne semblent pas laisser de doute sur la tare originelle du malade.

Ce malade présente sur le fourreau de la verge une lésion au sujet de laquelle je pourrais redire tout ce que j'ai déjà dit à propos du malade faisant l'objet de l'observation précédente.

Objectivement, cette lésion est un type de chancre syphilitique, et, n'étaient les renseignements, l'anamnèse, l'évolution de cette lésion, l'erreur eût été facile à commettre. En sorte que ce nouveau cas de lésion tertiaire chez un syphilitique héréditaire aurait pu également être pris pour un cas de réinfection syphilitique.

III. — Tel est encore le cas de la troisième malade que je vous présente. Marie P..., âgée de 22 ans, venue une première fois dans le service pour une lésion du sein qui fut tout d'abord taxée de chancre, y revient aujourd'hui pour des accidents syphilitiques d'un ordre tout différent. Voici résumée son histoire clinique.

Père inconnu. — La mère alcoolique, suicidée, a eu 2 grossesses, terminées l'une par une fausse couche et l'autre par la naissance d'un enfant qui est la malade actuelle.

Cette malade a eu une enfance très chétive; elle a marché à deux ans; elle a commencé à parler à 4 ans seulement.

Elle a été réglée à 19 ans, mais très mal, très pauvrement et très irrégulièrement.

Elle s'est mal développée; elle est restée chétive, petite, infantile. Sa taille mesure aujourd'hui 1^m,49.

Elle présente une voûte palatine ogivale; — quelques érosions en sillons sur les incisives et les canines supérieures qui sont très usées; — et des stigmates ophtalmoscopiques typiques d'hérédo-syphilis, sous forme de plaques de pigmentation ardoisée, de marbrures irrégulières du fond de l'œil,

de coloration grisâtre des papilles et d'altérations vasculaires. — L'ouïe est normale, mais les deux tympans sont légèrement opaques.

Cette malade est venue une première fois à Saint-Louis, au mois de décembre dernier.

Elle présentait alors sur le sein une lésion qui avait tous les caractères d'un chancre et qui fut d'abord regardée comme tel.

Mais, concurremment, cette malade présentait encore :

1° Une *syphilide gommeuse* typique de la fesse;

2° Une *hyperostose* volumineuse de la clavicule gauche;

3° Une tuméfaction considérable des *tibias* qui étaient et qui sont encore légèrement incurvés.

Tous symptômes qui, joints aux renseignements d'anamnèse, permirent de rectifier le diagnostic primitif et de considérer la lésion du sein comme une lésion tertiaire chancriforme chez une hérédo-syphilitique.

Le traitement ioduré vint, d'autre part, confirmer ce dernier diagnostic.

Guérie dans un laps de temps très court, la malade a quitté l'hôpital et a cessé tout traitement.

Elle revient aujourd'hui avec un *ostéome gommeux* du crâne, qui a commencé à évoluer depuis 3 semaines. A cette époque la malade a ressenti des douleurs de tête intolérables, qui furent bientôt suivies d'étourdissements, de sensations vertigineuses, de pertes d'équilibre et de démarche ébrieuse. Une constipation opiniâtre et des vomissements survenant sans efforts, sans malaise préalable, de véritables régurgitations s'adjoignirent bientôt à tout ce cortège de symptômes qui cédèrent comme par miracle, en quelques jours, sous l'influence d'un traitement mixte énergique.

Cette malade, à n'en pas douter, vient donc de subir une poussée de méningite symptomatique, que son passé pathologique et les multiples stigmates quelle présente permettent, sans crainte d'erreur, de rattacher à une manifestation de syphilis héréditaire tardive.

Invinciblement aussi me revient à la mémoire tout un chapitre du *Traité de la syphilis* de mon père (1).

Dans ce chapitre, mon père expose l'identité objective absolue qui peut exister entre certains accidents tertiaires et le chancre syphilitique, et il prend soin de mettre en garde contre des méprises toujours possibles entre ces deux ordres de lésions cependant si dissemblables.

Je ne saurais mieux faire que de reproduire ici ses propres paroles, sur l'autorité desquelles reposera mon argumentation.

« Qu'une ulcération gommeuse puisse simuler telle autre lésion ulcéreuse, comme le chancre simple, par exemple, en raison de l'entamure qu'elle réalise sur les tissus, en raison de ses bords entaillés, de son fond irrégulier, de sa couleur jaunâtre, etc., cela se conçoit, cela peut être et cela est. Mais qu'une ulcération gommeuse, généralement excavée, à forte entaille de bords, à fond jaunâtre, crémeux, bourbillonneux, etc., puisse simuler le chancre syphilitique, lésion superficielle, simplement érosive

(1) A. FOURNIER. *Traité de la syphilis*, p. 202.

dans la grande majorité des cas, sans bords, à fond lisse et uni, de couleur rougeâtre ou grise, etc., voilà qui ne s'explique guère, voilà ce à quoi on ne saurait s'attendre et même ce qu'*a priori* on serait tenté de déclarer paradoxal, impossible. Eh bien, si le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable, c'est le cas en l'espèce, car, très positivement, le cas en question se trouve maintes fois réalisé par la clinique.

A coup sûr, il faut des circonstances spéciales pour que la gomme ulcérée puisse aboutir à prendre la physionomie du chancre ; sans quoi une confusion serait impossible entre deux lésions aussi foncièrement disparates comme objectivité dans leurs types normaux. Il faut, par exemple, que la gomme soit petite, isolée, bien circonscrite, qu'elle commence seulement à s'excorier en surface, que son processus d'ulcération reste pour un temps superficiel, sans tendance à l'excavation, etc. Mais, de telles conditions venant à se réaliser, une *ressemblance* objective peut s'établir entre cette lésion gommeuse et le chancre syphilitique.

Il y a plus même. C'est que cette ressemblance arrive parfois à s'accroître, à s'exagérer, au point d'aboutir à une réelle et parfaite *identité* objective entre les deux lésions. Et alors, très positivement, *la gomme pénienne érodée se présente comme un véritable Sosie du chancre syphilitique*.

De vieille date j'avais assigné à cette gomme chancriforme le nom de *pseudo-chancre tertiaire*. Plus simplement, je crois, il convient de l'appeler **SYPHILOME TERTIAIRE CHANCRIFORME**.

Très certainement, ce syphilome chancriforme ne constitue en rien une lésion spéciale ; c'est une gomme comme une autre, prenant par aventure et d'une façon éphémère une apparence objective qui la rapproche du chancre. Son intérêt serait donc d'ordre tout à fait secondaire, s'il ne devenait majeur de par les confusions qui peuvent dériver de cette apparence objective. Pour venir au fait, cette gomme chancriforme a été maintes fois prise pour un *chancre de récurrence* sur un sujet syphilitique, et, par conséquent, pour un témoignage de syphilis doublée. C'est avec cette gomme chancriforme qu'on a constitué de toutes pièces des *syphilis doublées*, voire *triplées*, sur le même sujet. Une telle lésion exige donc plus qu'une simple mention, et j'ai devoir, pour prévenir de telles erreurs, de l'étudier en détail.

I. — Les gommés pénienes chancriformes ne sont pas des raretés, loin de là. J'en compte au moins 21 cas sur les 151 observations qui me servent à la rédaction de cet article.

II. — Ce sont des lésions d'échéance assez *tardive*. Sur 18 cas, où leur date d'invasion a pu être déterminée d'une façon absolument certaine, 8 se sont produites de la troisième à la dixième année ; — 8 de la onzième à la vingtième ; — et 2 au delà (22^e et 24^e année).

III. — Elles sont susceptibles de tout siège sur les organes génitaux. Mais elles ont un siège de prédilection, à savoir la rainure glando-préputiale (10 cas sur 21). — Vient ensuite le gland (4 cas) ; — puis, au delà, pour des chiffres inférieurs, le prépuce, le scrotum, le fourreau, le méat.

IV. — Leur histoire clinique se résume en ceci :

Un néoplasme gommeux se produit sur un département quelconque de la verge (la rainure glando-préputiale, par exemple), et cela sous forme nodulaire (forme usuelle) ou, plus rarement, sous forme d'un disque lamelleux.

— Ce néoplasme est aphasique, indolent, et n'éveille aucune réaction autour de lui. — De deux choses l'une, alors : ou bien il échappe tout à fait à l'attention du malade, ou bien il est perçu par lui, mais négligé et considéré comme « un petit calus qui passera tout seul ».

Les choses restent en l'état six semaines, deux mois, trois mois, voire davantage. Puis, voici qu'à un moment donné un processus nouveau s'établit à la surface de ce petit calus. L'épiderme s'y soulève, s'exfolie ; le derme se met à nu ; bref, apparaît là une érosion qui s'élargit et atteint bientôt le diamètre d'une lentille, puis d'une pièce de 20 centimes, plus rarement d'une pièce de 50 centimes.

Ah ! alors le malade s'inquiète, et il accourt chez son médecin, qu'il aborde avec tel ou tel des deux propos suivants, selon qu'il a la conscience chargée ou non : « Docteur, j'ai rattrapé un chancre tout à fait semblable à mon premier » ; ou bien : « Docteur, il m'est revenu un chancre sans que j'aie rien fait pour cela ». Le médecin examine alors la verge et y trouve ceci :

Une lésion circonscrite, isolée, bien définie ; — *comme est un chancre* (un chancre syphilitique, bien entendu) ;

Une lésion de dimensions petites ou tout au plus moyennes ; — *comme est un chancre* ;

Une lésion à surface simplement érosive ou exulcéreuse ; — *comme est un chancre* ;

Une lésion lisse, unie, et sans bords véritables ; — *comme est un chancre* ;

Une lésion rouge ou d'un rouge brun ; — *comme est un chancre* ;

Finalement, une lésion sous-tendue soit par une induration nodulaire, soit par une lamelle parcheminée ; — *comme est un chancre*.

En sorte que, pour ce médecin, l'impression première et l'impression forcée, fatale, inévitable, tant au premier coup d'œil qu'après analyse raisonnée des attributs de la lésion, est qu'il a devant lui un chancre syphilitique, voire un chancre typique, avec tous les caractères qui le constituent classiquement. Et, en effet, autant de caractères, autant de ressemblances avec le chancre. Comment ne serait-ce pas là un chancre syphilitique ?

Telle est, quant à moi, l'impression que m'a toujours produite à première vue ce syphilome chancreiforme et que je retrouve traduite dans mes observations.

Aussi bien les erreurs ont-elles été et sont-elles encore des plus communes en l'espèce.

Comment les éviter ? Par un diagnostic différentiel sérieux, basé sur d'autres considérations que celles de simples attributs objectifs. Ce diagnostic doit nous occuper à présent.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Les éléments en sont divers. On en compte jusqu'à cinq, qui sont capables d'apporter en l'espèce un contingent de lumière. Mais, en réalité, il n'en est que deux sur lesquels on ait à compter usuellement, l'un comme critérium immédiat, et l'autre comme critérium ultérieur, de dernier ressort. — Examinons-les tous cependant.

I. — Le premier, celui que toujours on interroge séance tenante et qui presque toujours suffit à fixer le diagnostic, c'est l'ÉTAT DES GANGLIONS. Et, en effet, avec le chancre, adénopathie constante et adénopathie spéciale, bien tranchée, offrant les attributs de la pléiade de Ricord que je n'ai pas

à rappeler ici. — Au contraire, avec le syphilome tertiaire chancriforme, pas d'adénopathie symptomatique.

Voilà qui est décisif et formel.

Toutefois, deux causes d'erreurs à signaler ici.

1° Il n'est pas impossible que des gomme s'accompagnent d'adénopathies gommeuses. Cela, certes, est rare, mais cela se voit. Ainsi, une pièce déposée par le D^r Vidal au musée de Saint-Louis, sous le n° 1425, montre en pleine coïncidence des gomme sous-cutanées du fourreau de la verge et une gomme de la région inguinale.

2° Se méfier, d'autre part, de ce qu'on appelle les adénopathies *de coïncidence*, de pure coïncidence, qui peuvent exister avec la gomme comme avec n'importe quel accident. On rencontre parfois (et cela plus souvent qu'on ne saurait le croire) des sujets qui, pour ainsi dire à l'état normal, présentent dans les aines quelques ganglions, ganglions olivaires de volume et de forme, fermes, mobiles sous la peau, indolents, aplegmasiques, lesquels à la rigueur pourraient en imposer pour des adénopathies spécifiques.

Mais, réserve faite pour ces deux ordres de cas, l'absence d'adénopathie est un signe de la plus haute valeur pour différencier l'ulcère gommeux du chancre, et l'on peut dire que 19 fois sur 20 ce signe suffit à établir le diagnostic.

II. — D'autre part, il se peut (mais à titre de simple éventualité et même d'éventualité rare) que le diagnostic immédiat de la lésion ait à tirer profit de telle ou telle des trois considérations suivantes :

1° *Spontanéité de la lésion.* — S'il est certain, bien certain, de par les déclarations formelles du malade, que la lésion actuelle « est venue toute seule », sans possibilité de dériver d'une contagion, cela fixe nécessairement le diagnostic. Je m'explique. Si le malade affirme ne s'être exposé à aucun risque de contagion dans les deux ou trois mois qui ont précédé la lésion actuelle, cette déposition exclut le chancre, cela va sans dire. Gomme seule possible en telle condition. — Seulement, cela va aussi sans dire, la sûreté du diagnostic est subordonnée ici à la sincérité du malade.

Deux cas de cet ordre figurent dans mes notes, tous deux relatifs à des malades qui avaient observé la continence la plus stricte, l'un depuis huit mois et l'autre depuis dix-huit mois avant le début de syphilomes gommeux pénien.

2° *Modalité évolutionnelle de la lésion.* — Le chancre est d'emblée une érosion qui s'indure ultérieurement, tandis que la gomme est d'abord un néoplasme sec qui s'érode plus tard. — Si donc il peut être démontré que la lésion en litige a commencé par être une induration sèche, qu'elle est restée sèche plusieurs semaines, et que, passé ce terme seulement, elle s'est érodée, cette évolution toute spéciale est formelle pour exclure le chancre et mettre en cause la gomme.

Seulement, cette démonstration n'est possible que dans deux ordres de cas, à savoir : si ladite évolution a été constatée par le médecin, ou bien si elle est racontée, attestée par un malade intelligent et observateur.

3° *Concomitance d'accidents tertiaires.* — Il n'est pas impossible que des accidents tertiaires de sièges divers (syphilide tuberculeuse, gomme linguale, gomme pharyngée, etc.) coexistent avec le syphilome chancriforme.

Or, une telle association contemporaine est significative, car elle exclut la possibilité du chancre. Est-ce que le chancre a pour habitude d'être synchrone avec des manifestations d'ordre tertiaire ?

III. — Enfin, l'évolution ultérieure constitue en l'espèce, pour le diagnostic, un critérium définitif et de dernier ressort.

Avec le chancre, explosion secondaire, se faisant à courte échéance et caractérisée par un groupe d'accidents bien connus; — avec la gomme, rien de semblable.

Cela est formel, péremptoire.

On a bien dit, il est vrai, que le propre de certaines réinfections syphilitiques est de s'en tenir à un second chancre syphilitique sans autres manifestations ultérieures. Mais cela n'est qu'une vue de l'esprit, une conception théorique, *a priori*; et il est à croire que ces prétendus chancres de récurrence restés isolés comme témoignage d'une seconde infection n'ont été rien autre que des syphilomes chancrifformes, lesquels n'avaient pas à être suivis et n'ont pas été suivis de manifestations secondaires.

Tels sont les éléments cliniques sur lesquels peut être établi le diagnostic différentiel du syphilome chancrifforme et du chancre. Pour la commodité du lecteur, je les rassemblerai dans le tableau suivant.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LE SYPHILOME CHANCRIFORME
ET LE CHANCRE SYPHILITIQUE.

Avec le chancre :

- I. — *Adénopathie* constante, et adénopathie spéciale (Pléiade de Ricord).
- II. — Contamination récente, comme prélude nécessaire.
- III. — Érosion d'emblée; — induration consécutive.
- IV.
- V. — *Explosion secondaire*, se produisant après quelques semaines.

Avec le syphilome chancrifforme:

- I. — Pas d'adénopathie symptomatique.
- II. — *Spontanéité* de la lésion (ressortant quelquefois des déclarations du malade).
- III. — *Induration initiale*; — érosion consécutive, et souvent à long terme.
- IV. — *Coincidence possible* avec d'autres manifestations d'ordre tertiaire.
- V. — Consécutivement, rien qui ressemble à l'explosion secondaire.

Eh bien, à coup sûr, mes trois hérédosyphilitiques présentaient des accidents de ce genre, comme cela ressort de l'analyse attentive de leur observation; à coup sûr ils ont été affectés de syphilomes chancrifformes et non pas de chancres. Ce n'étaient donc pas des réinfectés. Or, je ne doute pas qu'il en soit de même pour quantité de cas où trop facilement on admet la réinfection, sans songer qu'il est des accidents tertiaires susceptibles de simuler admirablement le chancre et de faire croire indûment à des syphilis doublées.

Je ne veux pas dire par là que la syphilis binaire n'existe pas; cette interprétation des faits est bien loin de ma pensée, et je crois tout au contraire que la réinfection des hérédosyphilitiques est un fait certain. Mais, pour certain qu'il soit, je le tiens pour rare, très rare; et, d'autre part, de bonnes raisons me conduisent à admettre qu'il

n'est pas besoin de syphilis binaire pour qu'un syphilitique héréditaire de seconde génération présente des accidents de syphilis virulente.

D'ailleurs, avec une hardiesse sans doute présomptueuse, mais en tout cas empreinte d'une bien respectueuse déférence, je crois pouvoir prétendre que le professeur Tarnowsky est moins éloigné qu'on ne le supposerait de l'opinion que je cherche à établir. C'est ce que j'essaierai de démontrer en lui empruntant la citation qui va suivre.

« Dans l'observation XIII, dit-il, un sujet *hérédosyphilitique* observé par nous depuis son enfance eut une syphilide papuleuse de la paume des mains à l'âge de 23 ans. Sept ans plus tard il se maria et eut un enfant sain.

Mais, ajoute le professeur, s'il s'était marié à la période des syphilitides palmaires et sans avoir suivi de traitement spécifique, *peut-être aurait-il eu des enfants hérédosyphilitiques.* » Et, notez qu'à ce point précis de son mémoire, le professeur a en vue les accidents *virulents* de la syphilis héréditaire.

Dès lors, combien se trouve réduite la divergence apparente qui nous sépare !

Voilà pour l'éminent professeur la syphilis héréditaire pouvant se transmettre à la seconde génération, et cela sans le secours, sans l'intercurrence de la syphilis binaire ! Voyez le rapprochement avec la doctrine dont je poursuis la démonstration.

Cela dit, je reviens sur un point que je discutais tout à l'heure ; car, avant d'aborder les observations que j'ai à produire, je tiens à bien préciser devant vous les conditions *nécessaires et propices* qu'il faudrait voir réalisées pour rendre possible cette transmission de la syphilis héréditaire, dans ses manifestations virulentes ou dystrophiques, à la seconde génération.

Permettez-moi donc de les spécifier à nouveau. Et, pour cela, rien de mieux, je crois, qu'un schéma.

Un homme contracte la syphilis et se marie peu de temps après, dans le cours de la seconde année, par exemple, et après s'être soigné insuffisamment.

De ce mariage naît un enfant, soit une fille, laquelle, par un mécanisme que j'ignore, reçoit la syphilis dans l'utérus maternel ; — syphilis qui va recommencer chez elle tout le cycle de son évolution infectieuse et dont les manifestations secondaires vont apparaître au bout de trois ou quatre semaines après la naissance sous forme de roséole, de plaques muqueuses, de coryza, etc.

Durant sa jeunesse et son adolescence, cette enfant présentera ou non des manifestations secondaires, secondaires-tertiaires peut-être, qui pourront être méconnues comme nature et ne pas recevoir le traitement spécial qui leur conviendrait. N'importe.

Puis, vers l'âge de 18 ans, cette jeune fille, syphilitique par hérédité, se marie avec un homme sain.

Voilà, ce me semble, toutes les conditions *propices* réalisées pour que la descendance de ce nouveau couple soit entachée de syphilis héréditaire et de syphilis héréditaire virulente.

Or, je veux encore vous le demander, quelle différence pourriez-vous établir entre ce ménage et tel autre dans lequel l'un des conjoints aurait accidentellement reçu la syphilis en bas âge?

Pour ma part je n'en vois pas, et j'estime qu'en pareille occurrence la transmission héréditaire d'accidents virulents est une des modalités presque inéluctables de la contamination syphilitique.

Eh bien, dans les conditions nécessaires et propices que je viens d'exposer, il n'est rien qui ne puisse être, qui certainement n'ait été réalisé maintes fois dans le cours de la vie.

Mais, pour être réalisables, ces conditions n'en sont pas moins rarement réalisées, et voici pourquoi :

C'est que l'individu qui a la syphilis, dans la grande majorité des cas, a contracté la syphilis dans la période juvénile de la vie, longtemps avant d'aborder le mariage ; — c'est qu'il s'est ordinairement soigné un temps plus ou moins long ; — c'est qu'il a soigné attentivement ses enfants, si tant est que ceux-ci aient présenté des manifestations suspectes ; — c'est, en un mot, que les deux grands facteurs de l'atténuation, de la neutralisation du virus syphilitique, le temps et le traitement, sont intervenus pour modifier l'ensemble des conditions nécessaires à la propagation ultérieure du mal.

C'est là sans doute aussi la raison de ce fait, en apparence paradoxal, que de semblables observations soient si rarement consignées par le médecin spécialiste.

Ce dernier, en effet, n'a-t-il pas pour mission de détruire un à un tous les pivots essentiels à l'édification du dit programme, soit en distançant de plus en plus la date du mariage de celle de la contamination, soit en traitant pendant une durée de plus en plus longue l'individu entaché de syphilis, que celle-ci soit acquise ou héréditaire?

Dès lors tout l'échafaudage nécessaire se trouve à bas. Aussi bien l'observation en question devient-elle une rareté, une exception difficile à trouver.

Cependant, pour rares qu'elles soient, de telles observations ne sont pas introuvables, et j'ai pu, grâce à l'obligeance extrême de mes maîtres, de mes confrères et de mes amis, grâce aux travaux épars et aux mémoires déjà parus sur la question, réunir tout un groupe d'observations de cet ordre. Leur nombre, la similitude des faits qu'elles rapportent, l'autorité des maîtres qui les ont relevées, tout

me porte à leur accorder une valeur considérable, et leur lecture sera bien faite pour convaincre, sinon les irréductibles (pour lesquels toute argumentation est peine perdue), du moins les sceptiques et les impartiaux.

Tout d'abord, permettez-moi, pour la soumettre immédiatement à votre critique, de vous rappeler une observation d'hérédo-syphilis à la seconde génération que j'ai eu l'honneur de vous présenter au mois de février dernier.

Je vous montrais alors, à défaut du malade (un confrère qui tient à conserver secrète son infortune), une photographie représentant, sise sur le haut de la cuisse, une vaste syphilide tuberculo-croûteuse mesurant 18 centimètres de hauteur sur 12 centimètres de largeur. — Je mets derechef cette photographie sous vos yeux. Elle est, vous le voyez, des plus convaincantes, au point de ne laisser aucun doute sur la nature de la lésion.

Cicatrisée en partie à son centre, cette lésion est limitée par des bords saillants, rouges, épais, formant bourrelet, disposés en segments de cercle, etc.; elle constitue comme physionomie générale et comme détails une lésion aussi typique que possible, une lésion indubitablement spécifique.

Or, le malade qui présente cette lésion est âgé de 24 ans, et il porte cette plaie à la fesse depuis l'âge de 5 ans. Elle resta d'ailleurs méconnue jusqu'au jour où mon savant maître M. le Dr Hallopeau, consulté à son sujet, en reconnut la nature et me fit l'honneur de me confier le malade et son traitement. En voici l'histoire :

Attaqué de six enfants, dont deux sont morts en bas âge d'accidents méningitiques, dont un est affecté de coxalgie et de prétendues tumeurs blanches des genoux (sans qu'il y ait jamais eu de tuberculose dans la famille), et dont les deux derniers sont restés assez bien portants jusqu'à ce jour, ce malade présente des stigmates multiples de dégénérescence. Il a, comme ses frères, de l'*ichthyose*; — il est affecté d'un *phimosi*s; — il est extrêmement *myope* et *astigmat*e; — et, enfin, il présente des *stigmates dentaires* sous forme d'implantation très vicieuse des dents, de caries très anciennes des prémolaires et de quelques légères stries sur les incisives.

La nature très certainement syphilitique de la lésion que présentait le malade; — l'absence de tout accident pouvant faire penser à une syphilis acquise sur un sujet des plus intelligents et très observateur de lui-même; — l'âge de début de l'affection; — et, enfin, les stigmates de dégénérescence formaient un ensemble qui ne pouvait laisser de doute sur l'origine hérédosyphilitique du malade. — J'ajouterai que ce soupçon fut encore confirmé par l'examen ophtalmoscopique. Ainsi :

Le Dr Antonelli découvrit sur l'œil gauche des restes d'ancienne papillite, des altérations vasculaires et surtout des *dystrophies pigmentaires*, constituant pour lui « des stigmates indiscutables de syphilis héréditaire ».

L'œil droit présentait « des signes de névrite optique rudimentaire, et, plus spécialement, d'une rétinite diffuse ayant débuté il y a plusieurs mois et se manifestant par quelques foyers d'exsudation dans la région centrale, par une suffusion étendue et par de multiples décollements de la rétine dans tout le secteur temporal et supérieur du fond de l'œil ».

www.libtool.com.cn

Ces renseignements ne faisaient que confirmer le diagnostic de syphilis héréditaire, diagnostic que je maintenais malgré les dénégations formelles que m'apportait mon malade de la part de son père, lequel récusait énergiquement tout accident de syphilis et pour lui-même et pour sa femme.

Le père vint heureusement me visiter pour m'affirmer à nouveau ses dénégations. Or, il offre un *type accompli de dystrophie*. Je pus l'examiner en détail et me convaincre qu'il était lui-même entaché de syphilis héréditaire. Voici son observation, d'une façon très sommaire.

C'est un homme très petit, d'apparence chétive; — à thorax très étroit et présentant une dépression *en entonnoir*. — La clavicule gauche forme sur le bord du sternum une saillie volumineuse, reliquat d'une *exostose* ayant évolué dans l'enfance.

Il a été « un enfant chétif, toujours malade, très difficile à élever ». Il n'a commencé à marcher qu'à 8 ans; et à 10 ans, on le portait encore pour aller à l'école.

Atteint d'*ichthyose*, il a été réformé pour petitesse de taille et débilité constitutionnelle.

Enfin, il présente au complet la *triade d'Hutchinson*, à savoir :

1° Pour le système dentaire, *érosions* en cupules, profondes, sur les incisives médianes supérieures; les autres dents sont toutes cariées et cette carie date du tout jeune âge. — Le malade paraît avoir eu une anomalie dentaire assez curieuse. Les canines de la première dentition étaient extrêmement grosses et longues, et il se rappelle fort bien avoir souffert des moqueries de ses camarades qui plaisantaient toujours ses « dents de loup ».

2° Il a eu des *écoulements d'oreilles* prolongés dans l'enfance, et il entend très mal de l'oreille droite.

3° Il présente aux deux yeux et surtout à l'œil gauche des reliquats de *kératite parenchymateuse*, et l'examen ophtalmoscopique révèle des stigmates rudimentaires qui ne laissent aucun doute sur leur origine hérédo-syphilitique, d'après le Dr Antonelli qui a bien voulu en pratiquer pour moi l'examen.

Poursuivant plus loin mon enquête, voici ce que j'ai appris sur la mère de ce malade, c'est-à-dire sur la *grand'mère* du malade qui porte à la fesse cette syphilide tuberculo-croûteuse dont vous avez la photographie sous les yeux.

Cette grand'mère a eu quatre enfants. Les deux premiers étaient de très beaux enfants qui sont encore vivants; ce sont aujourd'hui des hommes très robustes, très forts et très grands, singulier contraste avec l'être dystrophie dont je viens de vous parler et qui est pourtant leur frère.

Or, à son troisième enfant, qui était aussi un très bel enfant, cette femme donna le sein par charité à un nourrisson chétif, tout petit, qui mourut bientôt, « le corps couvert de gros boutons suppurants ».

Quelques semaines après, elle voyait survenir sur elle des boutons à l'un de ses seins, puis sur tout le corps. Son propre enfant présente, lui aussi, des boutons de même genre et mourut au bout de quelques semaines.

A la suite, cette femme reste longtemps très malade et d'une maladie que le médecin consulté alors attribua au nourrisson. — Elle eut durant plusieurs mois des maux d'yeux extrêmement violents, qui déterminèrent

pendant plusieurs semaines une cécité complète. — Elle souffrit pendant plusieurs années de maux de tête d'une violence extrême; — elle eut à différentes reprises des accidents cérébraux, et finit par mourir hémiplegique.

Finalement, ce fut deux ans après l'époque de cette contamination que cette femme donna le jour à un quatrième enfant, celui dont je viens de vous raconter l'histoire.

De l'ensemble et de la réunion de toutes ces circonstances, il me semble résulter au-dessus de toute contestation possible que cette femme a contracté la syphilis du fait d'un nourrisson; — qu'elle a eu, postérieurement à cette contamination, un fils entaché certainement de syphilis héréditaire; — et que ce fils, hérédo-syphilitique, a eu lui-même des enfants hérédo-syphilitiques, parmi lesquels le malade porteur de cette vaste syphilde tuberculo-croûtense de la fesse.

Je vous ai cité tout au long cette observation parce qu'elle me paraît réaliser toutes les conditions voulues ou tout au moins les conditions raisonnablement exigibles pour constituer un document démonstratif. Et, en effet :

1° Mon malade est un hérédo-syphilitique avéré; il présente des stigmates *dystrophiques* et des stigmates *virulents* de syphilis héréditaire.

2° Le père de ce malade est lui-même aussi, bien certainement, un hérédo-syphilitique.

3° Il n'a pas contracté la syphilis; — et il est marié à une femme saine, non suspecte de syphilis soit acquise, soit héréditaire.

(Donc, il ne peut être question ici de « syphilis binaire », de réinfection, et force est bien de suivre du père au fils la transmission héréditaire.)

4° Enfin, la notion de la syphilis acquise chez la grand'mère me paraît encore en l'espèce hors de toute contestation possible. Sûrement cette femme a pris la syphilis du nourrisson auquel elle donna le sein par charité.

Voilà donc, dans cette observation, réunis tous les anneaux de cette longue chaîne pathologique, tous les éléments de l'histoire de cette syphilis partie de la grand'mère pour arriver au petit-fils, en se traduisant sur ce dernier à la fois par des manifestations virulentes et par des stigmates dystrophiques.

Je sais fort bien que mon observation ne trouvera pas grâce devant certains contradicteurs. Ainsi :

Je n'ai pu examiner les grands-parents paternels, ou tout au moins je n'ai pas de renseignements précis sur eux; — et, en second lieu, pour être sûr que le père de mon malade n'est pas un réinfecté, il eût fallu (du moins pour certains adversaires irréconciliables de l'hérédité seconde) qu'après la naissance de son fils il eût contracté un chancre et eût présenté toute la séquelle des accidents consécutifs (1).

Ces détails manquent à mon observation, c'est vrai, mais je répondrai :

Des deux conditions susdites, à quoi eût servi la première? En quoi mon observation serait-elle plus probante si j'avais examiné les grands-parents paternels et appris qu'ils étaient ou n'étaient pas syphilitiques? Qu'est-ce que cette notion eût ajouté au *quod erat demonstrandum*?

Quant à la seconde, je la juge quant à moi tout à fait excessive et inutile. Excessive, parce qu'elle crée une difficulté presque insurmontable, une quasi-impossibilité à toute démonstration en l'espèce; — inutile, parce que, fût-elle remplie, elle n'ajouterait vraisemblablement rien d'essentiel à l'authenticité de l'observation (1).

En tout cas, telle qu'elle est, mon observation réalise les conditions que je vous énumérais tout à l'heure. — J'ajouterai que de plus et à un autre point de vue elle satisfait aux deux conditions *propices* d'âge et de traitement que je signalais précédemment comme rendant possible la syphilis de seconde génération.

En effet, 1° le père, hérédosyphilitique, a été conçu *deux ans* après la contamination de sa mère; il a donc hérité d'une syphilis *jeune*, et, suivant toute vraisemblance, insuffisamment traitée.

2° Il s'est lui-même marié *jeune*, dans sa 23^e année, si bien que la seconde génération se trouvait exposée à tous les dangers inhérents à une syphilis jeune encore et insuffisamment traitée.

Cette observation qui, à elle seule, serait de nature, je crois, à fixer vos convictions, est pour ainsi dire un schéma de toutes celles dont je veux maintenant soumettre l'ensemble à votre appréciation.

Dans la littérature médicale et grâce à de bienveillantes communications, j'ai pu colliger un nombre relativement élevé d'observations de cet ordre. A coup sûr toutes ces observations ne sont pas inattaquables, et pas une même ne saurait répondre au programme intransigeant que je signalais tout à l'heure; je crois néanmoins que la plupart doivent être tenues en considération et apportent un fort contingent à la démonstration poursuivie.

A coup sûr certaines d'entre elles peuvent être récusables, je le répète, et ne manqueront guère par cela même d'être récusées. Ainsi, je sais, au moins pour l'une d'elles, qu'un des membres de cette Société connaît certains détails que le premier rapporteur ignorait et qui font de cette observation un document douteux. Ignorant à quelle observation se rapportait cette critique, j'ai, sans le savoir, reproduit un document erroné. Peut-être encore en est-il d'autres dans ma récolte pareillement entachées d'involontaires

(1) Car peut-être bien se trouverait-il encore des *contradicteurs quand même* pour objecter que « cette syphilis postérieure à la naissance de l'enfant pourrait bien n'être elle-même qu'une nouvelle *réinfection* », etc. (1). — Avec de tels arguments plus de discussion possible.

méprises. Mais, en vérité, combien j'aurais de malchance si toutes les sources auxquelles j'ai puisé comportaient la possibilité de semblables méprises.

Jé crois que dans la circonstance *la loi du nombre* conserve sa valeur, et c'est sur elle que je vais m'appuyer pour vous exposer les résultats auxquels m'ont conduit mes investigations.

Dans les mémoires déjà publiés sur le sujet et notamment dans ceux des D^{rs} Jullien, Barthélemy, des professeurs Finger et Tarnowsky, dans la littérature médicale et, grâce aussi, je le répète, à d'obligeantes communications dues à mes maîtres, mes collègues et mes amis, j'ai pu réunir un stock de 116 observations sur le sujet.

J'ai systématiquement exclu, cela va sans dire, toutes celles qui mentionnaient la descendance des hérédosyphilitiques comme indemne de toute tare et dont je n'avais que faire naturellement. Ces observations, en effet, n'ont que la valeur qu'on peut accorder à des faits négatifs. En réalité, elles sont peu nombreuses dans la littérature médicale, mais elles pourraient l'être bien davantage; elles pourraient être légion, relativement à celles que j'ai à vous fournir.

Mais, fussent-elles légion immense, cela ne témoignerait encore que de la rareté et non pas de l'impossibilité des faits dont il me reste à placer sous vos yeux des exemples probants.

Les 116 observations que j'ai réunies ne sont pas toutes parfaites, je l'ai dit et je tiens à le répéter encore; certaines sont attaquables; certaines offrent des lacunes ou des points faibles, et les sceptiques pourront épiloguer sur leur valeur.

Je les retiens toutes, pourtant, parce que toutes, vous en serez juges, offrent, à des titres divers, des garanties qui me permettent de m'appuyer sur elles.

D'ailleurs il est, sur le nombre total, 59 d'entre elles qui me paraissent réunir toutes les conditions requises.

Dans ces 59 observations, il est fait mention de la syphilis des grands-parents; et, de plus, il est fait mention, relativement aux parents directs, de la condition hérédosyphilitique de l'un et de l'absence de syphilis héréditaire ou acquise chez l'autre.

Ainsi, dans ces 59 observations, on voit la syphilis naître chez le grand-père, se transmettre sous une forme quelconque chez le père et se manifester encore chez le petit-fils et cela, sans qu'il soit fait mention d'une syphilis binaire, comme le veut le professeur Tarnowsky pour les cas de transmission d'accidents virulents aux sujets de la troisième génération.

Dans 39 autres observations, il est question d'enfants porteurs de stigmates indiscutables de syphilis héréditaire, et dans ces obser-

Syphilis héréditaire

Tableau synoptique

AUTEURS.	SYPHILIS ACQUISE. — Grands-parents.	SYPHILIS héréditaire de pre- mière génération. — Parents.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE				SYPHILIS VIRULENTE	
			GROSSESSES.	FAUSSES COUCHES.	MORTS EN BAS AGE.	ENFANTS SAINS.		
								ENFANTS MALADES.
1. BARTHÉLEMY.....	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ. Père sain.	4	3	"	"	"	"
2. SPILLMANN et ETIENNE.....	Grand'mère Σ.	Père hérédo Σ. Mère saine.	15	5	2*	1	2	"
3. FOURNIER.....	Grands-parents Σ.	Mère hérédo Σ. Père sain.	3	"	2	"	1*	Cicatrices péri- les et cicatrices l'oreille.

* Lésions buccales
ayant détruit les
et bouche.

* Éruptions et cicatrices
des fessières. Ulcères
rations et perforation
du voile du palais.

seconde génération.

observations.

SECONDE GÉNÉRATION.

VIVANTS.

SYPHILIS DYSTROPHIQUE.

millième.	Crâne.	Squelette.	Système nerveux.	Yeux.	Dents.	Oreilles.	Nex.	Organes génitaux.	Dystrophies diverses.
naissance ite; — role et marche rdives.	Énorme; — asymé- étrique; — veines très dé- velop- pées.	"	Intelli- gence lente.	"	"	"	"	"	Anémie extrême.
Mort à 1 an.	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Parle à 1 ans.	"	"	Méning- ite, troubles mentaux. Troubles de parole. Cépha- lées in- tenses; — hysté- rie; — démence. Cépha- lées con- tinuelles.	"	"	"	"	"	"
Mort en 18 âge.	"	"	"	"	"	"	"	"	"
° Sain. ° Né à demi accéré.	"	"	"	"	Créne- lées en chaos; — dentition très tar- dive.	"	"	"	"
	"	"	Cépha- lées.	"	"	"	"	"	"
	"	"	"	"	Très écartées.	"	"	"	"
lle très duite; — role et reche tar- res; — nfanti- lisme.	Asymé- trique; — bosses parié- tales énormes.	"	"	Strab- isme ex- terne; — pupille D. ovulaire.	Dystro- phies mul- tiples.	"	"	"	"

Tableau synoptique

AUTEURS.	SYPHILIS ACQUISE. — Grands-parents.	SYPHILIS héréditaire de pre- mière génération. — Parents.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE				SYPHILIS VIRULENTE
			GROSSESSES.	FAUSSES COUCHES.	MORTS EN BAS ÂGE.	ENFANTS SAINS.	
4. GASTOU	Grand'mère Σ.	Mère héredo Σ. Père sain.	1	"	"	"	"
5. PINARD.....	Grand-père Σ.	Mère héredo Σ. 1 ^{er} mari ? 2 ^e mari sain.	1 5	" 4	1 "	" "	" 1* Syphilides ulcé- reuses.
6. CAUBET.	Grand'mère Σ.	Mère héredo Σ. Père sain.	4	3	"	"	"
7. TARNOWSKY.....	Grand-père Σ.	Père héredo Σ. Mère saine.	11	8	"	"	"
8. LEMONNIER.....	Grand-père Σ.	Père héredo Σ. Mère saine.	2	"	"	"	2* Gomme nasale. cocécèle syphilitique
	"	"	"	"	"	"	* Gommages ulcé- rés des jambes.
9-10. SORRENTINO et TUCCI.....	Grands-parents Σ.	Mère héredo Σ. Père sain.	5	2	1	"	"
		1 ^o } " } " }	"	"	"	"	"
		2 ^o } Père héredo Σ. Mère saine.	3	1	"	1*	"

observations (suite). www.libtool.com.cn

SECONDE GÉNÉRATION.

IVANTS.

SYPHILIS DYSTROPHIQUE.

Titre.	Crâne.	Squelette.	Système nerveux.	Yeux.	Dents.	Oreilles.	Nez.	Organes génitaux.	Dystrophies diverses.
"	Bosses frontales grosses.	"	"	"	"	"	"	"	Amput. congénit. de l'avant-bras; — glossite exfoliat. margin.
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Enfant nés-veux.	"	Pied bot; — jambes incurvées; — articul. du genou très volumineuses; — orteils en griffes.	"	"	"	Difformes.	"	"	Bec-de-lièvre double; — absence de luette; — imperforation de l'urètre.
"	"	"	Hystéro-épilepsie.	"	"	"	"	"	"
Bien constitué; robuste.	"	"	"	"	"	Lobule adhérent.	"	Testicules petits.	Goitre. (tuberculeuse). Syst. pileux peu développé.
Mas de mates.	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	Asymétr. — microcéph.	"	"	"	Dystrophies.	"	"	"	"
"	"	Scoliose.	"	Stig. ophthalmosc.	"	Otite chron.	Rhinite chron.	"	"
Port en âge. Sain. Développement lent.	"	"	Méningite.	"	"	"	"	"	"
"	Gros.	"	Peu intelligent.	Strabisme.	"	"	"	"	"

www.libtool.com.cn

Tableau synoptique

AUTEURS.	SYPHILIS ACQUISE. — Grands-parents.	SYPHILIS héréditaire de pre- mière génération. — Parents.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE					SYPHILIS VIBULEUSE
			GROSSESSES.	FAUSSES COUCHES.	MORTS EN BAS AGE.	ENFANTS SAINS.	SYMPTÔMES	
22. DAVASSE	Grand'mère Σ.	Mère héredo Σ. Père sain.	7	6	"	"	"	"
23-24. DUREUIL	Grand'mère Σ.	10 } Père héredo Σ. Mère saine.	8	2	2	"	1	"
	"	"	"	"	"	*	"	Ulcérations gé- meuses.
25. VASILIEFF	Grand-père Σ.	20 } Mère héredo Σ. Père sain. Père héredo Σ. Mère saine.	4	2	2	"	"	"
			2	"	"	"	"	"
26. A. FOURNIER	Grand-père Σ.	Père héredo Σ. Mère saine.	1	"	"	"	1*	Sarcocèle.
27. STRZEMINSKY	Grand-père Σ.	Père héredo Σ. Mère saine.	1	"	"	"	"	"

observations (suite).

SECONDE GÉNÉRATION.

VIVANTS.

SYPHILIS DYSTROPHIQUE.

Maladie.	Crâne.	Squelette.	Système nerveux.	Yeux.	Dents.	Oreilles.	Nez.	Organes génitaux.	Dystrophies diverses.
"	"	Rachit.; — suppurations et carie osseuses.	"	"	Dystro- phies.	"	Effon- drement du nez.	"	"
"	"	"	Méningite. <i>Idem.</i> <i>Idem.</i>	"	"	"	"	"	"
"	"	Hyperostoses du tibia et du fémur; — épanch. articulaires; — pseudo-tumeurs blanches.	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
enfant	Petit, mal formé; — front bombé.	Bassin vicieux; — exostoses costales, humérales et maxillaires.	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	Névropathe.	"	"	"	"	"	"
"	Périostose frontale.	Spina ventosa.	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	Mémoire très faible; — bégue; — vertiges.	Choroïdite aréolaire; — kératite parenchym.; — rétines pigmentées; — coloboma irien; — astigmatisme; — immobilité des yeux en dehors.	"	Odeur faible.	"	"	Atrophie de la moitié de la langue.

Tableau synoptique

AUTEURS.	SYPHILIS ACQUISE. — Grands-parents.	SYPHILIS héréditaire de pre- mière génération. — Parents.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE				SYPHILIS VIRULENTE
			GROSSESSES.	FAUSSES COUCHES.	MORTS EN BAS ÂGE	ENFANTS SAINS.	
28. BIANCHI et JULLIEN.....	Grand'mère Σ.	Père hérédo Σ. Mère saine.	?	"	"	"	"
29. BOECK....	Grand'mère Σ.	Mère hérédo Σ.	3	"	2*	"	1
		Père sain.	"	"	*	"	"
30. COLLIN.....	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ.	5	1	"	3*	1
		Père sain.	"	"	"	"	*
31. BOGDAN et JUL- LIEN.....	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ.	3	2	"	"	1*
		Père sain.	"	"	"	"	"
32-33. LE PILLEUR.	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ.	4	2	2	"	"
		Père sain.	3	"	1	2	"
34. MONCORVO.....	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ.	5	"	"	1	"
		Père sain.	"	"	"	"	"
35. MONCORVO.....	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ. Mère saine.	5	2	"	"	"
36. MONCORVO.....	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ. Mère saine.	5	3	1	"	"

Erupt. macule
puleuse; syp
palmaire et pi

Eruption cutan
plaques macu
ses; sypilis g
monaire.

Syph. psoriasif
palmaire et pi

observations (suite).

SECONDE GÉNÉRATION.

VIVANTS.

SYPHILIS DYSTROPHIQUE.

Stigmatisation.	Crâne.	Squelette.	Système nerveux.	Yeux.	Dents.	Oreilles.	Nos.	Organes génitaux.	Dystrophies diverses.
	Énorme.	Tuméfact. du tibia.	"	"	Dystrophies	"	Nos épaté.	"	Râtes très grosse.
	"	"	Convulsions.	"	"	"	"	"	"
	"	Périostose tibiale.	"	"	"	"	Coryza.	"	"
in. (al in aspect illot.	"	"	"	"	"	"	"	"	"
in, très lcat. dn.	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
hétif, ougri; spect illot. ain; e traie. re non itée.	"	Gigantisme des membres infér.	Intelligence très inférieure.	"	"	"	"	"	Adénopathies multiples.
em. em.	"	Rachitisme.	Retard intellect. Caractère bizarre.	"	"	"	"	"	"
em. em.	"	Idem. Idem.	Idem.	"	"	"	"	"	"
hétif. he très live. sèche. em. em.	"	"	"	"	Dentition tardive.	"	Coryza.	"	Adénopathies multipl.
em. em.	"	"	"	"	Idem. Idem.	"	Coryza.	"	"
heu isclé.	"	Rachitisme.	Irritabilité extrême.	"	Dystrop.; - dentit. tardive.	"	Coryza.	"	Adénopathies multipl.

AUTEURS.	SYPHILIS ACQUISE. — Grands-parents.	SYPHILIS héréditaire de pre- mière génération. — Parents.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE				ENFANTS	
			GROSSESSES.	FAUSSES COUCHES.	MORTS-EN BAS AGE.	ENFANTS SAINS.		SYPHILIS VIRULENT
47. CHIRIVINO A...	Grand'mères Σ.	Père héredo Σ. Mère héredo Σ. (Pas de Σ acquise).	1	"	"	"	1 *	Syphilides psori- formes palmaires plantaires.
48. CHIRIVINO	Grand'mère Σ.	Mère héredo Σ. Père sain.	8	2	4	"	"	"
49. BAS.....	Grand-père Σ.	Mère héredo Σ. Père sain.	3	"	"	1	"	"
50. PERRIN.....	Grand-père Σ.	Mère héredo Σ. Père sain.	1	"	"	"	"	"
51. DE AMICIS.....	Grand-père Σ.	Mère héredo Σ. Père sain.	11	9	"	"	"	"
52. LEGRAIN.....	Grand'mère Σ.	Mère héredo Σ. Père sain.	1	"	"	"	"	"
53. LEGRAIN.....	Grand'mère Σ.	Mère héredo Σ. Père sain.	1	"	"	"	"	"
54. NEISSER.....	Grands-parents Σ.	Mère héredo Σ. Père sain.	4	"	"	"	"	"
			"	"	"	"	"	"

observations (suite). www.libtool.com.cn

SECONDE GÉNÉRATION.

VIVANTS.

SYPHILIS DYSTROPHIQUE.

titisme.	Crâne.	Squelette.	Système nerveux.	Yeux.	Dents.	Oreilles.	Nes.	Organes génitaux.	Dystrophies diverses.
ougrif; aspect dilaté.	Face asymétrique; — hydrocéph.; — front olymp.; — réseau veineux.	"	"	"	"	"	Coryza.	"	Adénopathies multiples.
Chétif, le, très inutile.	"	"	"	"	"	"	"	Infantilisme.	"
Chétif, petit.	"	"	"	Kératite interstit.	Malformations très accusées; — atrop. des incisives.	"	Rhinite chronique; — ozène.	"	Adénopathies multiples.
"	"	"	"	"	"	"	"	"	Malformat. d'un membre <i>Idem.</i>
Sain se soiepend. gross.).	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	"	"	Langue malformée.
enfants ants?	"	"	"	"	"	"	"	"	"
che très tardive.	Acrocéphale.	Fémurs très longs.	"	Kératite interstit. double.	Dentition très tardive.	"	"	"	"
améré par cure.	"	Prognathisme exagéré.	"	Kératite interstit. double.	Engrènement vicieux.	"	"	"	"
"	"	Spina ventosa; — tibia tuméfié.	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	"	"	Grosse rate.
Guéri vite par traitement curiel.	"	Rachitis. Pouce, index, médus et tibia tuméfiés.	"	"	"	"	"	"	Hyper-trophie de la rate.

Tableau synoptique

AUTEURS.	SYPHILIS ACQUISE. — Grands-parents.	SYPHILIS héréditaire de pre- mière génération. — Parents.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE				SYPHILIS VIRULENT.	
			GROSSESSES.	FAUSSES COUCHES.	MORTS EN BAS AGE.	ENFANTS SAINS.		
55. PERRIN.....	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ. Mère saine.	1	»	»	»	»	»
56. A. FOURNIER...	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ. Père sain.	2	»	»	»	»	»
57. PERSONNELLE...	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ. Père sain.	2	»	2	»	»	»
58. PERSONNELLE...	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ. Mère saine.	2	»	»	»	1	»
59. PERSONNELLE...	Grand'mère Σ.	Père hérédo Σ. Mère saine.	6	»	2	»	1 *	Gomme du sé- Syphilide tuber- culeuse de la face
			»	»	»	»	»	»
			»	»	*	»	»	»
			»	»	*	»	»	»
60. BANTHÉLEMY...	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ.	?	»	»	»	»	»

Observations (suite).

SECONDE GÉNÉRATION.

Survivants.

SYPHILIS DYSTROPHIQUE.

Intelligence.	Crâne.	Squelette.	Système nerveux.	Yeux.	Dents.	Oreilles.	Nes.	Organes génitaux.	Dystrophies diverses.
"	"	"	"	"	"	"	"	Hypospade.	"
"	"	"	"	"	"	"	"	Ectopie testicul.	"
"	"	"	"	"	"	"	"	"	Hernie inguin. double.
! morts (cause.)	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Infantile; - presque aine; — dégénérée physique-ment.	"	Rhumatisme chronique déformant.	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	Myopie; — astigmatisme; — altérat. vascul. et pigm. de la papille.	Implant. vicieuse; — érosions.	"	"	Phimosis.	Ichthyose.
"	"	"	"	Névrite optique; — rétinite; — rétine décollée.	"	"	"	"	"
"	"	"	Méning. Idem.	"	"	"	"	"	"
"	"	Coxalgie; — pseudo-tumeur blanche.	"	"	"	"	"	"	Ichthyose.
"	"	"	"	"	"	"	"	"	Idem.
"	"	"	"	"	"	"	"	"	Idem.
enfant difficile; — maigreur extrême.	"	Fémurs très longs.	"	"	"	"	"	"	Adénopathies mult.; — acrocyanose; — veines saillant; — mains moites, suantes.

www.libtool.com.cn

Tableau synoptique

AUTEURS.	SYPHILIS ACQUISE. — Grands-parents.	SYPHILIS héréditaire de pre- mière génération. — Parents.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE				SYPHILIS VIRULENTE
			GROSSESSES.	FAUSSES COUCHES.	MORTS EN BAS AGE.	ENFANTS SAINS.	
61. BARTHÉLEMY...	"	Mère hérédo Σ.	?	"	"	"	"
62. BARTHÉLEMY...		Mère hérédo Σ.	?	"	"	"	"
63. BARTHÉLEMY...	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ.	?	"	"	"	"
64. DE AMICIS.....	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ.	4	"	3*	"	"
					*	"	"
					*	"	"
65. JACQUET.....	"	Mère hérédo Σ.	2	"	"	"	"
66. BRAQUHAYE...	Grand'mère Σ.	Père hérédo Σ.	1	"	"	"	"
67. KLEIN.....	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ.	1	"	"	"	"
68. GALEZOWSKI...	Grands-parents Σ.	1 parent hérédo Σ.	1	"	"	"	"
69. GALEZOWSKI...	Grands-parents Σ.	1 parent hérédo.	1	"	"	"	"
70. GALEZOWSKI...	Grand-parent Σ.	1 parent hérédo Σ.	1	"	"	"	"

observations, (suite). www.libtool.com.cn

SECONDE GÉNÉRATION.

ÉTATS.

SYPHILIS DYSTROPHIQUE.

Stigm.	Crâne.	Squelette.	Système nerveux.	Yeux.	Dents.	Oreilles.	Nes.	Organes génitaux.	Dystrophies diverses.
Intelligence ex- tremement réduite.	"	"	"	"	Chaos dentaire; — dents écartées; — micro- don- tisme.	Écou- lement.	"	"	Dilatat. bronchi- ques; — catarrhe chro- niq.; — groses amygd.; — rate volumi- neuse.
"	"	"	Idiotie; — gâtisme.	"	"	"	"	"	"
"	"	"	Epilepsie	"	"	"	"	"	"
Mort en jeune âge.	"	"	"	"	"	"	"	"	"
Intelligence réduite.	"	"	Convuls.	"	"	"	"	"	"
"	Microcé- phale.	"	Toux convul- sive, hébété.	"	"	Surdi- mutité.	"	"	"
"	Mal formé.	Tibias in- curvés; — exostose médi- palatine.	"	"	Dystrop.	"	"	"	"
"	Idem.	Idem.	"	"	Idem.	"	"	"	"
"	"	Luxation congénit. hanche.	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	Kératite parench.	"	"	"	"	"
"	"	"	"	Kératite interst.; — cho- roid atro- phique.	"	"	"	"	"
"	"	"	"	Choroï- dite atro- phique.	"	"	"	"	"
"	"	"	"	Rétinite pigment.	"	"	"	"	"

Tableau synoptique

AUTEURS.	SYPHILIS ACQUISE. — Grands-pa rents.	SYPHILIS héréditaire de pre- mière génération. — Parents.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE					
			GROSSESSES.	FAUSSES COUCHES.	MORTS EN BAS AGE.	ENFANTS		
						ENFANTS SAINS.	SYPHILIS VIOLETTE.	
71. ANTONELLI.....	»	Mère hérédo Σ.	4	1	»	»	»	»
								»
72. ANTONELLI.....	»	Mère hérédo Σ.	4	2	»	»	»	»
73. ANTONELLI.....	»	Mère hérédo Σ.	4	»	3	»	»	»
74. ANTONELLI.....	»	Mère hérédo Σ.	3	1	1	»	»	»
75. ANTONELLI.....	»	Mère hérédo Σ.	1	»	*	»	»	»
76. BARTHÉLEMY...	»	Mère hérédo Σ.	2	1	1	»	»	»
77-78-79. CALLARI et JULLIEN.....		Mère hérédo Σ.	6	3	»	»	»	»
	Grands-parents Σ.	Mère hérédo Σ.	2	»	»	1	»	»
		Mère hérédo Σ.				*	»	»
		Mère hérédo Σ.	2	»	»	»	»	»

www.libtool.com.cn

Observations (suite).

SECONDE GÉNÉRATION.									
VIVANTS.									
SYPHILIS DYSTROPHIQUE.									
Stigmate.	Crâne.	Squelette.	Système nerveux.	Yeux.	Dents.	Oreilles.	Nez.	Organes génitaux.	Dystrophies diverses.
	"	"	"	Cadre pigment. péri-papillaire.	"	"	"	"	"
	"	"	"	Dépigment. rétinien. et choroïd.	"	"	"	"	"
	"	"	"	<i>Idem.</i>	"	"	"	"	"
	"	"	"	<i>Idem.</i>	"	"	"	"	"
	"	"	"	Altérations papillaires, vasculaires, pigment.	"	"	"	"	"
	"	"	"	<i>Idem.</i>	"	"	"	"	"
	"	"	"	Stig. rudiment. ; — asthénopie accommodat. et muscul.	"	Écoulements.	"	"	Adénop. cervicales.
	"	"	"	Cadre pigment. péripapillaire ; — altérat. vasculaires et pigment.	"	"	"	"	"
	"	"	Méning.	"	"	"	"	"	"
	"	"	"	<i>Idem.</i>	"	"	"	"	"
	"	"	"	"	"	"	"	"	Hémorrhagie anale.
lymphatique.	"	Rachitique.	"	"	"	"	"	"	"
<i>Idem.</i>	"	<i>Idem.</i>	"	"	"	"	"	"	"
lymphatique.	Très gros	<i>Idem.</i>	"	"	"	"	"	"	"
en port.	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	"	Rachit.	"	"	"	"	"	"	"
"	"	<i>Idem.</i>	"	"	"	"	"	"	"

Tableau synoptique

AUTEURS.	SYPHILIS ACQUISE. — Grands-parents.	SYPHILIS héréditaire de pre- mière génération. — Parents.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE				SYPHILIS VIRULENTE	
			GROSSESSES.	FAUSSES COUCHES.	MORTS EN BAS AGE.	ENFANTS SAINS.		
								ENFANTS
80. v. DÖRING.....	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ.	4	»	3	»	1 *	Cicatrices palatin
81. v. DÖRING.....	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ.	1	»	»	»	1 *	Glossite intersti- tielle; destructi- on du voile palatin
82. v. DÖRING.....	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ.	1	»	»	»	»	»
83. FILARETOPOULO.	»	Père hérédo Σ.	1	»	»	»	»	»
84. HAMONIC.....	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ.	1	»	»	»	»	»
85. HAMONIC.....	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ.	2	»	»	»	»	»
86. HAMONIC.,	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ.	1	»	»	»	»	»
87-88. HAMONIC....		Mère hérédo Σ.	1	»	»	»	»	»
	Grands-parents Σ.	Mère hérédo Σ.	1	»	»	»	»	»
89. LE PILBUR.....	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ.	1	»	»	»	»	»
90. MOREIRA.....	Grands-parents Σ.	Mère hérédo Σ.	3	»	1	»	»	»
					*	»	»	»

Observations (suite).

SECONDE GÉNÉRATION.

VIVANTS.

SYPHILIS DYSTROPHIQUE.

Stigm.	Crâne.	Squelette.	Système nerveux.	Yeux.	Dents.	Oreilles.	Nex.	Organes génitaux.	Dystrophies diverses.
etit, peu développé,émique.	Déformé.	"	"	"	Dents d'Hutchinson.	"	"	"	"
Mal développé.	Déformé.	"	"	"	"	"	"	"	"
"	Nati-forme.	"	"	"	Dystrop.	"	"	"	"
"	"	Scoliose.	"	Kératite interstit.	"	"	"	"	Adénite.
"	"	"	"	"	"	"	"	"	Bec-de-lièvre.
"	"	Scoliose.	Incontin. d'urine; — nervosité. Très nerveux.	"	Dents d'Hutchinson.	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	"	Hydrocèle; — testicule atrophie; — épidi-dyme induré.	"
"	"	"	Monoplégie brachiale congénit.	"	"	"	"	"	Pouce surnuméraire.
"	"	"	"	"	Dystrop.	"	"	"	Adéno-pathie.
Enfance stérile.	"	"	Convuls., nervosisme.	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	"	"	Hémo-philie.
Petitesse de taille.	Gros; — bosses pariétales.	Jambes incurvées.	"	"	Dystrop.; — retard de dentition.	"	"	"	"
Nain.	Difforme.	"	"	Atrophie chorio-rétinie.	Dystrop.	"	"	"	"
"	Microcéphale.	"	Convulsions.	"	"	"	"	"	"

AUTEURS.	SYPHILIS ACQUISE. — Grands-parents.	SYPHILIS héréditaire de pre- mière génération. — Parents.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE					
			GROSSESSES.	FAUSSES COUCHES.	MORTS EN BAS AGE.	ENFANTS BAINS.	SYPHILIS VIRULENTE	
							ENFANTS	
91. MOREIRA.....	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ.	7	3	2	»	»	»
					*	»	»	»
92. PISENTI.....	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ.	4	2	»	1	»	»
93. TOROK.....	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ.	1	»	»	»	»	»
94. X.....	Grand-père Σ.	Mère hérédo Σ.	1	»	»	»	»	»
95. ANTONELLI.....	»	Mère hérédo Σ.	10	»	2	6	»	»
						*		»
96. BOECK.....	Grand'mère Σ.	Mère hérédo Σ.	1	»	»	»	»	»
97. BOECK.....	Grand'mère Σ.	Mère hérédo Σ.	1	»	»	»	»	»
98. BERNIER.....	»	Mère hérédo Σ.	1	»	»	»	»	»
99. PERSONNELLE...	»	Mère hérédo Σ.	2	»	1*	»	1	»
							*	Sarcocèle syp- litique.
100. PERSONNELLE..	»	Père hérédo Σ.	3	»	»	»	»	»

AUTEURS.	SYPHILIS ACQUISE. — Grands-parents.	SYPHILIS héréditaire de première génération. — Parents.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE				ENFANTS	
			GROSSESSES.	FAUSSES COUCHES.	MORTS EN BAS AGE.	ENFANTS BAINS.		SYPHILIS VIRULENTE
100. PERSONNELLE. (Suite.)	"	"	"	"	"	"	"	"
101. A. FOURNIER .	"	Mère héréd. Σ. Père sain.	3	3	"	"	"	"
102. A. FOURNIER..	"	Mère héréd. Σ. Père sain.	4	2	1	1*	"	"
103. GILLES DE LA TOURETTE	"	Père héréd. Σ. Mère saine.	6	2	2*	1	"	"
104. DE AMICIS....	"	Père héréd. Σ. Mère saine.	8	4	4	"	"	"
105. GIBERT	"	Mère héréd. Σ. Père sain.	4	"	"	"	"	"
106. DEZANNEAU....	"	Père héréd. Σ. Mère saine.	4	2	1*	"	"	"
107. ATKINSON.....	"	Mère héréd. Σ. Père sain.	2	"	1	"	2*	Eruption périurétrale ; Roséole ; érosions périanales ; en- démies scrotales.
108. GUÉRIN.....	"	Mère héréd. Σ. Père sain.	5	2	"	1	2*	Ulcération à la face interne.

AUTEURS.	SYPHILIS ACQUISE. — Grands-parents.	SYPHILIS héréditaire de pre- mière génération. — Parents.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE					SYPHILIS VIRULENT.
			GROSSESSES.	FAUSSES COUCHES.	MORTS EN BAS AGE.	ENFANTS SAINS.	KVANT.	
109. STREZINSKI ..	•	Père hérédo Σ. Mère saine.	2	»	»	»	»	»
110. LASCHKE- WITSCH.....	•	Père hérédo Σ. Mère saine.	1	»	»	»	»	»
111. SPILLMANN et ETIENNE.....	•	Père hérédo Σ. Mère saine.	1	»	»	»	»	»
112. BOECK.....	•	Mère hérédo Σ. Père sain.	2	»	»	»	»	»
113. A. FOURNIER..	•	Père hérédo Σ. Mère saine.	8	1	1*	»	»	»
114. ANTONELLI	•	Père hérédo Σ. Mère saine.	1	»	»	»	»	»
115. v. DÖRING....	Grands-parents Σ.	Père hérédo Σ. Mère contaminée.	1	»	»	»	1*	Ulcération palatine
116. v. DÖRING....	Grand-père Σ.	Père hérédo Σ. Mère contaminée.	1	»	»	»	»	»
			367	118	59	31	28	

es observations (suite). www.libtool.com.cn

DE SECONDE GÉNÉRATION.

SURVIVANTS.

SYPHILIS DYSTROPHIQUE.

Stigmatisation.	Crâne.	Squelette.	Système nerveux.	Yeux.	Dents.	Oreilles.	Nos.	Organes génitaux.	Dystrophies diverses.
Guéri par traitement.	"	"	"	Opacité du corps vitré; — kératite; — choroidite; — rétinite pigment.	"	"	"	"	"
<i>Idem.</i>	"	"	"	<i>Idem.</i>	"	"	"	"	"
Guérison complète par traitement.	"	Pseudomal de Pott cervical.	Paralyse des 4 membres.	"	"	"	"	"	"
"	Bosses frontales volumineuses.	"	"	Kératite.	Implant. vicieuse.	Otite.	"	"	"
Stigmatisation d'hédéro Σ.	"	"	"	"	"	"	"	"	"
<i>Idem.</i>	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	Méningite; — Maladie de Little.	"	"	"	"	"	"
"	"	"	Maladie de Little.	"	"	"	"	"	"
Face difforme; — regard de pale.	Tr. gros; — bosses pariétales et occipitales très grosses; — réseau veineux très développé.	Pied bot; — Palais ogival.	Méningite; — atrophie de la jambe gauche.	Stig. rudimentaires.	Dystrop.	"	Écrasé à la base.	"	Adénopathies multiples.
"	Natiforme.	"	"	"	D. d'Hutchinson.	"	"	"	"
"	Déformé.	"	"	"	<i>Idem.</i>	"	"	"	Leucoplasie buccale.

www.IBIDON.COM.CN
vations, on ne peut incriminer, comme source de ces stigmates constatés chez les enfants, que la syphilis héréditaire des deux parents.

Il n'est pas fait mention dans ces dernières observations de la syphilis acquise des grands-parents, mais elle me paraît un fait démontré par la constatation même de stigmates d'hérédo-syphilis chez le père ou la mère.

Il n'y est pas fait mention non plus de l'absence de syphilis acquise chez l'autre conjoint ; mais j'imagine que c'est là une simple omission de l'observateur qui aurait mentionné cette syphilis acquise s'il l'eût constatée, et qui ne se serait pas aventuré dans l'hypothèse d'une hérédité atavique s'il avait trouvé dans l'hérédité paternelle directe l'explication des faits soumis à son observation.

Je crois donc ces 39 observations aussi acceptables que les 59 premières ; je crois qu'on peut leur accorder une valeur égale et assimiler les résultats fournis par ces deux ordres de cas.

Dans un troisième groupe de 16 observations, il n'est pas fait mention non plus de la syphilis acquise des grands-parents. Mais les stigmates indiscutables d'hérédité syphilitique relevés sur un des conjoints et la notion bien précisée d'absence de syphilis acquise chez l'autre conjoint confèrent à ce groupe la valeur de documents d'une égale importance.

Enfin, dans 2 observations similaires, je trouve réunies toutes les conditions requises de grand-père syphilitique, de père hérédo-syphilitique, et de petit-fils hérédo-syphilitique, mais dans ces deux observations intervient un facteur nouveau : la contamination de la mère. Impossible de savoir à quel moment s'est faite cette contamination, si elle est survenue avant ou après la naissance des enfants entachés d'hérédo-syphilis. Mais, en vérité, vu le nombre insignifiant des observations de ce genre, je crois pouvoir les conserver sans crainte d'altérer la valeur des chiffres que je veux vous soumettre.

En résumé, nous restons avec un stock de 116 observations et j'aurais vraiment bien de la malchance si toutes ces observations étaient entachées d'erreur, soit du fait de l'observateur primitif, soit de mon chef, c'est-à-dire de par l'interprétation que j'essaie de leur attribuer.

J'ai fait aussi scrupuleusement que possible le dépouillement de ces 116 observations et j'en ai tracé une sorte de tableau synoptique qui n'en est que le résumé.

En même temps que tous les renseignements d'anamnèse, j'ai noté, sans parler des symptômes, des dystrophies et des stigmates, le nombre des grossesses, des avortements, et aussi celui des enfants morts en bas âge ; ce qui va me permettre de tenter un parallèle de

nocivité entre la syphilis héréditaire prime et la syphilis héréditaire de seconde génération.

Voici tout d'abord les résultats relatifs aux GROSSESSES et aux ENFANTS.

Dans ces 416 observations j'ai relevé 367 grossesses, qui se sont terminées de la façon suivante :

118 avortements;

59 naissances d'enfants qui sont morts rapidement;

192 naissances d'enfants vivants et ayant survécu.

C'est-à-dire, en chiffres ronds, que ces grossesses se sont terminées par 177 morts et 192 enfants vivants.

177 morts sur 367, cela fait une proportion de 47,54, c'est-à-dire de 48 p. 100.

N'est-ce pas là un chiffre éloquent, et la brutalité même de ce chiffre n'est-elle pas faite pour affirmer de prime abord l'influence néfaste et persistante de la syphilis héréditaire sur la descendance ? Ce chiffre ne suffirait-il pas par lui seul à démontrer que la syphilis peut peser de tout son poids nocif et infectieux sur plusieurs générations successives ?

Dans le mémoire que j'avais présenté en 1900 au Congrès de Paris sur la même question, j'avais déjà trouvé, sur un chiffre moindre d'observations, une proportion comparable de 57 morts sur 100 grossesses.

Les proportions qui ont été relevées par le professeur Tarnowsky et par le Dr Jullien sont moins élevées. Le professeur Tarnowsky, d'après ses observations, arrive à un pourcentage de 31 p. 100 et le Dr Jullien à un pourcentage de 30 p. 100.

Cette différence provient sans nul doute de ce fait que j'ai additionné ensemble, non seulement le chiffre des avortements et des mort-nés, mais aussi celui des morts en bas âge.

Car, si dans le mémoire du Dr Jullien, je refais le pourcentage en me servant des chiffres fournis par lui pour les avortements et pour les morts en bas âge, j'arrive à une proportion de 41 p. 100, évaluation qui tend à se rapprocher notablement de la mienne.

Toujours est-il qu'en prenant une moyenne entre ces différents chiffres, on arrive encore au pourcentage véritablement bien élevé de 40 p. 100.

Donc, plus que le tiers, les deux cinquièmes ! N'est-ce pas là un résultat gros de conséquences et d'enseignements ? Disons le mot, n'est-ce pas là un résultat *désastreux*, navrant ?

Voilà donc de ce chef la syphilis héréditaire de seconde génération chargée de bien lourdes responsabilités ; la voilà nocive au point de détruire dans son germe les deux cinquièmes de sa descendance !

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de vous montrer comparativement les méfaits de la syphilis acquise. Ce chiffre de 40 p. 100 que je vous citais à l'instant n'est, suivant mes observations, qu'un chiffre minimum dont j'abaisse le quotient pour me rapprocher, autant que possible, des autres statistiques ; car, si je m'en tenais au résultat brutal de mes observations, c'est à la proportion de 48 p. 100 que j'aboutirais.

D'ailleurs, ce chiffre de 48 p. 100 est encore inférieur à celui que citait mon père sur le même sujet, dans une communication qu'il faisait en 1899 à l'Académie de médecine. Rapportant alors les faits dont il avait été témoin, mon père professait que cette influence désastreuse de la syphilis héréditaire sur la descendance arrivait à la proportion de 53 p. 100 ; c'est-à-dire que sur 100 grossesses surveillées dans des ménages où l'un des conjoints était entaché de syphilis héréditaire, 53 se terminaient soit par des fausses couches, soit par la naissance d'enfants mort-nés ou mourant en bas âge. En additionnant les résultats personnels qu'il avait obtenus avec ceux qu'il trouvait dans les travaux des professeurs Pinard, Tarnowsky, et du docteur Étienne, mon père arrivait au chiffre extrême de 59 p. 100.

De par ces chiffres, mon père faisait ressortir l'influence nocive, meurtrière, qu'est susceptible d'exercer la syphilis héréditaire sur le fœtus et, en particulier, la prédisposition constituée par cette influence à l'avortement et à l'accouchement prématuré.

Si l'on compare ces chiffres à ceux qui me sont fournis par l'hérédité prime, si l'on compte les méfaits de la syphilis acquise relativement à la descendance, on arrive à constater que, pour les avortements les enfants mort-nés et les enfants morts en bas âge, le pourcentage de cette hérédité prime s'élève seulement à 42 p. 100.

Voici donc la seconde génération plus touchée, plus décimée que la première ; voici l'individu entaché de syphilis héréditaire plus dangereux pour sa descendance que l'individu entaché de syphilis acquise ; voici le grand-père qui a contracté la syphilis devenu, au point de vue de la race et de la descendance, non seulement un foyer d'infection dangereux par lui-même pour ses rejetons directs, mais bien un foyer d'infection dangereux par sa lignée de second rang, par les foyers secondaires irradiés de lui comme foyer originel.

Sur ce point, encore, je suis en contradiction avec le professeur Tarnowsky. Pour le savant professeur, en effet, la syphilis héréditaire produit moins de fausses couches, moins d'enfants mort-nés ou morts en bas âge, que la syphilis acquise ; pour lui, la syphilis héréditaire est moins grave que la syphilis acquise. Mais ici encore je retrouve un correctif à cette divergence d'opinion, je retrouve l'intervention de la syphilis binaire ; car, en tenant compte de cette syphilis binaire, voici les conclusions du savant professeur, conclu-

sions tout autres et se rapprochant singulièrement de celles dont je viens de vous soumettre les résultats.

Pour le professeur Tarnowsky, la syphilis binaire exerce une influence très nocive sur la descendance, bien plus nocive que celle de la syphilis acquise simple. Dans ces cas de syphilis binaire, la nocivité des deux facteurs syphilis acquise et syphilis héritée semble s'additionner, et il résulte de là un nombre considérable de fausses couches, d'enfants mort-nés, d'enfants morts en bas âge; de même qu'il existe, dans ces cas si spéciaux, un nombre énorme de dystrophies et un nombre beaucoup plus faible d'enfants normaux.

Si je recommençais ici le procès de la syphilis binaire, je crois que je pourrais, au moins en partie, assimiler à mes chiffres et à mes résultats relatifs à la mortalité provoquée par la syphilis héréditaire ceux que le professeur russe rapporte à la syphilis binaire exclusivement.

Vous le voyez, je ne puis vous donner sur cette question de nocivité relative de la syphilis acquise et de la syphilis héréditaire qu'une impression basée sur des chiffres certains, mais encore trop peu nombreux pour me permettre une conclusion définitive et irréfutable.

Dans l'ensemble, je trouve que la syphilis héréditaire exerce sur la descendance une influence plus meurtrière que celle exercée par la syphilis acquise; c'est là le résultat brutal fourni par les chiffres que j'ai pu recueillir et que je vais rappeler en vous disant que j'ai trouvé la syphilis acquise meurtrière pour ses descendants 42 fois sur 100 et la syphilis héréditaire 53, voire 59 fois sur 100, d'après certains observateurs.

En comparant ces résultats à ceux obtenus par d'autres, en abaissant autant que possible le quotient de mon pourcentage, pour me tenir à une moyenne proportionnelle entre ces différents résultats, j'arrive encore à trouver pour la syphilis héréditaire un chiffre sensiblement supérieur à celui de la syphilis acquise.

Et dès lors, comme conclusion et sans crainte d'erreur, je crois pouvoir dire que l'influence nocive, meurtrière de la syphilis héréditaire est au moins égale à celle de la syphilis acquise en ce qui regarde le nombre de fausses couches et d'enfants morts en bas âge, et qu'à mon sens, et d'après l'opinion que je puis m'en faire actuellement, elle lui est même supérieure.

Ce sont là les résultats auxquels me conduisent les chiffres que j'ai recueillis jusqu'à présent; mais je suis loin de les donner comme irréfutables, avérés et définitifs; — loin de là. J'appelle sur eux le contrôle, votre contrôle tout spécialement. Moi-même d'ailleurs je serai le premier à les soumettre à une enquête ulté-

rieure pour en déterminer la valeur précise, enquête à coup sûr nécessaire, étant donné l'intérêt supérieur qui se rattache à la question.

Et ce n'est pas là tout l'effet qu'est capable de réaliser cette hérédité seconde; car en dehors de son influence meurtrière, je dois maintenant vous signaler les tares qu'elle peut imprimer à ceux qui échappent à cette mortalité du premier âge.

Sur les 367 grossesses en question, que sont devenus les 192 enfants nés vivants et ayant survécu?

Sur ces 192 enfants vivants, j'en trouve 31 seulement méritant d'être qualifiés d'enfants sains, indemnes, ou du moins paraissant tels; les 161 autres portaient tous des tares plus ou moins accusées, plus ou moins graves, de leur origine ancestrale, étant tous, par rapport à la race, des êtres amoindris, abâtardis, des estropiés, des incapables vis-à-vis de la société.

Voyez donc le résultat final, l'expression dernière de cette hérédité vraiment désastreuse. A savoir :

Sur 367 grossesses, 31 enfants sains.

Cela fait une proportion de 8,4 p. 100. Ainsi, moins de 9 individus indemnes sur 100 naissances dans ces familles marquées par la tare ancestrale syphilitique. De tels chiffres ont leur éloquence, éloquence qui dispense de tout commentaire.

J'ai encore cherché à savoir s'il y avait un indice de nocivité plus grand, c'est-à-dire s'il y avait plus de fausses couches, d'enfants mourant en bas âge, d'enfants porteurs de stigmates héréditaires, dans les familles où la mère est entachée de syphilis héréditaire et le père sain, ou inversement; et je suis arrivé à des chiffres sensiblement équivalents dans les deux ordres de cas.

Le pourcentage montre, en effet, que, dans 10 ménages où le mari est hérédo-syphilitique et la mère saine, 33 grossesses se sont terminées par 16 fausses couches et 17 naissances d'enfants vivants, sur lesquels 2 seulement étaient complètement sains; — tandis que, d'autre part, dans 10 ménages où la mère est hérédo-syphilitique et le père sain, 31 grossesses se sont terminées par 16 fausses couches et 15 naissances d'enfants vivants, sur lesquels 3 seulement étaient complètement sains.

Ces chiffres sont véritablement trop voisins les uns des autres pour permettre d'en tirer une conclusion relativement à la nocivité plus ou moins grande de l'origine atavique paternelle ou maternelle de l'infection.

Je ne puis donc que m'en tenir au résultat global dont je vous rappelle les principaux éléments :

Dans 116 ménages entachés d'hérédosyphilis, 367 grossesses se sont terminées par 177 avortements ou morts en bas âge, et 192 enfants survivants.

Sur ces 192 enfants survivants, je viens de vous dire que 31 seulement étaient ou paraissaient indemnes de toute trace de l'hérédité spéciale qui nous occupe.

Il me reste donc à vous parler des 161 autres survivants, mais tous porteurs de lésions, de stigmates, de reliquats divers de l'affection ancestrale.

J'ai procédé à un dépouillement aussi scrupuleux que possible des observations relatives à ces 161 individus, en notant toutes les particularités de leur histoire, et je suis arrivé à constater :

1° Que ces 161 sujets étaient tous porteurs de différents STIGMATES de syphilis héréditaire ;

2° Que, de plus, 28 d'entre eux étaient en outre affectés de lésions non douteuses de syphilis virulente.

Je ne saurais faire ici une énumération complète de tous les stigmates, de toutes les dystrophies que j'ai notés sur ces 161 sujets. Qu'il vous suffise de savoir que j'ai noté sur eux 428 irrégularités de développement, 428 stigmates différents, répartis de façon très inégale sur les différents systèmes de l'économie.

Ces stigmates, je ne vous les décrirai pas, car ce serait refaire l'histoire de ceux qui sont d'observation si fréquente dans l'hérédité syphilitique de première génération, et vous les connaissez tous. Mais j'ai voulu savoir si certains d'entre eux sont plus fréquents que d'autres. Je les ai donc, pour cela, groupés sous un certain nombre de chefs, et voici les résultats auxquels j'ai abouti sur ce point :

TABLEAU DES STIGMATES OBSERVÉS LE PLUS FRÉQUEMMENT.

Méningites et convulsions.....	26 cas.
Dystrophies dentaires.....	20 —
Stigmates ophtalmoscopiques.....	21 —
Rachitisme.....	18 —
Crâne asymétrique.....	16 —
Kératite.....	14 —
Adénopathies.....	12 —
Grosse tête, tête globuleuse.....	10 —
Coryza.....	10 —
Aspect vieillot.....	10 —
Bosses crâniennes.....	10 —
Courbures des os longs.....	9 —
Érosions dentaires.....	8 —
Retard de la dentition.....	8 —
Débilité native.....	8 —
Réduction de la taille.....	8 —
Exostoses.....	8 —

Nervosisme.....	8 cas.
Dents d'Hutchinson.....	8 —
Retard de la marche.....	7 —
Irido-choroïdite.....	7 —
État infantile.....	6 —
État chétif, rabougri.....	6 —
Défaut de développement intellectuel.....	6 —
Écoulements chroniques de l'oreille.....	7 —
Surdité.....	6 —
Microcéphalie.....	5 —
Céphalée chronique.....	5 —

En groupant ces différents stigmates suivant leurs affinités réciproques et suivant leurs localisations aux différents groupes d'organes qu'ils affectent, on arrive à constituer le tableau suivant qui donne approximativement la fréquence proportionnelle des divers stigmates chez les hérédo-syphilitiques de seconde génération.

Infantilisme (aspect vieillot, chétif, rabougri ; retards dans la parole, la marche, la dentition).....	45 cas.
Lésions du squelette (rachitisme — exostoses — réduction de la taille).....	43 —
Stigmates oculaires.....	42 —
Système nerveux (méningite ; convulsions ; arrêt de l'intelligence).....	39 —
Stigmates dentaires (�rosions — dystrophies).....	38 —
Gros crâne, crâne malformé, � bosses saillantes.....	36 —
Stigmates auriculaires (�coulements — surdité).....	13 —
Coryza.....	10 —
Microcéphalie.....	5 —
Céphalées.....	5 —

I. — Le premier de ces groupes par ordre de fréquence est sans contredit le groupe des stigmates que l'on a coutume de désigner sous le nom générique d'INFANTILISME.

Dans mon pointage, en ne prenant dans chaque groupe que ceux de ces stigmates le plus couramment observés, ce premier groupe se place en tête avec le chiffre total de 45. C'est-à-dire que, parmi tous les stigmates relevés sur ces 161 sujets, l'infantilisme a été noté 45 fois.

Et, dans ce premier groupe, les modalités les plus fréquemment observées ont été, par ordre de fréquence : l'état rabougri, chétif, infantile, des individus ; l'aspect vieillot ; le retard de la dentition et le retard de la marche ; — toutes imperfections de développement en tous points semblables à celles que l'on a coutume de rencontrer dans l'hérédo-syphilis de première génération et qu'aucun signe particulier ne permettrait de distinguer de celles-ci.

II. — Après ces stigmates tirés de l'habitus extérieur et relevant du retard ou de l'imperfection du développement, ceux que l'on

observe le plus souvent, sont fournis par l'examen du squelette.

A savoir : lésions de rachitisme ; courbures osseuses ; arrêts de développement des os longs ; tous stigmates comportant des modifications dans l'état général et dans les détails du squelette et aboutissant dans leur expression extrême à déterminer des difformités diverses et un état de réduction plus ou moins notable de la taille.

Ce second groupe de stigmates figure dans mon tableau pour un chiffre de 43.

III. — Le troisième groupe, presque aussi nombreux, puisqu'il s'élève au chiffre de 42, comprend les *stigmates oculaires* ; — et là encore ce qu'on trouve comme reliquats de l'hérédité spécifique n'est que la reproduction de ce qu'on observe chez l'individu né de parents syphilitiques. A savoir, par ordre décroissant de progression : l'ensemble des stigmates ophtalmoscopiques bien connus maintenant et décrits d'habitude sous le nom de *stigmates rudimentaires du fond de l'œil* ; puis la kératite avec tous ses reliquats ; puis l'irido-choroïdite et la chorio-rétinite.

IV. — Le quatrième groupe, qui s'élève encore au chiffre de 39, comprend toutes *modalités pathologiques du système nerveux*. Parmi celles qui sont le plus souvent observées, et cela avec une prédominance très marquée, il faut noter : au premier rang la méningite et les convulsions ; — puis le nervosisme, les névropathies, les troubles nerveux des plus variés ; — puis les troubles psychiques (insuffisance du développement de l'intelligence, déviations morales, etc.).

V. — Le cinquième groupe est relatif aux *stigmates dentaires*, dont les plus fréquents ont été rencontrés 36 fois dans mes observations. Ce chapitre comprend toutes les dystrophies et toutes les érosions dentaires que l'on a coutume de rencontrer dans la syphilis héréditaire prime et que je ne puis vous énumérer ici ; y compris, bien entendu, la dent à échancrure arciforme d'Hutchinson, que j'ai trouvée notée 8 fois.

VI. — Vient ensuite, avec un chiffre encore élevé de 36 cas, le sixième groupe de stigmates ; celui-ci constitué par les *malformations craniennes*.

Il serait hors de mon cadre de vous décrire toutes les malformations craniennes réalisées par l'hérédo-syphilis seconde. Je me bornerai à vous dire que, parmi ces dystrophies de la boîte crânienne, les plus fréquemment observées sont : au premier rang, l'*asymétrie crânienne*, avec l'*asymétrie faciale* qu'elle entraîne le plus souvent

à sa suite; — puis le groupe des bosses frontales et pariétales, avec les déformations si curieuses qu'elles provoquent (crâne à bosselures frontales, front olympien, crâne natiforme, etc.); — et enfin, en dernier lieu, le groupe des têtes à volume exagéré, voire démesurément exagéré (tête en boule, crâne hydrocéphale).

VII. — A la suite de ces six groupes de stigmates qui figurent en première ligne avec un coefficient élevé de fréquence, viennent encore, avec un degré bien moindre d'importance clinique, divers stigmates, tels que les suivants : *stigmates auriculaires*, notés 13 fois seulement, sous forme d'écoulements chroniques des oreilles et de surdité; — *stigmates nasaux*, notés 10 fois (coryza, malformations nasales); — et enfin, mais avec une fréquence infiniment moindre, la microcéphalie; — les céphalées chroniques; — les *stigmates génito-urinaires*, sous forme d'atrophie testiculaire, de cryptorchidie, de phimosis, d'hypospadias, etc.

Tel est l'ensemble de ces stigmates le plus souvent observés.

Que si maintenant j'étais assez habile pour vous tracer, d'après un tel ensemble, un schéma idéal, un prototype de l'héredo-syphilitique dystrophique de seconde génération, je vous dirais ceci : l'héredo-syphilitique de seconde génération se présente le plus souvent (mais non toujours, tant s'en faut) sous l'aspect d'un individu petit, voire parfois petiot, rabougri, infantile; — avec des déformations rachitiques du tronc et des membres; — avec un gros crâne, bizarre, mal formé, à bosses saillantes; — avec des dents mal faites, dystrophiées, mal plantées, érodées; — avec des taies sur les yeux; — avec un facies plutôt inintelligent et parfois hébété.

Or, ce type, c'est identiquement celui qui a été décrit déjà comme caractérisant l'héredo-syphilitique de première génération (1). Je ne trouve, à comparer ces deux types, aucune différence de l'un à l'autre, aucune particularité, aucun signe appartenant à l'un plutôt qu'à l'autre, si ce n'est peut-être chez l'héredo-syphilitique de seconde génération la prédominance plus grande des stigmates oculaires, point que je signale incidemment ici sans le donner encore comme certain et sans pouvoir en fournir l'explication.

Toujours est-il que les deux types en question sont rigoureusement superposables, si je puis ainsi parler. Et cette similitude n'est pas sans constituer encore un argument démonstratif, à mon sens, de l'influence dystrophique spéciale de la syphilis sur la descendance, un argument en faveur de l'existence bien réelle des stigmates

(1) Comparer ce type avec celui que j'ai décrit dans ma thèse (*Stigmates dystrophiques de l'héredo-syphilis*, Paris, 1898, p. 326 et suiv.), relativement à l'héredo-syphilitique de première génération.

dystrophiques de l'hérédosyphilis, et cela aussi bien pour l'hérédité prime que pour l'hérédité seconde.

Mon intention n'est pas de rouvrir pour l'instant la discussion sur la spécificité de ces stigmates; mais je pressens la querelle et je veux, une fois de plus, redire ici ce que j'ai déjà dit à propos des stigmates de la syphilis héréditaire de première génération, à savoir :

Je n'oserais affirmer que ces stigmates sont spéciaux à la syphilis héréditaire; je ne sais pas encore si d'autres infections ne seraient pas capables de les réaliser; mais ce qui semble ressortir de l'observation, c'est que ces stigmates ont été notés dans la syphilis héréditaire de seconde génération avec une fréquence telle que l'on est autorisé à les considérer comme une expression de syphilis ancestrale.

. .

Dans le relevé qui précède je n'ai fait jusqu'ici que noter les stigmates d'observation la plus fréquente; mais il en est d'autres que j'ai rencontrés plusieurs fois et auxquels je dois une mention.

C'est ainsi que j'ai noté :

1° Le retard de la parole, la voix infantile; — la rareté du système pileux;

2° La scoliose; — les arthropathies; — le spina ventosa; — la luxation de la hanche; — le genu valgum; — le pied bot; — les pseudotumeurs blanches; — le pseudo-mal de Pott cervical; — le bassin vicié; — l'asymétrie du corps, le gigantisme partiel; — le nanisme;

3° Le strabisme; — l'astigmatisme; — la myopie; — le glaucome; — le coloboma irien; — la pupille ovale;

4° Les céphalees violentes; — le retard de l'intelligence; — l'idiotie; — l'incontinence d'urine; — les troubles de la parole; — la maladie de Little; — la maladie de Friedreich; — l'hémiplégie; — les paralysies; — les vertiges; — l'hystérie; — l'épilepsie; — la démence et le gâtisme;

5° L'implantation vicieuse des dents; — le microdontisme; — l'absence de certaines dents; — l'ogivalité palatine; — le prognathisme;

6° La microcéphalie; — l'hydrocéphalie; — la scaphocéphalie; — l'acrocéphalie; — la circulation crânienne supplémentaire;

7° Les malformations des oreilles; — la surdi-mutité;

8° L'effondrement du nez; — l'ozène;

9° Les adénopathies; — l'anémie; — l'hémophilie; — les malformations cardiaques; — la maladie bleue; — les amputations congénitales; — les kystes congénitaux; — l'ichthyose, etc.

. .

J'aborde enfin le point, sinon le plus important, au moins le plus discuté, du sujet dont vous m'avez confié l'examen. Car, si l'on est à peu près d'accord sur l'influence dystrophique exercée par l'hérédité de seconde génération, il n'en est pas de même sur l'autre point de savoir si cette hérédité peut transmettre la syphilis *virulente*, la syphilis *en nature*, la syphilis *vraie*, en un mot.

Sur ce point, les dissidences sont absolues.

En tout cas, l'immense majorité des observateurs n'a pas encore osé aujourd'hui prendre position dans le débat, ce qui, certes, n'est pas un blâme à leur adresse, étant donnée, je le répète encore une fois, l'immense difficulté d'un pareil problème.

Je vous rappelle d'un mot les résultats de ma statistique.

Sur 367 grossesses issues de couples où l'un des deux géniteurs était entaché d'héredo-syphilis, 177 enfants morts et 192 survivants.

Et, sur ces 192 survivants, 161 affectés de dystrophies; — 31 sains; — 28 affectés (sans parler de dystrophies) de lésions diverses de syphilis virulente.

C'est de ces derniers qu'il me reste à vous parler.

Comme premier exemple de ce groupe, je placerai à nouveau sous vos yeux une observation que j'ai eu l'occasion de citer au début de cet exposé, observation relative à un jeune homme de 22 ans qui présente à la fesse une syphilide tuberculeuse persistant depuis l'âge de 5 ans; en outre, ce jeune homme offre des stigmates multiples de syphilis héréditaire.

Or, son père, que j'ai vu, que j'ai examiné, est lui-même, comme je l'ai établi, un type d'héredo-syphilitique. Il n'a pas contracté la syphilis; il s'est marié à une femme qui est restée saine; mais il était issu d'une mère qui avait été infectée au sein par un nourrisson syphilitique.

Je ne voudrais pas abuser de votre patience en vous décrivant par le menu toutes les observations analogues que j'ai trouvées. Pourtant laissez-moi, pour votre édification, vous en citer sommairement quelques-unes.

Voici, d'abord, une observation publiée par le professeur Spillmann et le Dr Étienne.

Dans ce cas : 1° la grand'mère est syphilitique; — 2° le père est un héredo-syphilitique avéré; il est indemne de syphilis acquise, et marié à une femme saine. Or, de ce mariage sont issues 15 grossesses qui se sont terminées de la façon suivante : 5 avortements; — 2 enfants morts en bas âge; — 8 survivants, parmi lesquels un semble indemne de toute tare; — 6 présentent des stigmates manifestes de syphilis héréditaire; — et un porte,

outre des stigmates multiples de cette hérédité, des cicatrices fessières, une éruption fessière suspecte, des ulcérations buccales et une perforation du voile du palais, toutes lésions ne pouvant laisser de doute sur leur origine et leur qualité de manifestations de syphilis virulente.

Autre observation due à M. le D^r Lemonnier :

Grand-père syphilitique ; — le père est un hérédo-syphilitique avéré ; il est marié à une femme saine. — De ce mariage sont nés deux enfants.

L'un de ces enfants, l'aîné, âgé de 27 ans, est un garçon bien constitué, robuste ; il n'offre que des stigmates à peine appréciables de son hérédité paternelle (système pileux peu développé, lobule de l'oreille adhérent). — Il n'a jamais eu de syphilis ; il présente des testicules tout petits, reliquats d'un *sarcocèle syphilitique* déjà ancien, et, en outre, une *gomme du nez* manifestation syphilitique.

Le second enfant est âgé de 24 ans. Il est exempt de tout stigmate d'hérédo-syphilis ; il n'a pas non plus contracté la syphilis ; et, cependant, il porte aux jambes depuis longtemps deux *gommés ulcérées* qui ne peuvent laisser de doute sur leur nature.

Dans une observation personnelle, j'ai noté le fait suivant :

Grand-père syphilitique ; — père hérédo-syphilitique, marié à une femme saine. — De ce mariage sont nés deux enfants :

L'aînée est une infantile, presque naine, dégénérée physiquement, et affectée d'*arthropathies* semblables à celle du rhumatisme déformant.

La seconde, bien constituée, saine en apparence, porte au sein une *gomme* syphilitique aussi typique que possible.

Le D^r Pospelow a publié l'observation suivante :

Grand-père syphilitique ; — père hérédo-syphilitique manifeste et marié à une femme saine. — De ce mariage sont nés 10 enfants, dont 2 sont morts en bas âge.

Des 8 survivants, 7 sont bien portants et paraissent indemnes de toute tare originelle. — Mais l'un d'eux est un individu petit, débile, anémique, qui porte des dents d'Hutchinson. Cet être dystrophié présente, en outre, une *perforation du septum nasal* et une *ulcération palatine* dont la nature syphilitique non douteuse aurait encore été démontrée manifestement par la guérison rapide survenue sous l'influence du traitement antisiphilitique.

Dans une observation du D^r Chirivino, les deux grand'mères paternelle et maternelle étaient entachées de syphilis acquise. — Le père et la mère étaient tous deux des hérédo-syphilitiques avérés et sont restés indemnes de toute syphilis acquise. — De ce ménage d'hérédo-syphilitiques est né un enfant, lequel est un petit être rabougri, à aspect vieillot, hydrocéphale, avec un réseau veineux crânien supplémentaire très marqué. Il présente, en outre, une *syphilide palmaire et plantaire* incontestable.

Et ainsi de suite pour d'autres cas analogues.

De la sorte, j'ai réuni 23 observations intéressant 28 malades, qui présentent dans l'ensemble 40 manifestations de syphilis virulente.

Pour être aussi rigoureux que possible, sur ces 23 observations je n'en veux retenir encore que 19 qui me semblent complètes, inattaquables, dans lesquelles les conditions requises de certitude me paraissent toutes remplies et dans lesquelles les manifestations de syphilis virulente me semblent au-dessus de toute contestation possible.

Ces 19 observations sont relatives à 22 malades presque tous porteurs eux-mêmes de stigmates dystrophiques, ou, ce qui revient au même, frères ou sœurs d'individus porteurs de ces mêmes stigmates.

Voici les manifestations virulentes observées sur ces individus : roséole et syphilides papuleuses notées dans 6 cas ; gommès ulcérées du nez, des jambes, du sein notées 6 fois ; syphilides palmaire et plantaire notées 4 fois ; sarcocèles syphilitiques notés 4 fois ; syphilides ulcéreuses, syphilides scrotales et périanales, syphilide tuberculeuse, syphilides muqueuses, notées chacune 1 ou 2 fois.

Dans les quatre observations que j'ai négligées à dessein pour échapper aux critiques, l'état de syphilis virulente n'était attesté que par la notion d'éruption fessière, d'ulcération de la face, de cicatrices palatines, périlabiales, fessières, ou par tous renseignements que j'aurais comptés comme probants en toute autre circonstance. Je crois que ces 4 observations pourraient être ajoutées aux 19 que seules j'ai retenues ; mais je voulais rester inattaquable et j'estime que les 19 observations précitées suffisent comme base à la thèse que je cherche à accréditer auprès de vous.

J'en ai fini avec le long exposé des faits que j'avais à vous soumettre et il ne me reste plus qu'à le résumer en quelques mots.

Malgré les difficultés inhérentes à la question, j'ai pu réunir 116 observations que je crois démonstratives à des degrés divers.

De ces 116 ménages entachés à différents degrés de syphilis héréditaire sont issues 367 grossesses, lesquelles se sont terminées par 177 avortements ou morts en bas âge et par la survie de 192 enfants.

Sur ces 192 enfants vivants j'ai noté 31 enfants sains et 161 autres dystrophiés.

En outre, sur ces 161 enfants dystrophiés, 22 portaient des lésions manifestes de syphilis virulente, et 6 des lésions plus que suspectes de même nature.

L'interprétation de tous ces faits n'est pas facile à faire ; les obser-

vations sur lesquelles ils reposent manquant encore d'une précision certaine sur quelques points, notamment sur l'âge des contaminations et l'intervention du traitement.

Ce sont là, me semble-t-il, les deux facteurs qui tiennent sous leur dépendance toute l'irrégularité apparente, toutes les modalités différentes de cette hérédité seconde.

Il n'en reste pas moins acquis que cette hérédité se manifeste en certaines occasions sous différentes formes, et de l'examen de ces faits je me crois autorisé à tirer les conclusions suivantes qui seront la réponse aux questions dont vous m'avez fait l'honneur de me confier la solution.

Voici ces conclusions :

1° Il existe une syphilis héréditaire de seconde génération.

2° La syphilis héréditaire de seconde génération est rarement observée dans la pratique en raison des conditions opposées à son éclosion, conditions dont les principales me paraissaient être l'influence atténuante du temps et l'influence correctrice du traitement.

3° La syphilis héréditaire de seconde génération exerce une influence nocive considérable sur le produit de conception. Elle anéantit certainement les 2 cinquièmes de la descendance.

4° La syphilis héréditaire de seconde génération se traduit le plus souvent, dans les 4 cinquièmes des cas suivant mes observations, par des stigmates dystrophiques semblables en tous points à ceux de l'hérédité prime.

5° La syphilis héréditaire de seconde génération se traduit parfois par des symptômes virulents, mais cela d'une façon infiniment plus rare, et dans une proportion que, suivant mes observations, je puis évaluer seulement à 14 p. 100.

D'une façon plus condensée, je puis vous répondre ceci :

1° Il existe une hérédité syphilitique de seconde génération.

2° Cette hérédité est susceptible de se traduire de deux façons, à savoir :

Très fréquemment sous la forme dystrophique ;

Bien moins souvent et même d'une façon relativement rare, par des lésions de syphilis virulente, de syphilis vraie.

Je ne saurais terminer ce travail, sans témoigner ma reconnaissance à tous les maîtres, à tous les confrères et amis dont j'ai mis à l'épreuve l'obligeance dans la recherche des documents qui m'étaient nécessaires.

Si cela n'était superflu, j'aurais un moyen bien simple de vous montrer les difficultés infinies de la question qui vient de nous

occuper. Il me suffirait pour cela de vous citer les noms des hommes dévoués qui m'ont honoré de leur collaboration en les distribuant en deux camps d'après leurs opinions en la matière. Et je vous dirais :

D'un côté, voici MM. Hutchinson, Lassar, Unna, Pétrini (de Galatz), Haslund, Dubois-Havenith, Welandier, de Watraszewski, Brocq, Dubreuilh, qui, pour n'avoir pas encore eu l'occasion de rencontrer d'observations probantes en faveur de l'hérédité de seconde génération, récusent cette hérédité, et la récusent tant dans sa forme dystrophique que dans sa forme virulente.

Tandis que, dans le camp adverse, vis-à-vis de ces hommes éminents et considérables dans la science, en voici d'autres non moins respectés, non moins estimés, tels que MM. Tarnowsky, Neisser, Wolf, de Amicis, Troisfontaines, Boeck, Ehlers, Bertarelli, Hutinel, mon père, Barthélemy, Bar, Jullien, Étienne, Legrain, Jacquet, Perrin (de Marseille), qui, eux, acceptent l'hérédité de seconde génération. Tous, à vrai dire, ne l'agrément pas encore dans sa forme virulente, mais tous y croient fermement dans sa forme dystrophique.

Aux uns et aux autres, en tout cas, je dois mes remerciements pour m'avoir assisté de leurs conseils, de leurs observations et de leur si légitime autorité.

M. BARTHÉLEMY. — J'exprimerai certainement le sentiment général de la Société en félicitant notre collègue M. Edmond Fournier du travail remarquable dont lecture vient de nous être faite. La question a été si bien posée et exposée qu'elle semble maintenant parfaitement claire et précise, autant qu'elle était auparavant confuse et embrouillée. Il a fallu un grand labeur pour réunir et résumer tant d'observations et pour en tirer ce qu'elles pouvaient contenir de significatif. Ce travail marque une étape nouvelle dans l'étude de la syphilis et personne plus vivement que moi ne se réjouit que ce soit le fils de l'éminent chef de l'École syphiligraphique française qui ait fait faire ce progrès. C'est en effet un grand progrès réalisé que cette démonstration par un fait aussi topique que celui dont la photographie colorisée vient de passer sous nos yeux, de la *virulence possible dans l'héredo-syphilis de seconde génération*. Beaucoup de faits obscurs seront ainsi mis en valeur dans la lumière qu'ils méritent et beaucoup de faits méconnus, soit dans leur nature, soit dans leur signification symptomatique, pourront à l'avenir être classés avec leur véritable étiquette. Il est certain que jusqu'ici beaucoup hésitaient à formuler le diagnostic auquel ils pensaient; maintenant, on n'hésitera plus; on devra le proclamer quand on l'aura découvert et on pourra le prouver quand on l'aura déclaré. C'est au travail d'Edmond Fournier que nous devons cette assurance dans la marche en avant. Il importe d'autant plus de signaler la persistance possible de la virulence dans les accidents de la syphilis d'hérédité seconde que la transmissibilité de la syphilis a été niée, au delà de deux années,

c'est-à-dire avant la fin de la période secondaire de la syphilis acquise (Voir *Th. de Forcade*, élève du prof. Augagneur, de Lyon). Cette affirmation est une véritable erreur de fait et une faute de pathologie générale. Il est bon de protester contre des affirmations audacieuses, non seulement parce qu'elles sont en opposition avec les résultats de l'observation, mais encore à cause de leurs conséquences sociales graves.

Au début de l'étude de la *syphilis de seconde génération*, se pose la question de préciser ce qu'on doit entendre par ces mots. En France, nous exprimons ainsi la syphilis du petit-fils par rapport à la syphilis du grand-père; à l'étranger on considère cette dernière comme la 1^{re} génération, et celle du petit-fils comme la 3^e; nous pensons de nouveau que c'est nous qui avons raison, la syphilis, celle du grand-père, étant l'origine, ne peut compter que lorsqu'elle a engendré une autre syphilis; donc la syphilis née de la syphilis originelle est bien seulement la première et la syphilis du petit-fils n'est bien que la seconde engendrée.

Je n'insiste pas sur cette querelle de mots, et je suis heureux d'avoir entendu rendre hommage au travail que le professeur Tarnowsky, de Saint-Petersbourg, a publié dans le journal *La Syphilis* sur la *descendance des syphilitiques et sur la famille syphilitique*. Ce travail n'est d'ailleurs pas encore terminé et la fin paraîtra les mois prochains.

En ce qui concerne mon expérience personnelle sur les syphilis de 2^e génération, elle peut se résumer en cinq cas.

Je n'ai que cinq sujets que j'ai vus dès leur plus tendre enfance couverts de syphilides et ayant eu plus tard des accidents tertiaires par syphilis héréditaire, bien entendu. Ces cinq enfants ont maintenant de 22 à 27 ans, sont mariés et ont des enfants. Ces enfants sont-ils nés avec des accidents syphilitiques? non, en vérité. Ont-ils eu plus tard des accidents pouvant être attribués à la syphilis héréditaire? trois seulement ont eu des lésions des muqueuses et des yeux pouvant être attribuées à cette origine; l'un d'eux, âgé de 3 ans, a une langue bizarre, desquamée, crevassée, fissurée, excoriée, ayant en somme des lésions minimes, mais que je ne serais nullement surpris de savoir contagieuses; 2 petits points sont leucoplasiques; il ne s'agit bien entendu pas de glossite marginée desquamative, à liséré de feston mobile, grisâtre et saillant à la périphérie. Un autre a des mucosités, des excoriations et des lésions d'une odeur désagréable dans les narines. Les cinq ont un visage asymétrique et des dystrophies. Les lésions de la peau ou des muqueuses caractéristiques de la syphilis sont donc très rares, puisqu'en 25 ans je n'en ai observé que cinq cas incomplets. Mais, l'esprit étant prévenu, informé de la possibilité de ces cas, on en trouvera probablement davantage dans l'avenir. Le 2^e générateur sain joue généralement le rôle de correctif. Si les accidents cutanés caractéristiques de la syphilis tertiaire sont très rares, extrêmement rares, les tares dystrophiques de la syphilis de 2^e génération sont remarquablement fréquentes; et, disons tout de suite, d'une part que ces enfants, dystrophiés par la syphilis des ascendants, peuvent prendre la syphilis pour leur compte (j'en ai vu plusieurs cas fort nets); et ensuite que, quelques-unes de ces dystrophies, une fois constituées, peuvent être à leur tour héréditaires.

Ce qui me frappe le plus dans les accidents de la syphilis de la 2^e géné-

ration, c'est la fréquence des affections viscérales, les asymétries, les dystrophies, les défauts d'équilibre dans le système nerveux, les névroses; ces sujets sont des détraqués, comme on dit vulgairement. Outre les tares dystrophiques, il y a de véritables affections, du côté de la langue, des yeux, du nez, des oreilles, des testicules, des méninges, etc. La mère a des fausses couches répétées et sans cause appréciable; elle finit par mettre au monde un enfant vivant, et résistant quoique né à 7 mois; celui-ci aura une enfance difficile, délicate, un développement retardé, des tics, et surtout de l'épilepsie. Les affections du cœur ne sont pas rares, non plus que celles de l'aorte; j'ai constaté un cas de rétrécissement mitral et deux cas d'insuffisance aortique qui ne peuvent, à mon sens, avoir d'autre cause que la syphilis héréditaire. J'ai observé une altération des veines qui sont molles, sans résistance, inégalement dilatées; de même de la dilatation des bronches; enfin et surtout des lésions du système nerveux central, des hémiplegies et des paraplégies. Je me souviens notamment d'un enfant âgé de 8 ans qui a de la paraplégie spasmodique et qui a une intelligence restreinte; or, sa mère est morte d'hémiplegie à 26 ans, et le père de celle-ci, le grand-père de l'enfant, avait une syphilis dont j'ai traité quelques manifestations et notamment une perforation par ostéite gommeuse typique, ou plutôt une destruction de la voûte palatine et du voile du palais. Le père de l'enfant vit encore et se porte très bien; la mère, de mœurs irréprochables, n'avait pas eu non plus jamais la syphilis acquise. Car, c'est là l'objection qu'on peut faire: qu'est-ce qui prouve que le sujet dont M. Ed. Fournier nous montre la photographie n'a pas acquis la syphilis pour son propre compte?

Beaucoup de ces enfants (*hérédo de seconde*) sont des névrosés et quelques-uns sont tout à fait incurables et constituent des inutilités, même des charges, pour le corps social. On se pénètre de plus en plus par l'observation de ces faits de l'action dégénérative et destructive de la syphilis sur la race humaine. J'insiste de nouveau sur les fausses couches et sur l'épilepsie. Quelques-uns surtout de ces enfants sont remarquablement beaux, vigoureux, sans tare aucune; l'un des ascendants dans ces cas a joué un rôle complètement correctif et épurateur.

Je ne veux pas insister; je terminerai en signalant l'importance qu'aura le travail de M. Ed. Fournier sur la thérapeutique de ces victimes de l'hérédité seconde. Chez ces enfants débiles, malingres, chétifs, anémiques, on hésitait complètement à donner le traitement spécifique mixte. On prescrivait le séjour à la mer, les bains salés, la vie au grand air, l'exercice, fort peu de travail; mais, même quand il y avait des affections viscérales, méningitiques, même avec paraplégie, on hésitait à prescrire encore le traitement mercuriel intensif. On osera à l'avenir prescrire en même temps que l'iodure de potassium, des frictions mercurielles ou des injections très surveillées. On ne se contentera plus des phosphates, des sirops iodotanniques ou de raifort plus ou moins iodé, de l'huile de foie de morue, etc. et on combattra la cause même de tant d'accidents, la syphilis, par son spécifique, par le mercure donné selon les doses que devra bien tolérer l'organisme. C'est là le réel progrès pratique qui peut découler de cette discussion, déjà fort intéressante au point de vue théorique et doctrinal.

M. ALEX. RENAULT. — Le rapport si documenté de M. Ed. Fournier montre la possibilité de lésions syphilitiques virulentes à la deuxième génération. Ce caractère de virulence rend indiscutable leur origine spécifique. Mais, quant aux dystrophies, je crois qu'il faut tenir également compte de l'alcoolisme qui produit, lui aussi, des dystrophies très analogues à celles que détermine la syphilis. Cette objection n'entame d'ailleurs en rien les conclusions du très remarquable rapport de notre collègue.

M. A. FOURNIER. — La syphilis à la deuxième génération me paraît aujourd'hui démontrée. Le rapport qui vient d'être lu contient quelques observations tout à fait probantes à cet égard.

Ce rapport a mis deux faits surtout en évidence, à savoir : 1° la syphilis héréditaire de deuxième génération est ultraféconde en dystrophies ; — 2° l'hérédité seconde peut donner lieu à de la syphilis vraie, c'est-à-dire, à une syphilis virulente.

Récemment le Dr Benjamin Tarnowsky a soulevé une difficulté un peu imprévue. D'après cet auteur, l'hérédité seconde peut bien produire des dystrophies, mais elle ne donne jamais la syphilis vraie, à moins qu'on n'ait affaire à la syphilis binaire. M. Tarnowsky appelle syphilis binaire les faits de réinfection syphilitique chez un hérédo-syphilitique avéré. Cette syphilis binaire peut être plus ou moins grave ; elle peut être intense ou moyenne ou légère ; elle peut même être abortive et, dans ce cas, l'hérédo-syphilitique contracte un chancre sans avoir d'autre accident ultérieur. Or, d'après M. Tarnowsky, l'hérédo-syphilitique de première génération ne donne lieu à une hérédo-syphilis seconde virulente que parce qu'il a subi une seconde infection, ayant pris la vérole pour son compte.

Mais on peut répondre que les lésions considérées par M. Tarnowsky comme des chancres de réinfection ne sont le plus souvent que des accidents tertiaires de la syphilis originelle. J'ai signalé depuis longtemps ces accidents sous le nom de *syphilomes tertiaires chancrifomes*. La nature de ces lésions est prouvée d'une façon péremptoire par leur *spontanéité* ; elles font éclosion en l'absence de toute contagion possible.

On fait une autre objection à la syphilis de deuxième génération. Beaucoup de médecins ne croient pas aux contagions à longue distance et pensent que la syphilis s'épuise sous l'influence du traitement et du temps. Or, entre autres faits, je viens précisément d'en observer un qui montre qu'il n'en est rien. Il s'agit d'un enfant de 15 mois nettement hérédo-syphilitique, dont la mère est saine, mais dont le père est syphilitique. J'ai retrouvé dans mes notes l'observation du père, et j'ai pu m'assurer qu'il a contracté la syphilis en 1878. Voici donc un cas d'hérédité syphilitique qui s'est manifestée 26 ans après le début de la syphilis paternelle.

M. ALEX. RENAULT. — La spontanéité et l'absence habituelle d'adénopathies permettent en effet de reconnaître le syphilome chancriforme. J'y ajouterai un troisième caractère très important, lorsque les deux premiers manquent : l'action curative rapide de l'iodure de potassium. La lésion disparaît rapidement sous l'influence de l'iodure, tandis que le mercure a peu d'action sur elle.

M. A. FOURNIER. — Le syphilome chancriforme peut s'accompagner par-

fois d'adénopathie; Vidal en a cité un cas dont le moulage se trouve au musée de Saint-Louis. Ces faits sont d'ailleurs très rares.

M. BROCOQ. — Je ne nie pas l'existence de l'adénopathie accompagnant le syphilome chancriforme; comme toutes les plaies il peut s'accompagner d'une inflammation ganglionnaire; mais l'absence de cette adénopathie constitue un excellent moyen de diagnostic, car le chancre sans adénopathie est très rare.

M. DE BEURMANN. — Quand j'étais médecin de l'hôpital Broca, j'ai été frappé du nombre de malades nettement hérédo-syphilitiques qui s'y présentaient avec le tableau complet de la syphilis secondaire. Quelques-uns de ces faits ont paru dans le mémoire que M. Delherm et moi avons publié sur les syphilis doublées.

M. BROCOQ. — J'ai fait souvent à l'hôpital Broca la même observation que M. de Beurmann.

J'ai souvent observé également le syphilome chancriforme décrit par M. Fournier. Il se reconnaît, non seulement à sa spontanéité, mais à l'absence ordinaire d'adénopathie.

M. BARTHÉLEMY. — C'est précisément dans les cas difficiles qu'il y a des adénopathies, car les plaies se sont infectées et les ganglions sont tuméfiés et douloureux.

M. BALZER. — J'ai observé il y a quelques années à l'hôpital du Midi un cas intéressant de gomme ulcérée du méat urinaire, qui pendant son évolution se compliqua d'une gomme de l'aine droite. Elle commença par le développement de trois ganglions qui fusionnèrent lentement et finirent par constituer une tumeur elliptique volumineuse qui se ramollit et s'ulcéra à son centre. Les deux ulcères du méat et de l'aine ne guériront que par un traitement énergique et prolongé. J'ai toujours pensé qu'il y avait eu transport des agents pathogènes de l'ulcère du méat aux ganglions du pli de l'aine, malgré la rareté du fait.

M. BARTHÉLEMY. — M. Balzer a parlé de gommages ganglionnaires; elles ne sont pas très rares; elles sont parfois symétriques; peut-être M. Balzer vient-il de donner l'explication de la formation de la symétrie de ces gommages. Mais il n'était pas question de cela dans la question soulevée par M. Brocq. Il ne s'agissait que des adénopathies symptomatiques du chancre ou des adénopathies dues au virus spécifique, adénopathies qui ne sont pas gommeuses, qui ne suppurent même pas, et qui ont pour règle de disparaître par résolution au moyen de frictions mercurielles et de repos.

Élection.

Au cours de la séance, a été nommé :

Membre titulaire : M. VERDALLE.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1904

Présidence de M. Alfred Fournier

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Sur le vernix caseosa, par M. J. DARIER. (Discussion : MM. SABOURAUD et JACQUET.) — Érythrodermie exfoliante généralisée, par M. J. DARIER. (Discussion : MM. MILIAN, BROCC, DARIER.) — Deux cas de radiodermite; influence de la source électrique alimentant la bobine sur l'absorption des rayons X et leur action thérapeutique, par MM. GASTOU et MARTIN. (Discussion : MM. SABOURAUD et BIS-SÉRIÉ.) — Dermite paratuberculeuse avec eczématisation superficielle fixe et récidivante, par MM. HUDELO, GASTOU et F. LEVY. — Un cas de syphilis héréditaire tardive; anomalies exceptionnelles d'implantation des dents, par MM. E. LESNE, LÖEDERICH et ROLLET. (Discussion : MM. A. FOURNIER et E. FOURNIER.) — Lympho-sarcome circonscrit de la langue, par M. DANLOS. (Discussion : MM. BROCC, DANLOS, SABOURAUD, BIS-SÉRIÉ.) — Érythrodermie ichthyosiforme bulleuse, par M. DANLOS. — Phlébites multiples au cours de la syphilis secondaire, par MM. GAUCHER et TOUCHARD. (Discussion : M. JULLIEN.) — Deux observations de tuberculides papulo-nécrotiques, par MM. F. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE. (Discussion : MM. BROCC, BALZER, HALLOPEAU.) — Sur un lupus végétant confondu primitivement avec des syphilides et une éruption iodique, par M. HALLOPEAU. — Guérison presque complète d'un lupus tuberculeux par le permanganate de potasse, par MM. HALLOPEAU et NORERO. — Guérison presque complète par les rayons X d'une acrodermatite suppurative continue remontant à 26 ans, par MM. HALLOPEAU et GASTOU. — Détail du traitement radiothérapique du malade présenté par MM. Hallopeau et Gastou, par M. DANLOS. — Verrues digitées développées sur un nævus pigmentaire, par M. Ch. AUDRY. — Résidus histologiques de l'électrolyse bipolaire, par M. Ch. AUDRY. — Rapport sur la « petite épidémie peladique » de MM. Gaucher et Lacapère, par M. L. JACQUET. (Discussion : MM. GAUCHER et JACQUET.) — Granulosis rubra nasi, par M. MARCEL SÉZ.

Ouvrages offerts à la Société.

TRIBELLI. — A proposito di alcuni casi di neurodermite cronica li-beare. Extr. : *Lo Sperimentale*, 1904.

— Del valore terapeutico delle acque di Salsomaggiore nelle malattie della pelle. Extr. : *L'Idrologia e Climatologia*, 1903.

— La superiorita dei veicoli acquosi sull'olio di vaselina per praticare le iniezioni sottocutanee di calomelano. Extr. : *Volume dedicato al A. Sca-renzio*, 1904.

— La blenorragia dal punto di vista medico-sociale. Extr. : *Tribuna medica*, 1903.

— Ueber di Zelldegeneration beim Rhinosklerom. Extr. : Monatshefte f. praktische Dermatologie, 1903.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL.

Sur le vernix caseosa.

Par M. J. DARIER.

A la séance du 7 juillet dernier MM. Sabouraud et Jacquet ont sollicité mon « arbitrage » sur une question qui les divisait. Je me suis prêté à leur désir et viens vous communiquer mes conclusions.

Mais auparavant, que mes excellents collègues me permettent d'exprimer le regret que leur polémique ait pris un ton assez agressif pour les obliger à recourir à une mesure aussi exceptionnelle que le choix d'un arbitre ! Les personnalités ne devraient-elles pas être exclues des travaux scientifiques ?

Les interprétations, les argumentations, les suspicions... n'ont rien à voir avec la recherche de la vérité. Ce qui nous intéresse c'est tout simplement la vérité, et non pas l'opinion plus ou moins exacte, ou plus ou moins erronée, de tel ou tel auteur.

Ceci dit, j'en viens à l'exposé de ce que j'ai vu : M. Jacquet m'a montré de bonnes coupes à main levée de peau de fœtus de divers âges fixée à l'acide osmique, et l'on y voit qu'à la surface de l'épiderme il y a toujours une couche noire. Tantôt cette bordure noire est relativement mince, formée de lamelles cohérentes, et correspond certainement à la couche cornée ; tantôt elle beaucoup plus épaisse et composée de deux couches ; l'une profonde, cohérente, qui est encore la couche cornée ; l'autre surajoutée, plus importante par sa masse, d'apparence non régulièrement feuilletée, mais plutôt grumeleuse, qui est le *vernix caseosa*. M. Jacquet m'a dit que les premières préparations, celles où l'on voit une bordure noire mince, une simple couche cornée, proviennent de fœtus dépourvus de vernix ou de fragments de peau dont il avait, avant fixation, enlevé le vernix par raclage.

M. Sabouraud m'a présenté d'excellentes coupes au microtome de la peau, fixée au formol et à l'acide osmique, d'un fœtus de huit mois. On y voit une couche cornée normale et point d'enduit surajouté, de vernix.

Ainsi M. Jacquet, s'il a omis de signaler l'existence de la couche cornée au dessous du vernix dans son travail du 5 mai et dans l'explication des figures schématisées qu'il a publiées, a eu raison de déclarer que la « pellicule osmique » de ses figures 2 et 3 correspondent à une couche de vernix (il eût fallu dire plus exactement « à

une mince couche cornée doublée d'une épaisse couche de vernix) ».

M. JACQUET n'a donc pas coloré sur le fœtus et figuré une simple couche cornée comme on la trouve chez l'adulte, mais bien une couche cornée *plus* un enduit qui est le vernix, et qui se colore aussi en noir par l'acide osmique employé comme il a coutume de le faire.

M. SABOURAUD n'a coloré qu'une couche cornée et rien de plus, parce que le fœtus qu'il a utilisé n'avait pas de vernix.

Les deux auteurs n'ayant pas vu la même chose, mais des choses différentes, sont tout naturellement arrivés à une conception différente : et voilà à quoi se réduisent leurs divergences !

Quoi qu'il en soit, il reste acquis qu'il existe des fœtus avec vernix et d'autres dépourvus de vernix ; que le vernix se colore en noir par l'osmium et contient par conséquent une proportion notable de graisse. A quoi tient cette différence? D'où vient la graisse? Quelle est la constitution exacte, l'origine et la signification exacte du vernix? Telles sont les questions qui nous intéressent tous et auxquelles les travaux en cours nous apporteront prochainement, je l'espère, une réponse satisfaisante.

M. SABOURAUD. — En remerciant M. Darier pour son obligeant arbitrage, je lui demanderai si les préparations de M. Jacquet lui permettent de dire que la couche noire superposée à l'épiderme corné est ou non de l'épiderme corné en débiscence?

M. DARIER. — Les préparations que j'ai vues ne me permettent pas de répondre à cette question.

M. JACQUET. — Je m'interdis, cela va sans dire, tout commentaire sur l'arbitrage de M. Darier, proposé par M. Sabouraud et accepté par moi; et cela d'autant plus volontiers que, sur le *point précis* soumis à cet arbitrage, il me donne toute satisfaction.

Mais je demande la permission de répondre aux nombreuses critiques que notre collègue m'a adressées à d'autres points de vue, à moins que M. le Président et la Société ne préfèrent joindre cette discussion à l'exposé d'un travail que nous vous communiquerons, M. Rondeau et moi, lors de la prochaine séance et où nous rectifierons sur certains points, étendrons et compléterons sur d'autres, notre manière de voir primitive.

Érythrodermie exfoliante généralisée chez un nouveau-né. (Eczéma séborrhéique de forme érythrodermique ou dermatite exfoliative des enfants à la mamelle.)

PAR M. J. DARIER.

On a l'impression, quand on examine l'enfant que je vous présente, que l'éruption dont il est couvert est de celles qu'il est facile de déterminer et de classer. Ce bébé est en effet rouge de la tête

aux pieds et, presque dans toutes les régions, sa peau desquame en larges lamelles : il s'agit donc d'une *érythrodermie exfoliante*. Mais tant de maladies diverses peuvent affecter cette forme qu'il faut analyser le fait d'un peu plus près pour arriver à un diagnostic précis.

OBSERVATION (1). — Le 25 octobre dernier, l'enfant G..., Marcelle, nous était apportée par sa mère à la consultation dermatologique de la Pitié.

C'est le premier enfant d'une mère âgée de 25 ans.

Il est venu à terme le 5 septembre 1904.

Le père est bien portant et n'a aucune maladie de peau.

La mère s'est bien portée pendant la grossesse. Elle est un peu frêle et présente une *blépharite séborrhéique*, avec un orgelet et des cils rares et irréguliers.

La peau de la face est modérément séborrhéique; chute modérée des cheveux après les couches.

Elle a eu dans les jours qui ont suivi l'accouchement une légère élévation thermique (38°).

L'enfant, tout à fait saine, pesait, à la naissance, 2^{kg},100, et un mois après, 2,400.

Elle n'a jamais pris autre chose que le sein. Elle se salit 3 fois par jour. Les matières sont de bonne consistance.

Quelques jours après la naissance, elle a eu une desquamation généralisée qui lui a laissé une rougeur aux fesses.

Début. — L'éruption actuelle a débuté le 21 octobre, derrière l'oreille gauche. Elle a gagné ensuite la région auriculaire, puis la nuque.

État actuel (25 octobre, 4 jours après). — Actuellement, les régions prises sont : Le cuir chevelu dans son entier (les cheveux ne sont pas tombés); les deux oreilles, le front et le pourtour des yeux, le nez, sauf à sa racine.

Les deux joues, le menton et les lèvres sont intacts, sauf 5 taches lenticulaires éparses.

L'éruption devient confluyente sur le cou et la nuque.

Le tronc est pris en entier, sauf quelques réserves, sur la région du grand pectoral gauche.

Au membre supérieur, les deux tiers du bras droit, le quart du bras gauche sont envahis.

A l'avant-bras, petites taches disséminées.

Les régions fessières et génitales sont prises dans leur ensemble, ainsi que les membres inférieurs, y compris les plantes.

Les ongles sont tous normaux.

Les muqueuses buccale, conjonctivale et vulvaire sont intactes.

L'éruption consiste essentiellement en une rougeur de la peau de la teinte du rouge scarlatineux. La surface est lisse sur les paupières, les organes génitaux et le membre inférieur tout entier.

Mais sur le front, l'abdomen et le dos, il existe des croûtes jaunâtres, peu

(1) L'observation a été rédigée par MM. Dauge et Roudinesco, externes du service.

épaisses, adhérentes, de consistance molle, grasseuse plutôt que sèche.

Sur la face et le thorax, au lieu de croûtes, il y a un *enduit épidermique sec squameux*.

Les contours des placards, au niveau des réserves, sont nets, arrêtés et de configuration géographique.

Le 26 octobre, on commence un traitement par lavages avec une solution de boricine et onctions avec un glycérolé ichthyolé et soufré.

Le 27 octobre, la coloration normale tend à réparaître autour des genoux. Dans son ensemble, l'éruption est moins rouge, moins squameuse; Mais sur le front et au cuir chevelu les squames grasses ne se détachent pas ou très mal.

Au lobule de l'oreille gauche apparaissent des surfaces suintantes.

L'éruption est un peu plus étendue autour des lèvres, de sorte qu'il ne reste intacts à la face que la moitié inférieure des joues et le menton, et encore y trouve-t-on quelques taches lenticulaires.

Le 31 octobre, la face est aujourd'hui entièrement prise, par confluence des taches précédemment signalées.

De même les membres supérieurs sont pris dans leur ensemble, sauf la région cubitale et le dos de la main gauche, où il n'y a que des éléments disséminés sur peau saine.

Sur la région des genoux qui avait précédemment pâli, et dans toutes les régions antérieurement atteintes, apparaît une desquamation foliacée par grands lambeaux.

Muqueuses intactes.

Poids de l'enfant à ce jour : 2^{kg},850.

Le 2 novembre. Etat général conservé bon. Il n'y a pas d'amaigrissement apparent. La digestion est normale, le sommeil bon, le cri est normal. La respiration est pure.

La peau, dans son ensemble, est d'une rougeur uniforme, lisse, sauf dans la région du cuir chevelu, le haut de la face, le haut du dos, les avant-bras et les mains, ainsi que dans quelques parties du thorax, où on trouve une desquamation foliacée, lamelleuse, mince, collodionnée.

Les squames sont de dimension lenticulaire sur la tête; elles mesurent un ou plusieurs centimètres sur le thorax et les membres; avant de se détacher, elles restent adhérentes par leur centre. Aux fesses, aux aines et à la base du thorax, la peau est lisse, rouge, sans squames.

Les poils du corps sont conservés; les ongles sont normaux.

Il ne semble pas y avoir de prurit.

Pas de ganglions perceptibles.

Ce matin, 3 novembre, l'éruption rouge est absolument généralisée, totale, universelle. Desquamation en petites lamelles grises sur le front et le cuir chevelu; partout ailleurs, desquamation large, lamelleuse, fine, collodionnée, sauf sur les fesses, le haut des cuisses et quelques régions de l'abdomen, mais y compris les faces palmaires et plantaires.

En résumé, érythrodermie exfoliante totale, à point de départ péri-auriculaire, qui s'est généralisée en 9 jours chez un enfant de 5 semaines, sans troubles généraux notables.

Discussion du diagnostic. — De quoi peut-il être question ?

En premier lieu on ne peut pas songer à une *éruption artificielle* ou *médicamenteuse*. La mère, très soigneuse, tient son enfant parfaitement propre ; elle ne lui a appliqué, avant de nous voir, aucun topique, ne lui a donné aucun médicament, ni aucun aliment ou boisson, autre que son lait ; les tétées sont bien réglées ; les mamelons sont lavés avant et après à l'eau bouillie ou à l'eau boriquée. Il n'est entré, depuis l'accouchement qui a eu lieu chez une sage-femme, aucun médicament dans la famille ; on n'y conserve ou n'emploie ni sublimé, ni calomel, ni aucune substance pouvant être nocive. Dans cette voie notre enquête très complète n'a donné qu'un résultat négatif.

Il n'y a dans l'entourage aucune maladie de peau. L'enfant n'a été confiée à personne et aucun autre enfant ne l'a approchée depuis sa naissance.

On a décrit sous le nom de *dermatite exfoliative des enfants à la mamelle*, à la suite des observations de Ritter von Rittersheim (1878), une forme morbide qui a fait l'objet des travaux de nombreux auteurs, notamment de Winternitz et de Luithlen (1899). Brocq en a fait une description sommaire dans son article sur les Érythrodermies exfoliantes de la *Pratique Dermatologique* (T. II, p. 598) Elle commence d'ordinaire très peu après la naissance, par le pourtour de la bouche, gagne rapidement tout le tégument et en dernier lieu les extrémités. L'éruption est rouge sombre et sèche ou quelquefois suintante. Mais, d'après les auteurs, cette dermatite est grave ; il y a souvent de la fièvre et des symptômes généraux ; la mort survient dans la moitié des cas souvent en une semaine, les lésions cutanées sont accentuées et quelquefois bulleuses. Les rapports de cette érythrodermie avec le pemphigus foliacé sont diversement appréciés.

Notons que notre enfant n'a présenté aucune trace de bulle ou de vésicules, que son état général semble bon, que les lésions paraissent peu profondes. En somme, il me semble difficile de classer ce cas sous cette rubrique, mais cela est soutenable.

Le mode de début de l'éruption actuelle, les caractères qu'elle affectait avant sa généralisation, la conservation d'un bon état de la santé générale, m'ont conduit à une autre interprétation : je pense qu'on est peut-être en présence d'une *érythrodermie consécutive à un eczéma séborrhéique*.

Nous savons tous que l'eczéma séborrhéique n'est pas un eczéma, qu'il est plus voisin du psoriasis, et n'a rien à voir avec la séborrhée. D'ailleurs la séborrhée infantile est un sujet d'actualité brûlante sur lequel on fait mieux de glisser. Mais chacun ici comprend à quoi je fais allusion.

Je me base sur le début par le sillon rétro-auriculaire ; sur les croûtelles jaunâtres qui existaient alors sur le front et le cuir chevelu ; sur l'aspect des taches isolées en peau saine que j'ai observées sur les joues et les avant-bras au début, et qui avaient absolument les caractères de ce qu'on est convenu d'appeler l'eczéma séborrhéique des adolescents, sur l'existence de blépharite ciliaire séborrhéique chez la mère ; enfin sur le bon effet du traitement ichtyolé et soufré.

La généralisation totale et rapide de cette dermatose est possible, mais rare ; l'aptitude des nouveau-nés à la généralisation des éruptions peut ici être invoquée.

Quoi qu'il en soit, ce diagnostic, et le pronostic relativement favorable qu'il comporte, me semblent justifiés et je serais heureux de l'entendre critiquer par mes collègues.

M. G. MILIAN. — J'ai observé un cas tout à fait identique à celui de M. Darier au mois de juin dernier.

Il s'agissait d'une petite fille de 8 semaines, née de parents jeunes, après 3 ans de mariage, et qui me fut envoyée par le Dr Neubauer, d'Asnières. Les beaux-parents, en présence d'une pareille éruption, suspectaient « quelque avarie » chez leur gendre.

Au premier coup d'œil, le diagnostic de syphilis fut écarté et d'ailleurs l'enquête auprès des parents resta absolument négative. Celle-ci fut facile à réaliser immédiatement, car le grand-père, la mère, le père et la nourrice venus en cortège pour cet événement purent être examinés séparément et en toute liberté.

L'éruption avait commencé par les fesses et les cuisses quelques jours auparavant et s'était généralisée.

Le 7 juin, date de mon examen, l'enfant était rouge comme une écrevisse des pieds à la tête. Il restait cependant sur le tronc quelques intervalles de peau absolument saine. Le maximum de rougeur existait aux fesses et aux cuisses ; la face et le cuir chevelu étaient également très pris. Il y avait, en outre, sur le corps, d'abondantes et larges squames grasses. A la plante des pieds, la desquamation était plus sèche et plus fine, formant des circinations. Il va sans dire qu'il n'y existait (pas plus qu'aux paumes des mains) aucune lésion pemphigoïde.

Malgré cette éruption intense qui me fit songer tout d'abord à l'hydrargyrie, l'état général de l'enfant était bon : pas de faiblesse, pas d'amaigrissement, bon appétit, car l'enfant tétait toutes les deux heures avec avidité ; viscères normaux : poumons, cœur, foie et rate qui ne présentent aucune anomalie à la percussion et à l'auscultation.

Ce contraste entre le bon état général et l'intensité de l'éruption est frappant.

Je cherche avec le plus grand soin les causes d'intoxication : mercure intus et extra, arsenic, antipyrine, sans en trouver aucune. La nourrice en fait usage d'aucun médicament, quoiqu'elle soit un peu délicate et assez

anémique. Elle est blonde et s'est soignée deux ans pour une « chlorose » aujourd'hui améliorée et dont elle ne s'inquiète plus.

Les parents sont sains et bien portants. L'enfant pesait 2^{kg},510 à la naissance.

Traitement : pommade soufrée faible.

Le 16 juin 1904, je revois l'enfant très amélioré. La rougeur est moins intense, la desquamation est moindre. L'état général est excellent. L'enfant pèse 2^{kg},950.

Le 30 juin 1904, toute efflorescence cutanée est à peu près complètement disparue. La guérison est obtenue.

L'enfant est très calme, dort bien, a bon appétit. A noter pourtant une constipation assez forte qui a nécessité l'administration de quelques suppositoires à la glycérine ; fait assez anormal, est apparue depuis 3 jours une incisive médiane inférieure.

Aujourd'hui, 3 novembre 1904, la guérison s'est maintenue sans aucune récurrence.

Je ne sais quels rapports cette affection possède avec la séborrhée, mais le cas se juxtapose absolument à celui de M. Darier. C'est pour cela qu'il m'a paru intéressant de l'en rapprocher.

Deux points me paraissent à souligner dans cet état morbide : 1° L'affection semble revêtir une allure cyclique : évoluant en quatre semaines environ et passant par une période d'augment, une période d'état, et une période de défervescence pour aboutir à la guérison.

Je n'en juge pas seulement par ce fait, mais par une observation totalement identique que j'ai eu l'occasion de suivre chez l'adulte.

2° Il faut opposer l'excellente conservation de l'état général et des fonctions viscérales à la gravité des lésions cutanées, et, partant, insister sur la bénignité du pronostic d'une affection qui, au premier abord, paraîtrait devoir être mortelle.

Je pense que ces faits seront également vérifiés dans l'observation de M. Darier.

M. Brocq. — Je n'ai pas eu, en examinant cet enfant, l'impression qu'il fût atteint de l'érythrodermie exfoliative de Ritter von Rittersheim. Cette maladie apparaît la première semaine après la naissance, commence autour de la bouche, les muqueuses sont presque toujours intéressées. J'aurais plus de tendance à regarder la maladie de cet enfant comme une variété de ces éruptions auxquelles, M. Audry et moi, nous avons donné le nom de séborrhéide. Ces affections sont, comme celles que présente cet enfant, voisines du psoriasis, elles en diffèrent cependant par certains caractères élémentaires et elles se généralisent plus facilement que lui.

M. DARIER. — L'influence favorable du traitement par l'ichthyol et le soufre vient encore confirmer cette opinion qu'il s'agit probablement d'une séborrhéide.

Deux cas de radiodermite, influence de la source électrique alimentant la bobine sur l'absorption des rayons X et leur action thérapeutique.

Par MM. GASTOU et MARTIN.

L'un de nous, en collaboration avec Vieira et Nicolau, à l'occasion d'une communication sur le traitement de la teigne par les rayons X, avait soulevé la question de non identité d'action de ces rayons, suivant la nature de la source électrique qui les produit : machine statique ou bobine.

A cette époque, 1902-1903, les mesures de la quantité de rayons absorbés n'existaient pas ; on s'en tenait aux voltage, ampérage, degré du radio-chromomètre, étincelle équivalente, temps, durée d'exposition, distance à l'ampoule. Depuis lors, grâce aux pastilles de Holzknacht et Sabouraud, on ne tient compte que de la quantité d'H absorbés, quel que soit le temps et même la distance.

La notion de quantité d'H est comparable ainsi à une dose fixe de médicament nécessaire pour produire tel ou tel effet. L'origine de la quantité serait indifférente en radiothérapie : statique ou bobine donneraient des rayons X de même nature et produisant les mêmes effets.

Or il nous semble que la question de la radiothérapie n'est pas aussi simple, et que si la question de quantité est une base fixe, facile actuellement, grâce aux moyens de mesure, à déterminer, la façon dont est donnée cette quantité n'est point indifférente.

Il en serait de la quantité H comme d'une dose de calomel qui peut être absorbée soit en une seule prise massive, soit en doses fractionnées, réparties sur plusieurs heures.

La machine statique et la bobine produisent en effet des rayons X d'une façon un peu différente. Ainsi que le dit Leduc, dans le *Traité de radiologie* de Bouchard, la machine statique donne un débit continu, sous un voltage fort, mais avec une faible intensité des rayons (Oudin), tandis que la bobine produit un courant alternatif dans les conducteurs, avec des variations de potentiel rapides et étendues, avec un ampérage souvent très fort, et donne naissance à un champ électrique oscillant.

En outre, avec la bobine il faut tenir compte du nombre des interruptions qui augmentent ou diminuent le débit électrique, modifient par suite à chaque instant l'intensité du courant et la quantité de rayons fournis dans des temps successifs.

Ces différences assez marquées n'auraient pour la plupart des radiothérapeutes aucune influence, puisqu'en définitive la quantité H absorbée doit rester toujours la même.

Cependant, d'après certains accidents qui se produisent, malgré

que la quantité H absorbée reste la même, il semble bien qu'il y a autre chose d'important dont il faut tenir compte, et qu'en dehors des qualités de l'ampoule il y a la qualité et la nature des rayons, la façon dont on les fait absorber.

De sorte que même en se plaçant dans les mêmes conditions de quantité H absorbée, on puisse avoir des radiodermites avec la bobine, alors qu'elles ne se produisent pas avec la machine statique.

De ceci les observations suivantes résumées sont la preuve.

PREMIER CAS. — Epithélioma de la paupière inférieure et de la racine du nez, traité par les rayons X.

M. P..., 60 ans, est en traitement depuis le 21 décembre 1903 pour un épithélioma. Dans les huit premières applications, les rayons X étaient produits par une machine statique à douze plateaux (type Drault).

Ces applications ont été faites ainsi : quatre séances de suite, deux jours de repos, quatre jours de repos et de nouveau arrêt de quatre jours; la distance de l'anticathode était de 20 centimètres, la durée des séances de vingt minutes, l'étincelle équivalente, 4 centimètres.

A la suite, repos de six semaines.

La machine statique ne fonctionnant pas, le malade étant pour ainsi dire guéri, on fait néanmoins, pour une érosion insignifiante à l'angle interne des paupières, deux séances à un jour d'intervalle avec la bobine, sous un voltage de 20 et ampérage de 5.

Le malade, le 22 mars, est complètement guéri, ainsi qu'en fait foi la photographie.

En mai, il revient pour une récurrence. On reprend : cinq séances avec la machine statique. Ces séances sont faites tous les deux jours dans les conditions suivantes :

Distance à l'anticathode.....	5 centim.
Durée d'application.....	20 minutes.
Étincelle équivalente.....	5 —
Quantité d'H absorbée.....	7 —

Le 27 mai la récurrence est guérie sans incidents.

Jusqu'en juillet il ne se produit rien de nouveau. Le malade revient alors pour un nouveau point d'épithélioma au-dessus de l'aile du nez. — Séances à la machine statique les 23, 25, 27 et 29 juillet; le malade guéri.

Le 30 septembre, il revient dans le but de modifier un ectropion consécutif à la rétraction cicatricielle. D'ailleurs l'ulcération du nez a récidivé légèrement.

La machine statique étant en réparation, il est traité à l'aide de la bobine.

Séance de vingt minutes le 1^{er} octobre, sous 8 ampères et 16 volts, avec étincelle équivalente 5 et 7 H. (Holzknecht).

Séances les 4 et 11 octobre. Il a, ce dernier jour, un léger érythème qui oblige par prudence à suspendre les séances. Huit jours après il a une

radiodermite intense. Il se produit un érythème violacé livide envahissant les régions malaires, sous-orbitaires temporales. La paupière inférieure se tuméfie, la conjonctive oculaire s'injecte légèrement, il se produit des érosions superficielles sur la paupière inférieure et le côté droit du nez. Les jours suivants, exsudation fibrino-purulente, douleurs légères, et surtout gêne fonctionnelle.

Aujourd'hui, 3 novembre, grâce à des pulvérisations d'eau bouillie et à l'application de compresses humides aseptiques, la guérison de la radiodermite n'est plus qu'une affaire de quelques jours.

DEUXIÈME CAS. — *Tuberculose pulmonaire du sommet gauche avec fonte et bacilles abondants dans les crachats, traitée par les rayons X.*

M^{me} D..., 22 ans, est traitée, depuis le 20 novembre 1903, par les rayons X, de la façon suivante :

Première séance, 20 novembre, puis quatre séances, une tous les deux jours avec la bobine.

Durée.....	15 minutes.
Distance.....	20 centimètres.
Étincelle équivalente.....	6
Ampérage.....	5
Voltage.....	60

A la suite de la cinquième séance, huit jours environ après, chute des cheveux spontanée du côté de l'application des rayons qui avait lieu sous la clavicule gauche. Léger érythème.

Le même jour, le préparateur présente également un érythème intense avec prurit.

Ces érythèmes sont attribués à des rayons parasites, émanés de l'ampoule non isolée complètement.

Du 30 novembre au 21 décembre, arrêt de traitement. Reprise le 21 décembre avec la machine statique, dix séances, tous les deux jours, avec durée de vingt minutes, distance de 20 centimètres, étincelle équivalente 0,04.

Il y a une amélioration notable : la toux et l'expectoration semblent diminuées, on perçoit des frottements au sommet.

La malade reprend, le 10 avril, ses séances à la machine statique : distance de l'anticathode, 5 centimètres, durée vingt minutes, étincelle équivalente 5; quantité absorbée 6 H.

Onze séances sont faites à trois ou quatre jours d'intervalle chaque.

Le 4 juin, reprise : onze séances.

Du 2 au 17 septembre : quatre séances.

Le 7 octobre, la machine statique ne fonctionnant pas, on emploie la bobine (ampérage 8, voltage 16); trois séances à cinq jours d'intervalle chaque et toujours dans les mêmes conditions.

La malade a, huit jours après la dernière séance, un érythème violacé œdémateux intense, qui aboutit à la formation de deux petites phlyctènes.

Comme on le voit, ces deux cas de radiodermites sont survenus au moment de la reprise des séances avec la bobine, alors qu'il n'y en avait pas eu avec la machine statique.

Or, vers le même temps, les pastilles de Holz knecht ayant été modifiées par leur inventeur, et par suite n'étant plus comparables à l'étalon, il fallait se demander si la quantité de H absorbée avait été plus forte.

Pour le vérifier nous avons fait successivement des essais avec les pastilles de Sabouraud-Noiré, avec les nouvelles pastilles de Holz knecht en même temps qu'étaient impressionnées des plaques et papiers recouverts d'un radio-chromomètre.

En nous plaçant exactement dans les mêmes conditions d'expérience nous sommes arrivés à ces conclusions :

1° Que les pastilles de Holz knecht nous avaient donné des renseignements trompeurs sur la quantité d'H absorbée ;

2° Qu'avec le procédé de Sabouraud-Noiré la quantité d'H absorbée dans le même temps était bien supérieure avec la bobine qu'avec la machine ;

3° Que cette quantité absorbée, toujours dans le même temps, variait avec l'ampérage, le voltage, et surtout la fréquence des interruptions.

Voilà les conclusions expérimentales, elles demandent à être complétées, car il y a lieu de tenir compte dans l'application thérapeutique :

1° De la rapidité de pénétration des rayons X en un temps donné ;

2° De la façon dont pénètre la quantité H, soit sous forme de portions successives, véritables doses fractionnées ou en bloc (les rayons X pouvant agir à la fois chimiquement et par traumatisme) ;

3° De la nature électrique et chimique de ces rayons ;

4° De leur association à d'autres rayons encore inconnus dans leur essence ;

5° Des conditions de résistance des tissus (peau, sang, etc.).

Enfin il ne faut pas oublier que même à quantité H égale, avec une ampoule dans des conditions identiques, cette quantité n'est pas donnée à doses régulières : la constitution des faisceaux de rayons X émis, variant en effet pour un même tube avec la fréquence des décharges et l'état de l'ampoule, et par là même aux divers moments de son fonctionnement (Imbert et Bertin).

C'est sur ces éléments d'action encore inconnus que nous avons voulu attirer l'attention de la Société, en cherchant expérimentalement à expliquer ces deux cas de radiodermites, afin, à l'avenir, d'éviter si possible de semblables désagréments et des souffrances inutiles aux malades.

M. SABOURAUD. — On peut avoir des accidents avec la machine statique comme avec la bobine si la quantité et la qualité des rayons émis et absorbés ne sont pas strictement déterminées. Le radiomètre X, dont nous

avons expliqué le mode d'emploi au cours d'une précédente séance, donne ces indications de la façon la plus précise : on ne doit jamais dépasser sa teinte étalon qui est obtenue pour une quantité d'environ cinq des anciennes unités H de Holzknacht. La radiodermite érythémateuse simple que cette dose de rayons X peut provoquer sur certaines régions comme les paupières, l'aîne et l'aisselle ne doit pas être dépassée, et quand, par exemple, il s'agit d'un épithélioma, il suffit de répéter les séances aussi souvent qu'il est nécessaire en laissant entre chacune d'elles le temps suffisant au retour du calme, c'est-à-dire 15 jours ou 18 jours au maximum.

M. BISSERRÉ. — La variété de l'appareil générateur est sans grande importance si on a soin de ne pas dépasser 5 à 6 H.

**Dermite paratuberculeuse avec eczématisation superficielle
fixe et récidivante.**

Par MM. HUDELO, GASTOU et F. LÉVY.

La malade, que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société, offre à la main droite une lésion récidivante, lentement extensive depuis cinq années, dont les caractères objectifs et histologiques légitiment le diagnostic que nous émettons.

M^{lle} C. R..., entrée le 24 août 1904, salle Gibert, est âgée de 20 ans; cuisinière de profession, elle ne présente aucun antécédent de famille à noter : ses parents sont vivants et bien portants; elle a trois frères et sœurs plus âgés qu'elle et de santé parfaite.

Elle-même n'a jamais souffert d'autre maladie que de maux d'yeux soignés depuis l'enfance et qu'attestent des taies cornéennes de l'œil droit; elle a de plus une dacryocystite du même côté actuellement soignée aux Quinze-Vingts. Formée à 15 ans, elle a toujours eu des époques irrégulières.

Néanmoins, elle ne présente point l'aspect général valétudinaire; on ne constate sur elle ni adénopathies, ni abcès, ni cicatrices quelconques. En somme, l'enquête, tant au point de vue de la tuberculose qu'au point de vue de la syphilis acquise ou héréditaire, est absolument négative.

C'est il y a 5 ans, qu'après quelques jours de démangeaisons et de picotements, la malade remarqua une desquamation de l'annulaire droit (face interne), qui dura peu, et la peau redevint normale. Quelques semaines après, nouvelle récurrence bientôt guérie, et ainsi de suite à plusieurs reprises pendant 4 ans.

Il y a 1 an seulement que les lésions ont envahi successivement le médius et l'index; l'hiver dernier, extension à l'auriculaire, au dos et à la paume de la main.

Actuellement, la topographie des lésions est la suivante : faces dorsales et latérales des troisième et cinquième doigts de la main droite, face dorsale du quatrième, faces dorsale et interne de la première phalange de l'index; sur le dos de la main, le territoire malade est limité en haut par la

racine, des trois derniers doigts et en bas par une ligne convexe qui passe à trois doigts au-dessus du poignet. On note sur le dos de la main un deuxième placard plus petit, au-dessous de la racine de l'index. Du côté palmaire, atteinte du cinquième doigt, et de la première phalange de l'index et du médus; sur la paume elle-même, territoire ovalaire ayant sa base à la racine des trois derniers doigts et son sommet au niveau du troisième pli palmaire. Chaque poussée, précédée pendant quelques heures de sensations de picotements, de prurit, de chaleur, de fièvre dans la main, se caractérise par l'apparition de petites vésicules, du volume de petites têtes d'épingles, à contenu bien clair, qui se rompent bientôt pour faire place à des croûtelles brunâtres ou à des érosions rouges, superficielles.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, il y a 1 mois, les placards malades sont caractérisés par une surface érythémateuse, assez homogène, sauf de place en place, et surtout vers la lisière, des reliquats de lésions récentes, sous forme d'îlots eczématiformes, légèrement humides, érosifs, ou recouverts de croûtelles; nous constatons une ou deux vésicules encore nettes vers la bordure. Sur certains points, légère desquamation lamelleuse. On ne voit aucune rhagade, aucune fissure. Au pincement de la peau, on ne sent guère d'épaississement, ni d'infiltration profonde diffuse ou nodulaire; pas de bourrelet de bordure. Intégrité des orifices folliculaires.

Les ongles des troisième, quatrième et cinquième doigts sont altérés; aux quatrième et cinquième doigts, dépressions punctiformes ou en sillons transversaux, sans épaississement du corps de l'ongle, avec intégrité des lunules. Au cinquième doigt, l'ongle n'est malade qu'au niveau de la lunule érodée, qu'entoure un bourrelet cutané tuméfié, rouge et douloureux. Les ongles ne sont jamais tombés.

La lésion est traitée d'abord par des pansements humides à l'eau bouillie, puis des applications de pâte de zinc. Des essais modérés d'huile de cade sont bien vite abandonnés, ils provoquaient de l'irritation et une tendance à la pustulation, qui ont nécessité la reprise du pansement à l'eau bouillie.

Aujourd'hui (1^{er} novembre) les lésions sont en voie d'amélioration; les contours sont moins nets; la peau est redevenue normale sur un grand nombre de points, à peine un peu rouges. Toutefois, notons qu'il vient de se produire il y a 48 heures sur le dos des deux dernières phalanges de l'auriculaire, sans que la malade ait remarqué de vésicules nettes, de petites érosions eczématiformes avec léger suintement clair. Enfin, la main gauche, qui jusqu'ici était restée absolument indemne, a été, il y a une dizaine de jours, au niveau du bord interne du pouce, le siège d'une éruption de quelques petites vésicules bientôt crevées, donnant issue à un liquide clair. Aujourd'hui, on ne voit plus qu'un petit placard, sec, légèrement squameux et très prurigineux.

Rien à noter aux pieds, ni sur le reste du corps.

En présence de ces caractères objectifs, notre première impression avait été en faveur d'un eczéma: la marche par poussées vésiculeuses, suivies de croûtelles et d'érosions, aboutissant à des placards secs, squameux, était favorable à cette hypothèse. Mais de

quelle variété? S'agissait-il d'une dermatite eczématiforme professionnelle? Mais la persistance de la lésion depuis cinq ans, avec extension des plus lentes, son unilatéralité, l'absence de polymorphisme des lésions, la rareté des éléments pustuleux, enfin la résistance de la lésion depuis plus d'un mois à la suppression de toute cause d'irritation étaient autant d'objections sérieuses. Mêmes objections à l'hypothèse d'une dyshidrose eczématisée : unilatéralité, intégrité des pieds, absence de grosses vésicules dyshidrosiques, défaut de rapport des poussées avec le retour saisonnier des chaleurs. On pouvait penser encore à une eczématisation de séborrhéides, d'autant que la malade disait avoir présenté il y a trois ans, dans le cuir chevelu et les sourcils, une éruption d'éléments suintants qui se recouvrirent de croûtelles jaunâtres, en même temps que des plaques eczématiformes des joues, qui d'ailleurs guérirent rapidement et spontanément. La ténacité et la fixité des lésions actuelles sont au moins singulières; enfin, on ne trouve aucune séborrhéide ni aux plis, ni au thorax, ni au cuir chevelu.

L'hypothèse d'une névrodermite avait pour elle précisément cette fixité des lésions, le caractère prurigineux pré-éruptif, le fait encore qu'il y a un an la malade vint consulter à Saint-Louis pour un prurigo des avant-bras dont il semble persister quelques macules pigmentaires.

Notre lésion diffère tout à fait comme topographie, comme évolution, comme signes objectifs des acrodermatites de M. Hallopeau.

Nous dûmes éliminer de même la trichophytie (pas de circination géométrique, pas de champignons constatables, ni cultivables), et l'hypothèse d'une blastomycose à laquelle M. Sabouraud avait pensé.

Devant ces indécisions, nous priâmes M. Gastou de faire une biopsie, et voici les résultats de son examen.

Examen histologique d'un fragment de peau biopsié sur la face dorsale de la main :

La biopsie a porté sur un point où existaient à la fois des lésions pustuleuses, squameuses et érosives.

A un faible grossissement les coupes sont formées de deux parties distinctes : l'une, à digitations épidermiques papillomateuses, recouverte d'une couche cornée épaissie, l'autre sans épiderme ni couche cornée, ayant à la surface libre la même constitution que dans la profondeur.

A la surface de la partie papillomateuse il existe de l'hyperkératose et des lésions de dyskératose.

Les couches cornées forment une série de lamelles plates, exfoliantes, dans lesquelles se voient de nombreux noyaux aplatis. Entre les lamelles sont des nids de cellules polyucléaires, constituant de petits abcès miliaires intra-épidermiques superficiels.

On ne rencontre pas ces abcès dans la profondeur.

La couche granuleuse est aplatie, atrophiée, disparue dans son ensemble.

Les couches superficielles présentent les altérations les plus variées. Tantôt les cellules épidermiques sont comme gonflées, analogues d'aspect aux cellules superficielles des muqueuses dermo-épidermiques; tantôt elles présentent autour du noyau une auréole blanchâtre, comme cavitaire.

L'altération vésiculeuse s'ébauche également entre la couche de cellules granuleuses et la limite des cellules crénelées. Là, on voit des cavités aplaties, cloisonnées par des filaments et remplies de leucocytes polynucléaires et de lymphocytes.

Les digitations épidermiques ne présentent rien de spécial dans leur structure. Elles sont nettement délimitées au voisinage des papilles.

La région papillaire dans la partie papillomateuse, comme du reste en toutes les autres parties des coupes, est formée d'un véritable réseau vasculaire, entre les mailles duquel existe une infiltration discrète dans certaines papilles, plus serrée et cohérente dans d'autres.

Les vaisseaux des papilles sont tous dilatés, on les dirait augmentés de nombre. Le tissu conjonctivo-élastique interpapillaire est augmenté d'épaisseur, œdémateux.

Dans la partie des coupes où l'épiderme n'existe plus, l'ensemble de la coupe donne l'aspect d'une masse infiltrée uniforme.

En regardant attentivement on voit un réseau conjonctif formant des mailles, et l'ensemble est tout à fait celui d'un tissu réticulé lymphoïde.

D'ailleurs, l'ensemble de l'infiltration rappelle le tissu ganglionnaire.

Les cellules sont égales. Les noyaux ronds, occupant une partie du protoplasma : l'aspect général des cellules d'infiltration est celui d'un gros leucocyte mononucléaire.

Au milieu de ces cellules, il en est qui rappellent les plasmazellen; mais elles ne forment pas de groupement caractéristique.

Les cellules d'infiltration n'ont pas d'ordination nettement déterminée, cependant on en voit des amas isolés, formant des groupes de 6 à 8 et plus, et semblant loger dans une cavité lymphatique.

Ailleurs, elles forment des traînées à la périphérie d'un vaisseau, mais sans l'entourer.

Les lésions vasculaires sont surtout la dilatation et la prolifération endothéliale avec épaississement des parois. Ainsi que je l'ai mentionné ci-dessus, il n'y a pas de manchons cellulaires périvasculaires nets; l'infiltration est massive, uniforme, totale dans l'ensemble; diffuse et cependant à systématisation vasculaire dans certaines régions. Dans une portion périphérique de la préparation, sous les digitations épidermiques, là où cet épiderme est le plus hyperkératosique et dyskératosique, existe un énorme bloc de cellules épithélioïdes tassées et complètement isolées de la masse cellulaire et d'infiltration.

Il n'existe pas d'autres lésions glandulaires ou vasculaires.

Pas de bacilles, microbes ou parasites de quelque nature qu'ils soient dans la profondeur des coupes.

Il n'est point douteux que les lésions épidermiques soient *secondaires*. On ne rencontre pas dans l'épiderme de pseudo-

coccidies ou formations analogues, rappelant la maladie de Paget; nous devons donc l'éliminer.

L'aspect du tissu d'infiltration se rapproche des néoplasies lymphatiques, non dégénératives, mais inflammatoires.

Il ne saurait s'agir de mycosis, malgré l'existence du tissu réticulé: il y a absence de lésions cellulaires dégénératives, de cellules mycosiques.

La syphilis ne semble pas non plus être en cause, il n'existe pas dans les coupes de lésions artérielles ni de groupement cellulaire en rapport avec cette maladie.

Si l'on tient compte de l'ensemble des lésions, des caractères de l'infiltration cellulaire en tant que nature et groupement, des modifications vasculaires et surtout de l'existence de l'amas épithélioïde très net, la conclusion diagnostique anatomique est en faveur de la possibilité d'une tuberculose cutanée atypique, c'est-à-dire d'une tuberculide.

L'examen microbiologique des squames, ayant montré dans les premiers examens du streptocoque, des staphylocoques, un gros diplocoque en grains doubles formant amas, il est possible que l'infection cutanée surajoutée ait modifié l'ensemble de l'éruption au point de lui donner les caractères d'eczématisation, de lésions séborrhéiques qui frappent au premier examen, alors qu'une analyse histologique plus approfondie montre au-dessous la lésion permanente, vraisemblablement d'origine bacillaire, à laquelle s'est surajoutée l'infection microbienne polymorphe provoquant la dermite eczéma-teuse de surface.

Nous concluons donc que chez notre malade il y a deux processus associés: l'un profond, tuberculeux, l'autre superficiel d'eczématisation récidivante et d'origine polymicrobienne, avec cette particularité que les lésions eczémateuses présentent une fixité toute spéciale, en rapport évident avec la topographie même des lésions tuberculeuses de la profondeur.

Un cas de syphilis héréditaire tardive; anomalies exceptionnelles d'implantation des dents.

Par MM. LESNÉ, LOEDERICH et VIOLET.

La pièce que nous vous présentons provient d'un homme de 32 ans qui est entré le 3 août 1904 à l'hôpital Cochin, dans le service de notre maître M. Chauffard, pour une tuberculose pulmonaire datant de 2 ans, diagnostique vérifié bactériologiquement: les crachats contenaient du bacille de Koch en grande abondance. C'est à cette affection qu'il a succombé le 15 septembre 1904 sans avoir présenté aucune particularité digne d'être signalée.

A l'autopsie, nous avons trouvé des lésions tuberculeuses consistant en petites cavernes localisées aux deux sommets; le foie, et surtout la rate et les reins présentaient de la dégénérescence amyloïde manifeste, les parois de tous les capillaires étant infiltrées par cette substance.

Le point intéressant de l'histoire de ce malade consiste en stigmates de syphilis héréditaire qui existaient chez lui au grand complet, sans que nous connaissions ses antécédents.

Du côté des yeux, il reste des traces de kératite interstitielle bilatérale qui a dû être plus marquée dans le jeune âge.

Du côté des oreilles, on note une surdité bilatérale presque complète, à tel point qu'on est obligé d'écrire les questions qu'on veut lui poser. Cette surdité est survenue vers l'âge de 20 ans, nous dit le malade, sans douleurs et sans écoulement d'oreilles. A l'examen, d'ailleurs, les tympans sont intacts, sans cicatrices. Cette surdité se montre donc avec tous les caractères d'une manifestation tardive de syphilis héréditaire.

Mais c'est surtout du côté du nez et de la voûte palatine que sont localisées les lésions les plus accentuées et les plus curieuses.

A l'âge de 17 ans, à la suite d'un coryza purulent dont il ne peut préciser la date de début, le malade fut opéré à Berck par Cazin, qui pratiqua probablement l'ablation de séquestres. A 18 ans seulement apparut à la voûte palatine une dent pour laquelle il consulta à 24 ans; on s'abstint d'y toucher pour éviter une perforation de la voûte palatine. A son entrée à l'hôpital le malade a la voix nasonnée et de l'enrouement dû à des lésions de laryngite catarrhale chronique non tuberculeuse.

L'aspect extérieur du nez est typique avec sa déformation en *piéd de marmite*. La palpation donne la sensation de l'absence des os du nez et de la cloison, et, en effet, pas de trace de cloison à la rhinoscopie antérieure. Une odeur très fétide émane des fosses nasales avec un écoulement mucopurulent très peu abondant.

M. Viollet, examinant complètement les fosses nasales, croit d'abord y trouver un séquestre osseux; en voulant l'extraire, le stylet lui donne la résistance et la résonance d'un corps étranger dur comme pierre. Après avoir nettoyé ce soi-disant séquestre, il se rend compte qu'il s'agit d'une dent qu'il suppose être celle faisant saillie dans la bouche par la voûte palatine.

La voûte palatine, en effet, assez étroite, peu ogivale, présente une perforation, cause de la voix nasonnée, à bords lisses, sans tissu cicatriciel, et dont nous ignorons l'origine congénitale ou acquise. Cette perforation ovale, mesurant 8 millimètres de large sur 15 millimètres de long, est située à peu près à la partie culminante de la voûte, légèrement à droite de la ligne médiane; à part une étroite communication avec la fosse nasale, elle est en grande partie obstruée par une grosse molaire qui en remplit les 2/3 postérieurs. La partie visible de la dent est la couronne, elle est obliquement dirigée de droite à gauche et de haut en bas, absolument immobilisée, solidement implantée dans la branche montante du maxillaire droit.

Le voile du palais est étroit, mais de forme normale.

Les dents implantées sur le maxillaire supérieur ne présentent ni inci-

sures, ni cannelures, ni érosions. Les deux incisives droites et la médiane gauche sont saines, bien que leur bord libre soit très usé; l'incisive latérale gauche et la canine voisine sont cariées. La canine droite a une implantation vicieuse, elle est sur un plan sus-jacent et externe, par rapport à l'ensemble de l'arcade dentaire.

Certaines molaires manquent; en effet, il n'existe que 11 dents sur l'arcade dentaire: à droite, on ne trouve qu'une petite et une grosse molaire, et, à gauche, deux petites et une grosse.

En arrière des molaires, le maxillaire supérieur se termine brusquement arrêté dans son développement, de telle sorte que le pourtour extérieur de l'arcade dentaire, de la ligne médiane à l'extrémité postérieure, ne mesure à gauche que 5^{mm}, 3, et, à droite, que 5 centimètres.

Le maxillaire inférieur est normal, les dents n'y présentent aucune malformation, et, seule, manque la dernière molaire de chaque côté.

Enfin, à part la proéminence considérable des bosses frontales, qui jointe à la déformation nasale permettait immédiatement de porter le diagnostic de syphilis héréditaire, il n'existe en aucun autre point du squelette de lésion apparente.

En examinant la pièce recueillie, qui comprend la plus grande partie du massif facial, nous constatons, après ablation des parties molles du nez, que le pourtour de l'orifice nasal osseux antérieur est, en grande partie, occupé par une grosse molaire, légèrement mobile et complètement distincte de la dent enclavée dans la voûte palatine. Cette dent est implantée sur la paroi latérale gauche de la fosse nasale dans la branche montante du maxillaire gauche; la couronne seule est visible; son grand axe est dirigé obliquement à droite et en avant. En somme, les deux dents sont assez voisines l'une de l'autre, la dent visible par l'orifice nasal étant antérieure et légèrement supérieure par rapport à la dent palatine, la direction générale des deux dents est opposée. Le pharynx nasal est réduit à une petite cavité laissant à peine pénétrer la dernière phalange de l'index; les bourrelets tubaires se trouvent ainsi constituer à eux seuls les parois externes du pharynx.

L'orifice postérieur des fosses nasales est unique, et dans sa partie osseuse, il ne permet même pas le passage de l'extrémité du petit doigt. Les fosses nasales sont réduites à une cavité unique et étroite, ne contenant traces ni de cloison ni de cornets, et presque totalement remplie par les deux grosses molaires décrites.

Il s'agit en somme d'un cas typique de syphilis héréditaire tardive avec ses caractères habituels: kératite double, surdité bilatérale et déformation du nez.

L'intérêt de cette observation réside dans la pièce que nous vous présentons où les malformations dentaires sont assez spéciales; il existe en effet une dentition incomplète: 14 dents au maxillaire inférieur et 13 dents au maxillaire supérieur dont 3 sont anormalement implantées: la canine droite et une grosse molaire de chaque côté; l'une de ces molaires est dans la cavité nasale et l'autre sort de la voûte palatine. Il n'est pas probable que cette anomalie d'implanta-

tion des molaires ait été provoquée par la carie osseuse nasale et peut-être maxillaire dont le malade a souffert; c'est plutôt le fait d'un arrêt ou d'une viciation de développement du maxillaire attribuable à la syphilis héréditaire.

Enfin il nous semble que la tuberculose pulmonaire peu étendue était insuffisante à elle seule pour déterminer une dégénérescence amyloïde aussi marquée que celle constatée ici, et nous pensons que la suppuration nasale et la syphilis entrent pour une part dans l'étiologie de cette manifestation pathologique.

M. A. FOURNIER. — En dehors de l'intérêt que présente cette pièce si extraordinaire, je relèverai la terminaison par phtisie et dégénérescence amyloïde, et je ferai remarquer combien il est fréquent de voir la syphilis héréditaire aiguiller les malades soit vers la tuberculose, soit vers les névropathies organiques. La coxalgie, le mal de Pott, la tumeur blanche, la phtisie pulmonaire sont ses conséquences fréquentes; le tabes, les scléroses combinées ne sont pas moins communes. Dans ce cas, la dégénérescence amyloïde, trop étendue pour avoir été causée par une tuberculose de médiocre activité, paraît avoir été d'origine surtout syphilitique.

M. E. FOURNIER. — Cette pièce si curieuse permettrait peut-être de fixer l'époque à laquelle est intervenu le trouble pathologique qui a causé tous ces désordres. C'est, si j'ai bonne mémoire, entre le quarantième et le soixantième jour du développement que se forme ce bourrelet épithélial, premier rudiment du système dentaire. C'est aussi vers cette époque que se fait la soudure des différents bourgeons qui constituent les os de la face, et surtout le maxillaire supérieur. Un trouble survenu à cette époque permet fort bien de concevoir qu'un fragment de ce bourrelet épithélial ait pu émigrer et former la dent hétérotopique que nous voyons aujourd'hui si loin de sa place normale. Cette hétérotopie, cette migration de la dent n'est pas plus extraordinaire que les malformations que l'on rencontre si fréquemment dans les mêmes régions et qui reconnaissent sûrement le même mécanisme, je veux dire le bec-de-lièvre et la fissure palatine. Toutes ces malformations sont le résultat d'un trouble survenu au moment de la soudure des bourgeons faciaux.

Le fait paradoxal que présente cette pièce est l'association de ce trouble profond dans l'orientation des dents et l'intégrité absolue des dents prises séparément.

Cela semble confirmer cette opinion que le trouble survenu dans le cours du développement, en l'espèce l'hérédosyphilis, est entré en jeu d'une façon très précoce, vers le quarantième jour, à l'époque où évoluait la formation de la face et où se constituait le bourrelet épithélial, la première ébauche du système dentaire. Cette influence ayant disparu plus tard, les alvéoles dentaires, même les ectopiés, ont évolué normalement et ont donné naissance à des dents normales de forme et de constitution.

Or, c'est vers le sixième mois de la vie intra-utérine que commencent à évoluer les alvéoles; c'est donc avant cette époque que le trouble survenu aurait cessé d'agir.

Cette constatation permettrait donc de concevoir cette hypothèse que le fœtus aurait été exposé à une infection profonde qui a singulièrement troublé son évolution normale, et cela entre le deuxième et le cinquième mois de son développement.

Lymphangiome circonscrit de la langue.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'une jeune femme d'ailleurs bien portante, sans tare héréditaire, sans antécédents morbides personnels. L'affection remonte ou plutôt a été remarquée à l'âge de 7 ans. Depuis elle s'est peu modifiée, subissant simplement à époques éloignées de plusieurs mois, sans périodicité, sans cause appréciable, quelquefois après traitement intempestif, une poussée temporaire caractérisée par un peu de douleur et de tuméfaction passagères. Quand la malade s'est présentée à nous pour la première fois, elle était précisément atteinte d'une poussée inflammatoire due à des badigeonnages avec une solution de permanganate potassique à titre inconnu. Des émoullients en ont vite triomphé et la langue a repris son état habituel.

La lésion occupe la moitié antérieure environ de la face dorsale. Ses limites sont nettes et un peu saillantes. Dans toute l'étendue malade, l'organe se montre hérissé de grosses saillies cohérentes dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis environ. Ces grains saillants sont de trois sortes : 1° vasculaires, variqueux rouges; 2° transparents clairs analogues à des gouttes de rosée ou mieux à des grains de tapiocia cuit; 3° transparents avec axe vasculaire central. Ils sont irrégulièrement entremêlés avec prédominance des grains clairs. L'état morbide se limite au dos de la langue, cependant une traînée de granulations transparentes se montre à la face inférieure dans le sillon qui sépare les veines ranines. La langue n'est pour ainsi dire pas tuméfiée. Il n'y a pas de douleur spontanée et l'alimentation n'est pas douloureuse; les liqueurs et les condiments déterminent seuls un peu de sensibilité. Aucun trouble digestif, santé générale bonne, sauf un peu de nervosité. Pas de nævi vasculaires sur le corps (au dire de la malade qui s'est refusée à tout examen). Quelques nævi pigmentaires et pileux sur la figure. Sauf cette absence de nævi vasculaires, ce cas est identique à ceux publiés par Brocq, Tenneson, etc. La défaut d'évolution et le début dans l'enfance sinon la congénitalité, font rentrer cette lésion dans la classe des nævi.

Je serais heureux d'avoir l'opinion de M. Brocq sur le traitement qui peut être institué dans ce cas et s'il essaierait l'électrolyse.

M. BROCC. — La nature de ce lymphangiome, qui doit être rapproché des nævi, me fait croire qu'il pourrait bénéficier de l'influence de la radiothérapie comme nous en avons vu bénéficier le nævus vasculaire même très étendu. L'électrolyse serait surtout indiquée s'il s'agissait d'un nævus vasculaire en progression que l'on pourrait arrêter par des piqûres en quin-

corce, ~~ou s'il y avait~~ ~~ici~~ des saillies notables. Dans un lymphangiome très saillant l'électrolyse m'a donné de bons résultats.

M. DANLOS. — Il est assez difficile d'appliquer à la langue la radiothérapie, je craindrais ici la radiodermite consécutive. Dans des cas variés j'ai employé le radium pour des glossopathies; j'ai presque toujours eu à la suite des radiodermites douloureuses.

M. SABOURAUD. — M. Danlos a-t-il vu le radium agir sur la langue sans produire d'eschare ?

M. DANLOS. — Il y a ordinairement de petites exulcérations consécutives à des réactions phlycténulaires, mais je n'ai pas remarqué que ces accidents fussent de gravité plus grande que celle des radiodermites ordinaires.

M. BISSÉRIÉ. — Il est assez facile de procéder à la radiothérapie de la langue. Il suffit de faire tenir l'organe par le malade lui-même au moyen d'une pince et d'agir avec un tube localisateur. Les muqueuses supportent de fortes quantités.

Erythrodermie ichthyosiforme bulleuse.

Par M. DANLOS.

Ce malade est celui qui a été présenté, dans la séance de mars dernier, sous la dénomination d'ichthyose cornée, et dont les productions épidermiques ont été analysées par M. Gourbillon (séance de mai). Au moment de la première présentation, l'auteur avait signalé que les plis de flexion étaient aussi atteints que les surfaces d'extension et M. Lenglet se fondant principalement sur ce caractère, en avait conclu que vraisemblablement il s'agissait non d'ichthyose vraie mais d'érythrodermie ichthyosiforme (Brocq). Depuis, un autre élément dont le malade n'avait jamais parlé est venu confirmer cette appréciation. Des bulles irrégulières de forme, flasques, ridées, bientôt suivies de croûtes et de guérison sans cicatrice, se montrent de temps à autre sans cause appréciable. Elles ne résultent, ni de l'ingestion d'un médicament (pas de thérapeutique interne), ni d'applications irritantes, car on n'a pas employé d'autres pommades que la vaseline ou l'axonge boriquées et le glycérolé d'amidon neutre. La cause prédisposante véritable est un clivage facile de l'épiderme corné peu adhérent au corps muqueux. On obtient chez ce malade sous la pression du doigt l'exfoliation épidermique qui constitue le signe dit de Nikolsky. On conçoit que dans ces conditions un traumatisme insignifiant, même inapprécié du malade, suffise à produire les bulles. Celles-ci surviennent, paraît-il, de temps à autre depuis que le sujet s'est observé; mais comme depuis longtemps il ne s'en était pas produit avant la présentation de mars dernier, le malade, non interrogé

sur ce point, n'en avait rien dit. Ce nouveau caractère achève de justifier l'assimilation faite par M. Lenglet.

Nous avons recherché le troisième élément caractéristique de ces états, l'érythrodermie. Il est peu accusé, néanmoins sur la partie inférieure du tronc et les membres inférieurs, on peut à la rigueur admettre un peu d'érythrodermie, d'autant plus que sur le haut du corps, où la rougeur fait totalement défaut, la peau est excitable et donne sous la rayure de l'ongle une ligne assez persistante de vasodilatation. Ajoutons ce qui avait été omis dans la première note, que la face respectée par l'ichthyose est fortement séborrhéique, et que l'enduit séborrhéique du cuir chevelu déjà mentionné, semble depuis quelque temps plus intense. Rien de net relativement à la croissance des cheveux et des ongles (hyperépidermotrophie de Vidal). Au dire du patient, l'état est depuis longtemps stationnaire.

Phlébites multiples au cours de la syphilis secondaire.

Par MM. GAUCHER et TOUCHARD.

Le 19 septembre 1904, est entré [salle Saint-Louis le nommé M..., forgeron, âgé de 42 ans.

Il était porteur de deux chancres du repli balano-préputial dont la nature syphilitique ne pouvait être douteuse. Il avait constaté leur existence environ 1 mois avant son entrée dans nos salles. Il présentait, en outre, des syphilides secondaires, papuleuses, généralisées, dont vous pouvez voir, encore aujourd'hui, les traces.

Quatre jours avant son hospitalisation, il avait ressenti une douleur peu vive au niveau de la face interne du genou et de la jambe gauches; douleur suffisante cependant pour déterminer une gêne notable de la marche. Il fut facile de constater qu'il s'agissait d'une phlébite du tronc de la saphène interne. La veine était très nettement indurée et donnait la sensation d'un gros fil de métal roulant sous la peau. L'induration s'étendait sur une longueur de 25 centimètres environ, et le point où l'induration cessait, en haut comme un bas, pour faire place à la souplesse normale de la veine, était très nettement perceptible. Une trainée rougeâtre de la peau, très analogue à celle qu'on observe dans les lymphangites superficielles, signalait à l'œil l'étendue de la portion de la saphène qui était atteinte. La douleur à la palpation était peu vive. Il n'y avait aucune trace d'œdème de la jambe ni des malléoles; et nous n'en avons jamais constaté pendant toute la durée de la thrombose veineuse.

La température prise chaque jour avec soin est constamment restée normale.

Le 20 septembre, c'est-à-dire 5 jours après l'apparition de la phlébite de la saphène interne gauche, la saphène interne droite se prenait à son tour avec les mêmes caractères: induration peu douloureuse; trainée rougeâtre de la peau, absence d'œdème et de fièvre, et en un point absolument symétrique à la phlébite gauche.

Le 23 septembre enfin, un tronc veineux de la face interne de l'avant-bras, tout près de la saignée du coude, était atteint à son tour de phlébite, sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Nous n'avons pas constaté d'autres phlébites depuis.

Dès le premier jour notre malade a gardé le repos le plus absolu au lit. Les régions atteintes de phlébite furent entourées de pansements humides. Enfin le traitement antisypilitique fut administré sous forme d'injections sous-cutanées de benzoate de mercure à la dose de 2 centigrammes par jour.

Il persiste encore aujourd'hui une induration des parties qui furent atteintes. Toute douleur et toute réaction inflammatoire ont disparu.

Ces phlébites sypilitiques de la période secondaire ont donc évolué avec les caractères déjà souvent décrits de cette affection : multiplicité, apyrexie, absence d'œdème. Nous avons pensé qu'il pouvait cependant être intéressant de présenter un de ces cas. Ils sont, en somme, loin d'être fréquents. Nous en avons déjà présenté un autre il y a deux ans, à la Société médicale des hôpitaux, avec M. Chiray.

M. JULLIEN. — J'ai observé un cas de phlébite tout à fait précoce, et par laquelle se manifestèrent les premiers symptômes de syphilis. Il y eut une grosse fièvre, le malade se mit au lit, et la roséole se montra peu de temps après.

Dans un autre cas, le malade se fractura une jambe et eut une phlébite de l'autre côté. Là encore la syphilis avait été méconnue, en raison de l'accident, qui avait accaparé l'attention, mais quand, plus tard, les accidents spécifiques parurent, l'inflammation de la veine devint un commémoratif précieux pour reconstituer l'origine et l'histoire de l'infection.

Deux observations de tuberculides papulo-nécrotiques.

Par MM. F. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.

I. Grands lupus tuberculeux ulcérés de l'avant-bras et du bras droit et de la fesse gauche. Tuberculides papulo-nécrotiques des deux membres inférieurs. — Palmyre Gr..., 35 ans, entre le 4 octobre 1904, salle Alibert, lit 19, pour des manifestations tuberculeuses de la peau déjà anciennes. Elle est d'apparence robuste. A l'âge de 7 ans, se déclare un lupus tuberculo-ulcéreux sur la face dorsale de la main droite. Bientôt la main tout entière est envahie, ainsi que les doigts. Peu à peu, à la suite des lésions ulcéreuses, se forment des adhérences interdigitales, et des rétractions cicatricielles qui entraînent la perte de la fonction des muscles fléchisseurs des doigts.

A 18 ans, la malade vient à l'hôpital Saint-Louis dans le service de Lailler. A cette époque, un moulage du membre malade fut fait par M. Baretta (n° 1285 du Catalogue du Musée de l'hôpital Saint-Louis). — On voit les doigts hypertrophiés et déformés, placés en extension complète. Des bourgeons charnus comblent le creux de la main, tandis que les doigts sont

réunis les uns aux autres en fuseau. Le deuxième, le troisième et le quatrième doigt sont ainsi accolés et ne forment plus qu'une seule masse jusqu'à leur extrémité. Les ongles se sont détachés, et à leur place, on voit des ulcérations recouvertes de bourgeons charnus; leurs bords, d'un rouge violacé, sont déchiquetés et décollés. Toute la peau du voisinage a également une couleur violacée et par places on voit des ulcérations à caractères analogues. L'ensemble de ces lésions fut rattaché, par Lailler, à la scrofulo-tuberculose cutanée mutilante. Un traitement local tendant à rétablir la fonction des doigts ayant été institué en vain, l'amputation fut proposée et pratiquée par M. Le Dentu, au lieu d'élection de l'avant-bras. Il y a lieu d'insister sur ce point que les lésions tuberculeuses étaient limitées à la main, et qu'il n'y avait pas de tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne, mais il y avait déjà du lupus cutané non ulcéré de l'avant-bras, du moins dans la partie qui a été amputée.

Trois ans après, le lupus récidive au bras et à l'épaule droite. Guérison au bout de 4 mois de traitement. Cette guérison se maintient plusieurs années, puis seconde récidive s'accompagnant cette fois d'un autre lupus ulcéré analogue siégeant sur la région fessière du côté gauche. La malade rentre de nouveau à l'hôpital Saint-Louis.

Antécédents héréditaires. — Sa mère, morte poitrinaire, a eu 15 enfants, dont 8 sont morts en bas âge. Père ayant joui d'une assez bonne santé. Cette polymortalité infantile remarquable peut faire songer à la syphilis héréditaire, mais les ulcères cutanés ont bien l'aspect du lupus, et la pièce moulée, avec ses adhérences des doigts, a beaucoup plus l'apparence de la tuberculose que celle de la syphilis.

Antécédents personnels. — Pas d'autres maladies; a toujours joui d'un bon état général. Son mari est mort poitrinaire à 27 ans. Elle en a eu deux enfants, l'un mort à 27 mois des suites d'une rougeole; le deuxième est mort-né. Elle porte au côté droit du cou la cicatrice d'un abcès ganglionnaire datant de l'enfance.

L'état général est bon; la malade tend à devenir très grasse. Elle n'a jamais craché de sang, n'a jamais ni fièvre, ni transpiration nocturne. Rien d'anormal à l'auscultation de la poitrine.

ÉTAT ACTUEL. — 1° *Avant-bras et bras droits.* — Les lésions respectent en partie la face antérieure du bras. Elles s'étendent à 10 centimètres au-dessus du pli du coude, et à 6 centimètres au-dessous. Le bras est infiltré et gonflé et les lésions au pli du coude mesurent 19 centimètres de largeur. On voit une large surface rouge et ulcérée, à bords irréguliers. Dans le détail, on distingue un grand nombre de petites ulcérations peu profondes de la dimension d'une lentille; d'autres, par confluence, sont plus grandes et irrégulières. Le bord de ces ulcérations est un peu décollé, violacé; le fond est bourgeonnant, saigne très facilement et laisse transsuder un liquide jaunâtre abondant. La surface du moignon est restée indemne.

Sur le reste du bras et sur l'épaule correspondante, on voit les cicatrices blanchâtres du lupus ancien, guéri.

2° *Fesse gauche.* — Sur la région fessière gauche et la région iliaque externe, on voit une bande transversale de lupus ulcéré, longue de 20 centimètres, large de 4 à 7 centimètres, présentant dans son ensemble une

surface bourgeonnante, légèrement saillante, à la surface de laquelle on voit des ulcérations peu profondes à bords en pente douce, à fond granuleux gris jaunâtre ou rouge pâle, et recouvert de liquide puriforme abondant se concrétant en croûtes minces, claires et assez adhérentes. Plusieurs petits éléments s'isolent en avant de la masse principale. Tout autour, on voit des lésions secondaires inflammatoires : érythème, pyodermites et folliculites disséminées. — Intertrigo sous-mammaire.

3° *Tuberculides*. — Sur toute la surface du corps, mais prédominant surtout aux deux membres inférieurs, on voit un grand nombre de tuberculides acnéiformes de volumes variables. Elles sont à différents degrés d'évolution. La plus ancienne poussée s'est faite il y a 2 ans environ, mais la grande poussée actuelle date surtout de deux mois. Elles sont recouvertes presque toutes d'une petite croûte jaunâtre ou brunâtre, d'autres arrondies et lenticulaires, sont légèrement déprimées et ombiliquées à leur centre. Les lésions plus récentes siègent dans les couches superficielles de la peau et forment de petites masses arrondies, grosses comme des petits pois et présentant le plus souvent une teinte violacée. Toutes ces lésions sont disséminées et n'ont déterminé aucune réaction locale subjective.

Les lupus sont pansés au permanganate de potasse à 1/500 et, au bout d'une quinzaine de jours, les lésions semblent entrer en voie d'amélioration. Les tuberculides sont également améliorées par le repos et par les attouchements avec la solution de bleu de méthylène à 0,50 p. 100.

II. *Tuberculides papuleuses et acnéiformes généralisées*. — Clémentine Le..., 31 ans, cuisinière, vient, le 21 octobre 1904, à la salle Alibert, adressée par le Dr Pennel, pour une éruption généralisée qui date d'un mois. L'éruption a débuté sur les jambes, puis s'est généralisée avec prédominance marquée aux membres et au cou. On distingue un grand nombre d'éléments papuleux ou acnéiformes arrondis, rosés, n'aboutissant pas tous à la formation de vésicules. Les éléments progressent de la profondeur vers la surface, à laquelle ils ne tardent pas à arriver. Ils se recouvrent alors d'une petite croûte, et leur centre s'ombilique. Plus tard, l'élément se sèche, se recouvre d'une desquamation furfuracée; enfin il persiste quelque temps, au niveau de certains éléments, une macule cicatricielle violacée. Cette macule disparaît elle-même lentement dans un dernier stade. Ces éléments, de volumes divers et à différentes périodes, sont disposés sans ordre et sans groupement régulier. Ils prédominent seulement au cou et sur les membres.

Aucun prurit, aucune réaction locale subjective. A 7 ans, le malade a eu une suppuration ganglionnaire très longue qui a laissé sur le côté gauche du cou, en deux points, des cicatrices blanches déprimées caractéristiques.

L'état général actuel de la malade est bon. Elle n'a jamais eu d'autre maladie. Son apparence est robuste. On ne note aucune lésion à l'auscultation des poumons et du cœur. — Antécédents héréditaires : sa mère est morte hydropique à 54 ans; son père mort à 71 ans de maladie de cœur; un frère est mort à 38 ans de diabète sucré; enfin un dernier frère est mort de tuberculose pulmonaire à 24 ans.

Prescription : Attouchements quotidiens avec la solution de bleu de

méthylène à 0,50 centigr. p. 100. Depuis une quinzaine de jours ce traitement local paraît avoir produit de bons effets. L'éruption diminue au cou, et sur les membres beaucoup d'éléments sont en voie de disparition.

Nous présentons à la Société ces deux malades qui sont atteintes de la même forme de tuberculides, mais qui présentent entre elles un contraste frappant. La première avec ses deux lupus tuberculeux considérables, avec ses antécédents de lupus mutilant de la main, semble bien vouée d'avance à l'éclosion des tuberculides. Leur développement semble logique chez elle. Dès l'enfance, elle a eu des manifestations tuberculeuses du côté des ganglions du cou; sa mère était morte poitrinaire. Son histoire clinique est intéressante à cause de la persistance des récidives du lupus; malgré l'amputation de la main, il a récidivé à l'avant-bras et au bras, et s'est développé sur la fesse gauche. Le fait montre que les opérations les plus radicales ne mettent pas à l'abri des récidives du lupus.

Chez l'autre malade, au contraire, la seule manifestation de la tuberculose a eu lieu dans l'enfance, sous forme de lésions ganglionnaires du cou. Elle a aussi des antécédents tuberculeux dans sa famille; mais, somme toute, sa santé générale était excellente, et l'éruption actuelle s'est produite sans être annoncée ou accompagnée par aucun phénomène apparent attribuable à la tuberculose ou à un état morbide quelconque. Il faut admettre qu'il existe chez elle un foyer latent dont l'existence ne s'est traduite que par cette éruption même. Malgré cela elle a pris un développement considérable et même plus étendu que chez la malade affectée de lupus.

Chez les deux malades l'éruption appartient au type acnéiforme ou papulo-nécrotique avec localisation principale aux membres inférieurs, et avec une assez grande diversité de formes, depuis les éléments ponctués, très petits, jusqu'à des nodules volumineux et larges observés chez la première malade et qui rappellent certains ecthymas.

La pathogénie des tuberculides reste obscure. Si l'on songe au nombre considérable de tuberculeux qui ne présentent jamais ces éruptions, on est amené à penser qu'elles dépendent de conditions spéciales qui nous échappent encore aujourd'hui.

M. BROCCQ. — M. Balzer a-t-il, en d'autres circonstances, expérimenté le bleu de méthylène ?

M. BALZER. — Je m'étais jusqu'ici servi de teinture d'iode dans les cas analogues, j'ai trouvé en cette circonstance l'effet du bleu très favorable.

M. BROCCQ. — J'ai posé cette question à M. Balzer parce que j'ai obtenu un excellent effet du bleu de méthylène dans deux cas de tuberculides ulcéro-nécrotiques des membres inférieurs.

M. HALLOPEAU. — J'ai employé plusieurs fois le bleu de méthylène pour diverses affections et il ne m'a donné aucun bon résultat.

Sur un lupus végétant confondu primitivement avec des syphilides et une éruption iodique.

Par M. HALLOPEAU.

Nous avons déjà présenté cette malade avec M. Viellard dans notre séance du 5 mai; nous avons éliminé le diagnostic de syphilides après insuccès du traitement spécifique, et nous avons formulé celui d'*iodisme tubéreux*.

L'évolution qu'ont, depuis lors, présentée les lésions nous contraignent à modifier ce diagnostic, et celui d'un lupus végétant nous paraît aujourd'hui le seul acceptable.

En effet, il ne s'agit pas d'iodisme, car, six mois après la cessation de la médication par l'iodure, la maladie a continué à progresser; les saillies se prononcent davantage, au moins pour la plupart, et il en apparaît de nouvelles.

Ce lupus est remarquable par son caractère végétant: il y a des saillies dont le relief atteint de 7 à 8 millimètres. En outre, plusieurs des nodosités présentent des foyers multiples de suppurations miliaires dans lesquelles l'examen bactériologique ne fait voir qu'un très petit nombre de microbes pyogènes; il est très vraisemblable que dans ce fait, comme dans celui que nous avons publié avec M. Wickham en 1888, c'est le bacille de Koch qui a été la cause prochaine des suppurations.

Nous noterons également comme digne de remarque l'âge avancé (66 ans) auquel s'est développé ce lupus et la rapidité avec laquelle il a envahi la totalité du visage.

Il n'y a aucun signe de tuberculose viscérale, et l'état général de la malade est satisfaisant.

Une biopsie sera pratiquée dans le but de vérifier notre dernier diagnostic.

Guérison presque complète d'un lupus tuberculeux par le permanganate de potasse.

Par MM. HALLOPEAU et NORERO.

Voici encore un fait à l'appui de cette médication.

La nommée Léontine J..., âgée de 14 ans, couchée salle Lugol, lit n° 40, est atteinte, depuis l'âge de 5 ans, d'un lupus ulcéreux de la face qui, lors de son entrée à l'hôpital, le 17 octobre 1903, occupait les deux tiers inférieurs du nez en même temps que la plus grande partie des joues et tout

le devant du cou; ~~il était recouvert de croûtes épaisses.~~ Ce lupus a été traité depuis cette époque par l'application de compresses imprégnées d'une solution de permanganate, généralement à 1/30, parfois à 1/20. Sous l'influence de cette médication, après la chute des croûtes, les ulcérations se sont graduellement cicatrisées et la malade peut être considérée comme presque complètement guérie. Il ne reste, en effet, d'autres vestiges actifs de sa maladie qu'une trainée circulaire légèrement squameuse sur la joue droite. Il s'est développé en outre, ces jours derniers, sur les deux joues, trois pustulettes qui paraissent plutôt staphylococciques que lupiques.

Les ulcérations ont laissé des cicatrices sur le lobule du nez, sur ses ailes, à la partie antérieure du cou, et le tissu inodulaire est considérablement rétracté. Il y a des marques d'anciennes suppurations ganglionnaires. Un vaste lupus ulcéré de la jambe gauche n'est plus également représenté que par une cicatrice qui s'est formée en partie depuis l'entrée de la jeune fille à l'hôpital, sous l'influence de la même médication.

Nous venons de dire que nous avons employé à plusieurs reprises chez cette malade, le permanganate en solution au vingtième; à cette dose, nous ne laissons généralement en place le médicament que pendant un quart d'heure: nous obtenons ainsi souvent des résultats plus efficaces que par l'application permanente d'une solution plus faible.

Le traitement devient en même temps beaucoup plus facile à suivre, puisque, pendant la journée, les malades peuvent, à l'aide du bisulfite de soude, se présenter avec un visage exempt de toute coloration artificielle: il y a là un incontestable progrès dans la mise en œuvre de cette médication.

Guérison presque complète par les rayons X d'une acrodermatite suppurative continue remontant à 26 ans.

PAR MM. HALLOPEAU ET GASTOU.

Le nommé D..., a déjà été présenté par l'un de nous à la Société en 1892 et en 1902; nous avons insisté dans cette seconde communication sur les échecs réitérés de toutes les médications topiques; le traitement par l'eau oxygénée, qui, dans un cas semblable, nous avait donné les résultats les plus favorables, était resté cette fois tout à fait impuissant.

En désespoir de cause, nous avons successivement soumis, dans ces derniers temps, les parties atteintes de cette dermatose à l'action des hautes fréquences, des courants continus et des rayons X.

Quatre séances de hautes fréquences ont été essayées sans résultats appréciables.

Vingt séances de courants continus ont succédé, faites ainsi: le malade avait les mains plongées dans de l'eau où arrivait le pôle négatif, le pôle positif étant appliqué sur la nuque.

C'est à la suite de ces essais, également infructueux, que, dans les mois de juin, juillet, août et octobre, on fit successivement 13 séances d'application de rayons X pour les mains, et 4 séances spéciales pour l'extrémité des doigts.

Les séances ont eu lieu dans le service et sous la direction de M. Danlos, dans des conditions que notre collègue a bien voulu nous indiquer :

Pour les mains juxtaposées, distance : 15 centimètres de l'anticathode.

Séances de 15 à 20 minutes.

1^{re} séance le 29 JUIN, 3 H.

2 JUILLET, 2 1/2 (a. m.).

12 — 2 1/2.

15 — 3 H.

20 — 3 —

23 — 3 —

2 AOÛT, 3 H.

5 — 2 1/2 (a. m.).

13 — 3 H.

17 — 3 —

Radio-dermite, érythème et bulles, pas d'ulcérations. Suspension du traitement pendant six semaines.

3 octobre, 3 H.

8 — 3 —

Total : 12 séances.

Bout de doigts :

10 octobre, 3 H pour 13 minutes.

13 —

17 —

24 —

A partir du 13 ces séances ont été réduites à dix minutes, c'est-à-dire 2 H 1/2 seulement par séance, à cause de la vulnérabilité des tissus.

A la suite de ce traitement, qui fut poursuivi sans incidents autres que de légères radiodermites fugitives, l'amélioration a été manifeste et voici l'état actuel.

Les paumes des mains, antérieurement couvertes de pustules, de soulèvements phlycténoïdes et de squames, sont actuellement lisses. Les extrémités des doigts et les pouces sont seuls encore malades.

Sur la face dorsale des dernières phalanges, existe une bande vasculaire et squameuse qui fait un arc au-dessus de l'ongle, tandis qu'au-dessous elle est limitée par un bourrelet saillant. A leur face palmaire, il y a une légère desquamation, surtout marquée aux pouces, mais les pustules ont disparu. A part les ongles qui restent encore, ainsi que l'extrémité des doigts, atrophiés, les lésions ont

complètement changé d'aspect sous l'influence des applications des rayons X, alors qu'aucun autre traitement n'avait pu agir.

Voilà donc une nouvelle maladie incurable jusqu'ici qui, comme le mycosis, devient justiciable de la radiothérapie.

Comment agissent en pareils cas les rayons X? On peut d'abord poser en fait que leur supériorité sur les autres modes d'action tient essentiellement à ce qu'ils agissent profondément, alors que l'épaisseur de l'épiderme dans cette région rend les parties sous-jacentes réfractaires à l'action de tous les topiques (témoins les syphilitides).

Mais comment cette action profonde s'exerce-t-elle? Faut-il admettre une action bactéricide sur des microbes *parvæ resistantiæ* ou une action tropho-névrotique transformant ce milieu sous-épidermique en un terrain de culture peu favorable à la vie de ces microbes pathogènes? La question nous paraît insoluble dans l'état actuel de nos connaissances.

Verrues digitées développées sur un nævus pigmentaire.

Par M. Ch. AUDRY.

En mai dernier, on amena à la clinique de l'Université une robuste petite paysanne de 14 ans, très développée pour son âge. Dès la naissance, elle avait présenté une surface alopecique occupant la région temporo-pariétale gauche: mais depuis plusieurs semaines, un changement notable semblait s'y effectuer.

Au point indiqué, au-dessus et en arrière de l'oreille gauche, on constatait l'existence d'une surface glabre, de forme irrégulière, à peu près ronde, d'un diamètre de 0,06 à 0,05 environ; cette surface était revêtue d'un épiderme absolument sain, d'une couleur café au lait clair, sans squames; elle paraît lisse, mais en réalité elle est un peu « chagrinée ». L'ensemble de la tache est très légèrement saillant par rapport au tégument environnant qui est blanc, et immédiatement couvert de cheveux bruns abondants. Le bord supérieur de la plaque, sur une largeur de 0,015, sur une longueur de 0,025, immédiatement au voisinage de l'implantation des cheveux, offre une apparence verruqueuse très marquée, bien circonscrite; l'ensemble constitue un petit plateau élevé de 0,004 environ, squameux, rugueux, d'apparence uniforme. En l'examinant, on voit qu'il est formé par une touffe d'élevures digitées étroitement serrées et agglutinées par des squames fines. Les bords de ce placard reposent à pic d'un côté sur le nævus pigmentaire, de l'autre, comme on l'a vu, sur du cuir chevelu sain.

Il n'y a point d'autres lésions du tégument. On n'a pas eu de renseignement au sujet des animaux que la malade pouvait soigner.

La première idée fut qu'il s'agissait d'un nævus verruqueux, hyperkératosique; toutefois, ces nævi sont rares en dehors des variétés systématisées; d'autre part, toutes les élevures étaient agminées sur un plateau

uniforme, comme soudées par les squames, des croûtes, des exsudats. Enfin, la mère de la malade et celle-ci affirmaient que si l'alopecie était congénitale, la formation verruqueuse était récente.

Elle fut extirpée en totalité. Réunion par première intention.

Examen histologique. — La pièce fut fixée partie par l'alcool, partie par le liquide de Morel et Dalous. Inclusion dans la paraffine, safranine, hémateine de van Gieson, bleu polychrome, micro-carmin de Ranvier, orcéine, etc.

La lésion est formée par une papillomatose intense : allongement énorme des papilles qui restent individuelles ; acanthose active dans la profondeur. Dans la zone libre, digitée, le revêtement épithélial est à peine plus épais que normalement ; au sommet, il est aminci ; parfois, un vaisseau sanguin, rempli de coagulum, arrive presque à l'extérieur. L'éléidine est extrêmement rare, restreinte au fond des replis et au pourtour de l'excréteur des sudoripares ; cette éléidine se colore faiblement ; l'hémateine colore des granulations qui sont vraisemblablement de la kératohyaline, mais il paraît bien hasardeux de distinguer l'éléidine de la kératohyaline, tant leurs localisations sont semblables. Il n'y a point d'acanthose vraie, sauf dans les prolongements intradermiques ; les mitoses sont rarement multipliées.

La couche granuleuse fait presque défaut ; la kératinisation s'opère brusquement ; les feuilletés cornés s'accumulent entre les plissements papillaires. Les strates sont souvent encore nucléées, mais pas partout : en plusieurs points, elles sont formées de petits abcès, de microbes divers, etc. Au niveau correspondant, avec accumulation leucocytaire intra-cornéenne, on constate une diapédèse intense de polynucléaires logés dans l'épithélium sous-jacent.

Les papilles mêmes sont extraordinairement œdématueuses à leur extrémité ; à leur base, zone d'infiltration lymphocytaire intense dans du tissu conjonctif réticulé.

Dans le derme sous-papillaire, nombreux territoires d'infiltration semblables, bien limités, évidemment périlymphatiques, baignant dans le tissu conjonctif normal. L'élastine a disparu dans les papilles et les zones enflammées, mais existe partout ailleurs.

Les follicules et les sébacées sont sains, mais semblent implantés très obliquement.

Un certain nombre de sudoripares sont assurément dilatées.

Les nævi verruqueux, hyperkératosiques, ont été étudiés avec soin dans un travail récent de A. Gassmann (1), auquel nous empruntons les renseignements que voici.

Gassmann les divise en deux classes : *nævi hyperkératosiques systématisés*, et *nævi ichthyosiformes et hystriciformes non systématisés*. Ces derniers seuls nous intéressent présentement. La famille Lambert en a fourni jadis une série de cas, et Unna a montré qu'il fallait les distinguer nettement de l'ichthyose.

Les lésions peuvent apparaître dès la naissance ; le plus souvent,

(1) A. GASSMANN. Histologische und klinische Untersuchungen ueber Ichthyosis.... *Ergänzungsheft zum Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1904.

elles se révèlent pendant les premiers mois ou les premières années ; quelquefois elles se manifestent entre la dixième et la vingtième année, mais très rarement : notre malade est âgé de 14 ans ; habituellement elles se développent jusqu'au moment de la puberté, puis restent stationnaires. Quelquefois, l'hyperkératose est précédée de taches rouges, de pustulettes. On note souvent des antécédents héréditaires.

Parmi les nævi hyperkératosiques non systématisés, A. Gassmann établit un certain nombre de catégories.

La première comprend les *nævi kératosiques hystriciformes ou ichthyosiformes*, puis un second groupe de *nævi kératosiques papillomateux, hystriciformes ou ichthyosiformes* ; dans la troisième se trouvent les cas qui diffèrent des précédents par l'association d'autres hyperplasies ; enfin une quatrième variété correspond aux *nævi durs kératoïdes de Unna* ; ils diffèrent des précédents par leur petitesse ; viennent ensuite : le *kératome palmaire, héréditaire et plantaire*, la *kératodermie commune symétrique des extrémités*, un certain nombre de *cornes* et, peut-être, la *dermatose de Darier*.

Notre cas pourrait rentrer dans la quatrième catégorie : celle qui répond aux nævi durs kératoïdes de Unna. A. Gassmann les considère comme très rares.

Parmi ses nævi durs kératoïdes, Unna même distinguait deux variétés, l'une plutôt plane, l'autre beaucoup plus verruqueuse ; cliniquement, de ces nævi kératoïdes de Unna, les uns sont ichthyosiformes, les autres verruciformes.

Ainsi, nous pouvons situer exactement notre cas parmi ceux qui ont été décrits ; mais notre examen histologique nous conduit à une interprétation tout à fait positive : en réalité, chez notre malade, il y avait non pas état verruciforme, mais bien état verruqueux : il s'agissait de verrues digitées véritables développées sur un nævus, verrues digitées telles qu'elles sont décrites, en particulier par W. Dubreuilh, et dont nous savons que le cuir chevelu est un siège favori.

Est-ce à dire que tous les nævi hyperkératosiques chez lesquels l'état verruqueux est adventice doivent être interprétés de même ? Nullement. En effet, si l'on se reporte aux examens personnels de A. Gassmann et à la plupart de ceux qu'il résume d'après d'autres auteurs, il est facile de voir que la structure est notablement différente, surtout en ce qui touche l'état du derme et de l'hypoderme ; l'intensité des phénomènes d'œdème et d'inflammation était frappante sur nos préparations, à l'inverse de ce qui est noté habituellement dans les véritables nævi hyperkératosiques. Même parmi les nævi kératoïdes de Unna, on retrouve d'autres caractères, tels que l'atrophie des racines des cheveux.

Cela revient à dire que notre nævus n'était qu'un faux nævus hyperkératosique. Nous ne savons pas si l'on a commis d'autres fois et souvent l'erreur clinique rectifiée par l'examen histologique. Il est bon d'être prévenu de cette possibilité et de se rappeler que les nævi sont quelquefois un terrain pour les verrues.

Résidus histologiques de l'électrolyse bipolaire.

Par M. Ch. AUDRY.

Voici l'examen d'une pièce tout à fait singulière :

Elle provient d'une grande et belle fille de 15 ans qui portait depuis sa naissance, sur la joue droite, à 2 centimètres en dehors de la commissure labiale, un nævus noir fibreux de la forme et de la dimension d'une amande. Il n'y avait point de trace d'angiome. La lésion avait subi, plusieurs années auparavant, quelques applications électrolytiques qui avaient laissé une assez mauvaise cicatrice blanche. Je conseillai l'extirpation. La malade voulut encore essayer l'électrolyse, qui fut tentée par le professeur Marie de la manière qu'on verra plus loin. On obtint ainsi une fâcheuse cicatrice blanche partielle, et, suivant le conseil de Marie et le mien, la malade se décida à l'extirpation. La pièce me fut remise, fixée un peu brutalement mais passablement par l'alcool; elle avait été opérée près de quatre mois après la première séance d'électrolyse. Celle-ci avait comporté l'introduction profonde de quatre aiguilles d'acier : une positive, trois négatives; on avait fait passer jusqu'à 35 milliampères, pendant près d'une demi-heure. Cette application n'avait produit sur le moment aucune modification apparente; c'est pourquoi la durée et l'intensité en avaient été poussées au point indiqué. Les premières manifestations de l'eschare apparurent au bout de deux jours; l'eschare mit plus d'un mois à s'éliminer et à se cicatrifier. Il n'y eut point d'autre application au point étudié.

Les fragments furent inclus dans la paraffine et coupés en série. Colorations par le bleu polychrome, la safranine, etc.

Les coupes comprenaient des portions de nævus encore non modifié et d'autres où il avait été remplacé par la cicatrice blanche, lisse, un peu chéloïdienne dont j'ai parlé.

Naturellement, la structure variait complètement suivant les points examinés.

a. Nævus intact. — Je serai bref sur sa description, car sa structure était exactement celle des nævi mous pigmentaires et poilus habituels : épithélium aminci papillé irrégulièrement. Au-dessous, séparé par une mince couche de derme fibreux, et se montrant jusque dans quelques papilles, nombreux et beaux nids de *cellules de nævus*, plus ou moins abondants, plus ou moins étendus, plus ou moins profonds; on connaît leurs grands traits : cellules irrégulières, à gros noyaux irréguliers aussi, à protoplasma pauvre, plus ou moins serrées dans des alvéoles creusés dans le tissu conjonctif. Pigment abondant dans les cellules les plus superficielles, quelquefois diffus dans le nid, d'autres fois accumulé autour de quelques corps cellulaires isolés dans

www.libtool.com.cn

le derme, absent de l'épithélium de recouvrement. Poils et sébacées normaux. Pas de sudoripares en vue.

En un mot, le nævo-carcinome de Unna type, tel qu'on l'observe chez un sujet de cet âge. Je laisse de côté toute discussion relative à la nature ou à l'interprétation de ces cellules (1). Je me borne à dire que je reste fidèle à l'hypothèse de Unna, et je n'entre pas en d'autres détails parce que je me propose surtout d'étudier les parties de la lésion qui ont été modifiées par l'électrolyse,

β . *Zone cicatricielle électrolysée.* — En examinant à l'œil nu, soit les blocs d'inclusion, soit les coupes, on reconnaît facilement le territoire correspondant au trajet des aiguilles. Celle-ci ont pénétré obliquement à 0,015 environ de profondeur; l'orifice de sortie répond à une des zones cicatricielles. Au niveau de celle-ci, l'épithélium est transformé en une mince couche planiforme comme on les trouve dans des cicatrices récentes. Immédiatement au-dessous, la surface constituée par du tissu d'inflammation, en voie d'organisation plus ou moins avancée. Le centre, qui correspondait probablement à l'axe d'implantation des aiguilles, est formé presque uniquement de polynucléaires dispersés dans un tissu conjonctif néoformé encore très réticulé. La périphérie est plus avancée dans son organisation; on y voit un certain nombre d'éléments fusiformes, et le tissu conjonctif s'y dispose en faisceaux.

En tous points, on voit un grand nombre de mononucléaires, et, çà et là, des aires où les plasmazellen de Unna sont nombreuses. Je n'ai point aperçu de mastzellen. Mais on constate l'existence de beaucoup d'éléments multinucléés, plasmodes de formes variées et incertaines, de dimensions inégales, où le nombre des noyaux dispersés dans des masses protoplasmiques mal limitées oscillent entre 3 et 15.

Bien entendu, on ne voit plus, à ce niveau, de traces du tissu propre du nævus. Mais un certain nombre de grands mononucléaires et de plasmodes multinucléés contiennent quelques grains plus ou moins fins colorés en jaune brillant.

Dans la profondeur, on découvre des phénomènes histologiques tout à fait singuliers. Le tissu de néoformation est rempli de vacuoles circulaires. Parmi ces vacuoles il en est de vides, complètement closes; elles sont limitées par un cercle feuilleté coloré en jaune brillant (sur des coupes non colorées ou décolorées). D'autres vacuoles sont ouvertes sur un côté, et le cercle lamelleux n'est pas clos; en particulier la cavité est occupée par un plasmode émané du tissu conjonctif ambiant: on dirait un glomérule où la lame circulaire représente la capsule et le plasmode, le bouquet vasculaire. Au voisinage, en plein tissu, on voit cette même substance lamelleuse tantôt en feuillets juxtaposés, tantôt en nappe plus ou moins filamenteuse, puis en grains plus ou moins volumineux. A l'état de grains, elle est presque toujours intracellulaire et englobée uniquement par des grands mononucléaires. Les feuillets, le réseau filamenteux sont souvent attaqués par les plasmodes qui les englobent en partie. En résumé, c'est une excellente préparation de corps étrangers en voie de résorption. Il n'y avait point de

(1) Le dernier travail est celui de Fœdérlic: Zur Nævusfrage. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. LXIX, p. 323.

cristaux. L'idée s'imposait qu'il s'agissait de débris hétérogènes provenant de l'électrolyse et probablement des aiguilles.

En effet, la réaction de Perls ferrocyanure de potassium à 2 p. 100, puis glycérine additionnée d'acide chlorhydrique à 1/2 p. 100) ne laisse aucun doute à ce sujet. Les débris feuilletés se colorent en beau bleu; les débris amincis, ceux qui sont filamenteux, se colorent en vert; les grains se colorent en jaune verdâtre, les granulations pigmentaires du nævus même restent brunes ou noires.

Cette coloration bleue s'observe bien rarement en histo-chimie parce que les substances colorées sont rarement aussi riches en fer.

On peut conclure ou induire que les débris feuilletés sont moins remaniés et amincis. Tous appartiennent probablement à des peptonates ou des albuminates ferriques ou ferreux. Peut-être les corps bleus sont-ils des peptonates ferriques; ils ont pris cette coloration exceptionnellement démonstrative en raison de leur haute teneur en fer et de leur instabilité relative. Les autres sont peut-être des albuminates ferreux de plus en plus éloignés de leur composition initiale chlorurée ou autre.

En tout cas, 4 mois après l'électrolyse, il reste encore beaucoup de fer reconnaissable au point d'implantation des aiguilles d'acier et à leur voisinage, et il est difficile de suivre plus aisément le processus d'assimilation et de résorption de ce corps étranger.

Au point de vue pratique, il faut se demander si des aiguilles de platine iridié ne seraient pas préférables aux aiguilles d'acier en ce sens qu'elles n'engendreraient probablement pas des phénomènes inflammatoires aussi prolongés.

Par ailleurs, cette observation montre que l'électrolyse est un mauvais procédé de cure des nævi toutes les fois qu'il n'y existe pas un élément angiomateux prédominant. Quant aux réactions histologiques qu'elle provoque, ce sont simplement celles d'une inflammation violente, entretenue par des corps étrangers ferrugineux.

Rapport sur la « petite épidémie peladique » de MM. Gaucher et Lacapère.

Par M. L. JACQUET.

Dans votre séance du 5 mai 1904 sur la proposition de M. Brocq vous nous avez chargés, MM. Hallopeau, Gaucher, Sabouraud et moi, de faire une enquête sur la contagion et l'épidémicité peladiques.

Une occasion favorable s'offrait justement à nous : MM. Gaucher et Lacapère (1) ayant, dans la même séance, présenté la relation d'une petite épidémie peladique. Nous avons aussitôt commencé l'étude de

(1) GAUCHER et LACAPÈRE. Petite épidémie peladique. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 5 mai 1904, p. 163. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mai 1904.

contrôle, et c'est le résultat de cette étude qu'au nom de la commission j'ai l'honneur de vous apporter (1).

Je résume d'abord la relation de nos collègues : de janvier à mai 1904 quatre cas de pelade se produisent dans une *escouade* de gardiens de la paix affectés au service de la Préfecture de police.

Ces quatre hommes, disent MM. Gaucher et Lacapère, et, ici, je cite textuellement : « Ces quatre hommes, constamment réunis, sont toujours désignés ensemble pour leur service. Un jour sur deux ils prennent la garde à la Préfecture de police, où ils se remplacent les uns les autres pour monter la faction. Dans l'intervalle de leurs tours de faction, ces hommes s'étendent pour se reposer sur des lits de camp recouverts d'un matelas et d'un traversin ; ces matelas sont rarement nettoyés, et nos malades y jettent parfois le soir un drap ou une toile sur laquelle ils viennent se coucher à tour de rôle. Le fait sur lequel nous appelons l'attention c'est que nos quatre malades, désignés par ordre alphabétique de leurs noms, se succèdent toujours immédiatement sur le lit de repos. »

Ainsi dans une *escouade* de gardiens de la paix, voici un cas de pelade grave d'ailleurs, puis dans l'entourage du malade, parmi des camarades exposés à d'incessants contacts médiats, par l'intermédiaire des objets de literie, trois cas nouveaux ; de plus, et cela semble bien apporter à nos collègues une confirmation singulière, depuis leur relation, *sept* autres agents en service aussi à la Préfecture, se sont jugés atteints de pelade.

Nul esprit consciencieux ne saurait se refuser à admettre qu'en l'état actuel de l'opinion médicale la question d'épidémicité et de contagion se pose et doit être envisagée avec attention.

Nous avons cherché tout d'abord à préciser le chiffre des gardiens constituant la collectivité atteinte.

« L'*escouade* » en cause est en réalité une « compagnie de réserve » de la Préfecture et cette compagnie possède un effectif fixe, *permanent*, de 90 hommes, effectif se renouvelant partiellement selon les congés, maladies, mutations diverses, si bien que ce flottement dans l'effectif, porte à environ 134 le nombre d'hommes qui, *pour une période de quatre mois* qu'aurait duré cette épidémie, sont soumis aux mêmes influences d'épidémicité contagieuse.

Le service de la Préfecture est assuré par compagnies de même force, présentant les mêmes mutations, soit, *au total*, 360 hommes d'effectif *fixe*, et 530 environ d'effectif *roulant*.

En second lieu, nous avons minutieusement visité le théâtre de

(1) Je tiens, au nom de la commission entière, à remercier M. le Dr Carpentier-Méricourt qui avec une obligeance inépuisable nous a fourni tous les renseignements de nature à faciliter notre tâche.

l'épidémie présumée, ce qui nous a permis de reconnaître l'inexactitude de certains renseignements mis en œuvre.

Les 4 compagnies de réserve assurent le service de la garde de nuit en deux postes distincts : le poste de la « grande chambre » ou grand poste et le poste « d'état-major » ou petit poste.

Le premier pour 23 hommes possède 23 couchettes en fer, séparées, garnies d'un matelas et d'un oreiller : chaque homme a donc son lit personnel, et vient s'y coucher après sa faction.

Pourtant, pendant la journée, les hommes de service à ce poste sont beaucoup plus nombreux : une soixantaine environ ; ils s'étendent donc parfois pour se reposer, et ainsi la couchette est exposée à perdre son individualisme. De plus, le lendemain, la relève de la garde amène une nouvelle série d'hommes, de la compagnie suivante comme l'exige le mode de roulement qui régit ce service.

Le poste « d'état-major » comprend seulement 13 hommes et ne possède que 9 couchettes. Après leur faction les 4 hommes de la garde descendante viennent donc remplacer sur leur oreiller les 4 hommes de la garde montante : condition éminemment propre à la propagation d'une maladie contagieuse du cuir chevelu, quelle qu'elle soit.

Mais, et c'est là un point *capital*, il s'en faut, contrairement à ce qui fut affirmé, que ces hommes prennent la garde « un jour sur deux ». En réalité leur tour de garde revient tous les huit jours seulement, au total et en moyenne ; et beaucoup plus souvent à la « grande chambre » qu'au poste « d'état-major », le seul, nous l'avons vu, où la promiscuité directe de couchage puisse être éventuellement réalisée : *au poste d'état-major le tour de garde ne revient que tous les trente-deux jours environ.*

Et voici le mode de roulement en usage : il est imposé par les exigences du service du *petit* poste.

Partons de la première compagnie : elle fournit aujourd'hui à partir de la première unité portant la lettre A, onze hommes de service pour ce poste ; le reste sera réparti à la « grande chambre » et aux divers service du jour et de la soirée : courses, bois de Boulogne, bals, concerts, théâtres, etc. ; le lendemain, même répartition, en partant de la lettre A de la 2^e compagnie ; puis de la 3^e et enfin de la 4^e.

Le cinquième jour seulement on revient à la *première*, mais *en partant de son numéro 12.*

C'est donc le poste d'état-major qui « fait le roulement » et l'on comprend ainsi, le nombre total des hommes étant d'environ 360, que le tour de service à ce poste ne revienne que tous les 32 jours en moyenne.

On comprend de plus qu'il doive y avoir entre les hommes des 4 compagnies de réserve, un *brassage* perpétuel et intime étendant les con-

tacts médiats à l'ensemble des hommes, presque autant qu'à telle ou telle fraction. Du reste, en ce qui concerne les tours de garde à l'« état-major », nous avons pu préciser davantage et apprendre, grâce aux registres du poste, que nos quatre peladiques ont rempli respectivement ce service, du 1^{er} janvier au 30 avril, l'un quatre fois, un second deux fois, et les deux autres une fois chacun seulement (1).

De plus, l'ordre alphabétique ne rive point ces hommes les uns aux autres aussi étroitement qu'il avait paru : leurs noms sont séparés sur la liste par ceux de *deux, trois et six* de leurs camarades.

Nous avons soigneusement examiné ensuite la question de la literie. Les matelas, d'après la relation de l'épidémie à l'étude, « sont rarement nettoyés ».

Nettoyés, matelas ni oreillers ne le sont *jamais* ; mais ils sont parfois *renouvelés* ; parfois, disons-nous, et certes beaucoup trop rarement.

Pourtant dans une épidémie portant sur *quatre* cas, espacés en *quatre* mois, et attribuée à ce mode de contact, il peut être utile de fixer les dates de ce renouvellement : il a été réalisé successivement les 14 janvier, 11 avril, et 26 mai, à cette dernière date après la relation de MM. Gaucher et Lacapère, sur l'insistance de M. le D^r Carpentier-Méricourt et avec désinfection soigneuse des locaux par le service municipal.

Ajoutons que les précautions individuelles des hommes sont moins sommaires qu'il n'avait paru tout d'abord.

Les hommes interrogés à plusieurs reprises, nous ont souvent dit que certains d'entre eux prenaient des précautions *médiocres* ou *nulles*. Mais voyons ce que faisaient nos peladiques, ce qui, dans l'espèce, seul importe.

Or, l'agent A... le premier atteint, auteur supposé de l'épidémie, nous a déclaré de façon catégorique, avoir *toujours* placé sur son oreiller un journal, et par-dessus ce journal sa serviette. Interrogé à nouveau sur le mode de cette précaution, il nous a dit qu'il « *entourait l'oreiller du journal d'abord et de sa serviette personnelle ensuite* ».

L'on pourrait peut-être suspecter la sincérité de l'agent A... sous prétexte que, considéré comme l'initiateur de l'épidémie, il aurait un intérêt moral à exagérer l'importance de ses précautions personnelles. Nous répondrons que ses camarades ont déclaré avoir vu souvent A... prendre les précautions qu'il indique, et n'avoir jamais fait la constatation inverse.

1) Les 6 et 10 janvier, le 7 février, les 2 et 30 mars.

J'ajoute que cet agent a couché pour la dernière fois au poste d'état-major le 10 janvier, et a cessé tout service le 6 février. L'on poussa même alors le zèle peladophile jusqu'à lui interdire l'accès des postes.

Le second malade, l'agent B..., homme soigneux, méticuleux, qui dès la première notion de sa pelade, cessa de lui-même de faire lit commun avec sa femme, « a toujours mis sa toile sur le matelas et sa serviette sur l'oreiller en prenant garde à les placer du même côté ».

Le troisième peladique, l'agent C..., a toujours « depuis 17 ans, employé sa serviette personnelle en la plaçant autant que possible dans le même sens ».

Le quatrième, l'agent D..., « place habituellement » sa serviette sur l'oreiller, mais reconnaît avoir manqué parfois à cette précaution.

Ces hommes nous disent et nous n'en doutons point, que pendant leur sommeil, la serviette a pu se déplacer et qu'un contact de la tête à l'oreiller a pu se produire. Sans doute; et nous retenons cette éventualité. Mais nous notons aussi que leur rencontre au poste d'état-major, le seul où ils aient été exposés à se succéder sur une couchette, ont été rares : trois fois seulement et deux à deux, les 10 janvier, 7 février et 30 mars.

Et puis il s'agit pour nous de déterminer, avant d'affirmer qu'une épidémie par contagion est probante, non pas si des contacts ont pu éventuellement se produire, mais si effectivement ils se sont produits.

Telles sont les conditions de rencontre et de contact, non pas immédiat, non pas même médiate, puisque les têtes malades n'entraient en contact avec l'oreiller supposé contaminé que par l'intermédiaire d'une toile personnelle, mais sous-médiate, endosmotique pour ainsi dire, que nous devrions, selon l'hypothèse contagionniste, accepter comme peladogène.

Depuis la relation de nos collègues, nous l'avons vu, sept cas nouveaux se seraient déclarés à la Préfecture de police. Nous allons en suivre scrupuleusement la genèse et la filiation.

Les 4 cas initiaux concernaient des agents de la 2^e compagnie de réserve.

Suivant le mode de roulement que j'ai exposé, ce sont des hommes de la 3^e, puis de la 4^e compagnie qui succédaient au poste d'état-major aux agents de la 2^e, c'est-à-dire de la compagnie contaminée : nul cas pourtant ne se produit dans ces deux corps et c'est à la 1^{re}, la plus tardivement exposée, que nous voyons les nouveaux cas surgir.

L'agent E..., de la 1^{re} compagnie, se découvre, le 9 mai, trois plaques de « pelade » ; deux sont d'authentiques cicatrices ; la troisième est une aire glabre *minuscule et douteuse* : E... roule consciencieusement sa serviette autour de l'oreiller du poste, sans affirmer pourqu'elle n'a pas été mise dans les deux sens.

L'agent F... reconnaît, le 9 mai aussi, une aire égalant à peine la dimension d'une pièce de 50 centimes : jamais au poste il n'a pris nulle précaution.

Il faut ajouter que *jamais* du 1^{er} janvier au 30 avril les agents E... et F... ne se sont une seule fois rencontrés au poste d'état-major.

Nous revenons à la 2^e compagnie de réserve : l'agent G... le 12 mai s'est découvert une alopecie de la dimension d'une pièce de 20 centimes non douteuse ; l'agent G... enveloppe toujours son oreiller d'une toile, mais de plus il n'a *jamais* rencontré ses camarades peladiques au poste d'état-major où il n'a couché que deux fois depuis le début de l'année.

Les agents H... et I... sont de simples victimes de la crainte peladique ambiante et n'ont absolument rien.

L'agent J... s'est découvert le 12 mai une clairière incomplètement glabre, sans poils cassés ni massués, égale à la dimension d'une pièce de 20 centimes. Cette aire est récusée par MM. Hallopeau et Sabouraud, admise par M. Gaucher et moi-même, *douteuse* au total.

Mais l'agent J... recouvre toujours matelas et oreiller d'une toile et d'une serviette ; de plus, il est *sous-brigadier* et, comme tel, a le privilège d'avoir son lit personnel même au poste d'état-major, dans lequel, au surplus, il n'a point couché depuis plusieurs mois.

La dernière victime à la date actuelle (28 juin) est l'agent K... Il appartient à la 3^e compagnie de réserve, qui perd enfin son immunité, de par deux aires minuscules de la région maxillaire droite, l'une n'atteignant pas le diamètre d'une pièce de 20 centimes, l'autre lenticulaire à peine, reconnues le 20 juin.

La 3^e compagnie perd d'ailleurs cette immunité, *un mois environ après le renouvellement de tout le matériel de couchage et désinfection générale des locaux de service (26 mai) et un mois et demi environ après que nul peladique n'a plus accès dans ces locaux.*

Tel est le recensement des cas de pelade qui ont atteint 3 des 4 compagnies de réserve des gardiens de la paix : soit, pour une période de six mois, et un effectif total de 530 hommes environ, *sept cas avérés et deux douteux.*

Notons ici que pour *neuf* peladiques, nous avons huit gardiens et un sous-brigadier ; c'est exactement la proportion respective de ces deux catégories.

Mais les sous-brigadiers, je l'ai dit, ont le privilège *constant* et *absolu* du lit personnel, et ne sont astreints qu'à un service de surveillance.

Nous avons pu d'ailleurs poursuivre l'étude des conditions générales de contagion médiate, et celle en particulier de l'influence du matériel de couchage, grâce à l'obligeance de M. le Dr Carpentier-Méricourt, qui a bien voulu convoquer devant la Commission tous les peladiques du corps des gardiens de la paix, en son ensemble.

Ces hommes, au nombre de 8,000, sont répartis entre les vingt arrondissements de Paris, et n'ont de rapports avec ceux de la Préfecture de police que par le jeu des mutations dont j'ai parlé plus haut.

Ils assurent la police de chaque arrondissement, mais en des conditions fort diverses : les uns, c'est l'énorme majorité, font le service des postes, et ont à leur disposition des couchettes semblables à celles des hommes de la Préfecture, et dont la propreté est au moins médiocre.

Les autres, et c'est une infime minorité, assurent divers services spéciaux et ne couchent *que chez eux*.

Or, sur un total de 12 peladiques, appartenant aux III^e, V^e, VII^e, VIII^e, IX^e, XI^e, XII^e, XIII^e et XIX^e arrondissements, nous en comptons 7 soumis au couchage dans les postes, et 5, dont 1 sous-brigadier, ayant contracté la pelade plusieurs mois seulement *au moins*, après leur passage aux services spéciaux en bourgeois, où ils cessent tout rapport avec les postes.

Nous voudrions donner ici les proportions numériques précises de ces deux catégories ; nous ne le pouvons, n'ayant pu savoir *exactement* combien d'agents sont affectés à ces services. Mais nous sommes en mesure d'affirmer qu'il en est, par arrondissement, une dizaine seulement.

Au total, d'après cette étude sur l'influence du matériel de couchage, un sophiste pourrait conclure, que rien n'est plus dangereux à ce point de vue, que de coucher... *chez soi*.

D'autre part, nous avons pu nous livrer à une enquête *parallèle*, qui ne manque pas d'intérêt : la plupart de nos malades sont mariés et ont des enfants.

Là du moins, à leur foyer, il n'est guère possible de se méprendre sur la fréquence, le mode et le degré des contacts immédiats et médiats qui s'exercent : jamais conditions ne furent plus favorables à l'étude du rayonnement épidémique.

Nous avons examiné au total 21 gardiens de la paix peladiques : 3 d'entre eux sont célibataires ; 5 autres prennent des précautions : certains en faisant lit à part et usant d'objets de toilette par-

ticuliers, un d'entre eux simplement en aspergeant de sublimé l'oreiller conjugal : nous laisserons de côté cette catégorie.

Restent 13 peladiques qui depuis un temps variant de *plus d'une année* à quelques semaines, sont en contact prolongé, intime, quotidien, incessant avec leur famille.

Qu'est-il advenu chez ces femmes, et parmi toute cette population enfantine ? un mot le résume : RIEN.

RIEN, disons-nous, *exactement*, car l'enfant de l'agent F..., d'abord cru contaminé, et, d'après son père, par la couverture qu'il rapportait du poste et plaçait parfois sur le lit de l'enfant ; l'enfant de l'agent F..., dis-je, a été atteint en réalité, plus d'un mois *avant* son père, d'une zone de dépilation incomplète, que M. Brocq attribua à un traumatisme, observa quelque temps et jugea définitivement *non peladique*.

Donc, RIEN, et le contraste est saisissant, entre la virulence supposée de ces contacts éventuels, dont nous ne savons même pas s'ils ont une seule fois été réalisés, et l'impuissance peladogène de ce perpétuel *corps-à-corps* familial.

Littre définit l'*épidémie* une maladie, contagieuse ou non, qui atteint un très grand nombre de personnes.

Combien faut-il de *gardiens de la paix* pour faire un très grand nombre de personnes ?

Et dans une relation qui porte sur 4 cas, y a-t-il réellement une *épidémie*, même petite ?

Admettons-le, car il nous semble incontestable que même en *quatre mois*, quatre peladiques, pour une compagnie dont l'effectif dans ce laps de temps a comporté une centaine d'hommes, c'est assurément une proportion supérieure à la moyenne.

Mais y a-t-il *épidémie par contagion* ? Cela, c'est autre chose.

Et nous n'avons trouvé, en tenant compte de l'élimination successive des malades atteints, du renouvellement du matériel, des précautions sérieusement suspectes, de la rareté même des rencontres en conditions sérieusement suspectes, que bien peu de chance pour une contagion même médiate ; et il y a loin, en tout cas, de ces contacts aléatoires à l'enchaînement quasi-automatique des *décubitus* successifs, au perpétuel *tête-après-tête* incriminé tout d'abord.

D'autre part, et c'est une contre-partie saisissante, au foyer familial du peladique où sur terrain d'élection les contacts sont directs, incessants et intimes, l'éclosion contagieuse est NULLE.

Et enfin un hasard ironique nous offre un pourcentage peladique *supérieur* dans une catégorie qui, justement, échappe aux conditions supposées contagionnantes.

Il est donc vraisemblable que la petite *épidémie* que nous étudions est justiciable d'une explication différente.

Cette explication, pouvons-nous en tenter l'ébauche?

Il y a quelque temps, répondant à M. le Professeur Gaucher au sujet de la contagion peladique (1), je citai une statistique recueillie à la consultation de Saint-Louis, alors que j'avais l'honneur de suppléer M. Hallopeau.

Je trouvai alors, supputant à chaque consultation du lundi les cas de pelade, les résultats ci-dessous pour un nombre total de malades très comparable et pour quatre lundis consécutifs :

Lundi 19 août.....	6 cas.
— 26 —	21 —
— 2 septembre.....	7 —
— 9 —	18 —

Il se pourrait donc, on le voit, que le hasard ait quelque part à ces rencontres.

Pourtant, tout rejeter sur lui, serait par trop commode. Et notre épidémie relève aussi, croyons-nous, d'un autre mode, analogue à celui qu'a signalé M. Sabouraud.

Dans une collectivité quelconque, survient un cas de pelade *voyante* : tel, le chef tigré et pelé de l'agent A.... Dès lors, à une époque où la dermatose est populairement et officiellement jugée contagionnante, l'attention et les craintes s'éveillent; les conversations des hommes, parfois les propos des chefs, les entretiennent et les avivent : « Ne lui serrez donc pas la main, disait l'un d'eux, en parlant du malheureux peladique : il vous *empoisonnera tous* ». Et l'on examine méticuleusement les têtes, ce qui est aisé, puisqu'elles sont rases.

Que, dans ces conditions, le jeu obscur des causes amène un ou deux cas encore, et voilà le noyau épidémique constitué, et officiellement constaté.

La peladophobie alors s'exalte et, dans une enquête, les réponses et les raisonnements des victimes de la contagion supposée, se déforment et deviennent tendancieux.

Ainsi l'agent F... nous déclara que certains hommes de sa compagnie avaient la pelade et la *dissimulaient*. Et il nous cite les noms. Enquête faite, ces agents avaient eu effectivement la pelade, les uns il y a *plusieurs années* et deux autres « *en 1900* ».

Ainsi s'expliquent, sans nul doute, certaines déclarations inexactes faites à nos collègues. Aussi nulle clairière, nulle cicatrice n'échappe et le nombre des cas augmente, *en même temps quedécroit la dimension des aires*. L'on s'émeut enfin et la prophylaxie compétente entre en action.

(1) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1902, p. 226.

Mais comme la maladie n'obéit point aux *causes* que l'on incrimine, l'épidémie persiste et le 26 août, *trois mois* après le renouvellement complet et la désinfection générale, plus de *trois mois et demi* après l'exclusion de tous les peladiques, un cas nouveau survient, tel celui de l'agent L... comme pour suggérer que la peladogenèse est dominée par d'autres causes.

En résumé, une enquête impartiale, minutieuse et longue, a montré que les conditions intimes de contact qui avaient semblé établir la contagion, n'étaient pas réelles.

Votre commission, unanimement, estime donc que dans l'épidémie soumise à son étude, la transmission par contact n'a pas été démontrée.

M. GAUCHER. — Je tiens à faire remarquer que l'unanimité de la Commission indique seulement que dans les conditions particulières où étaient placés les peladiques, la contagion n'a pas été prouvée. Elle ne signifie pas que la pelade ne soit pas ou jamais contagieuse. C'est un fait négatif, rien de plus.

M. JACQUET. — M. le professeur Gaucher sait bien que les conclusions du rapport, et ce rapport lui-même, ont été, sur la demande expresse de la commission, limitées à l'épidémie qu'il a relatée; il sait bien aussi que ce n'est pas ma faute si notre commune étude de la pelade n'est pas poussée *plus avant*, et que j'appelle de tous mes vœux une discussion sur la *contagiosité*, l'*épidémicité*, et la *nature* de la pelade.

Il a raison d'ailleurs d'affirmer que c'est là un fait négatif et rien de plus; mais qu'il veuille bien nous dire maintenant *où est le fait positif*?

J'ajoute, maintenant, un mot personnel.

J'ai exprimé à nos collègues de la Commission le désir de les voir étendre leur enquête à l'étude générale de la pelade, et en particulier aux faits que je trouve et publie depuis plusieurs années.

Ils n'ont pas cru devoir déférer à ce désir et je me garderai de critiquer leur attitude.

Mais je sollicite de la Société qu'elle veuille bien, sous une autre forme, reprendre cette enquête. Je suis sûr, en matière de pelade, d'être dans la bonne voie; je suis sûr que ces recherches n'ont pas encore donné ce qu'on est en droit d'en attendre, et, en tout cas, c'est notre honneur d'accepter et même de solliciter en toute occasion, l'examen, la critique et le contrôle de tous.

Granulosis rubra nasi.

Par M. MARCEL SÉE.

Le petit garçon que voici nous a été amené à la consultation en raison de la rougeur que présente son nez, et qui ne s'accompagne d'ailleurs d'aucun autre trouble notable. Cette rougeur occupe l'extrémité de l'organe, em-

piétant sur les ailes et la région sus-jacente. Elle constitue un simple érythème, s'effaçant à la pression, sans aucune infiltration même minime, sans télangiectasies apparentes. Sur les surfaces qu'elle recouvre se voient quelques petites élevures punctiformes, à peine plus rouges que le fond. Mais ce qui frappe surtout, du moins à certains moments, c'est une hyperhidrose considérable, localisée à la zone érythémateuse, sur laquelle on voit perler une multitude de gouttelettes très apparentes.

L'affection dure depuis l'âge d'un an (l'enfant en a cinq actuellement) et augmente peu à peu depuis son apparition. La rougeur s'accroît à certains moments, particulièrement sous l'influence du froid ou de la chaleur.

On ne peut guère, chez un enfant de cet âge, songer à l'acné rosée, à laquelle, au surplus, n'appartient pas l'hyperhidrose locale. Les engelures disparaissent en été, et du reste l'enfant n'y est pas sujet.

Il n'y a ni infiltration, ni croûtelles, ni atrophie ou cicatrices permettant de porter le diagnostic de lupus érythémateux. Un *nævus*, seul diagnostic discutable ici, bien que la mère affirme qu'à un an il n'existait rien de tel; comporterait des dilatactions vasculaires plus apparentes; on n'a jamais, que je sache, signalé l'hyperhidrose semblable localisée à la surface d'un *nævus*.

En revanche, les signes constatés sont absolument ceux que Jadassohn a décrits en 1901 (1), sous le nom de *granulosis rubra nasi*, et qui caractérisent pour lui une affection nouvelle. Il en a étudié les lésions, assez particulières : elles consistent principalement en une ectasie vasculaire et des amas de mononucléaires, localisés surtout autour des conduits sudoripares. Sur plusieurs sujets, il a pratiqué l'épreuve de la tuberculine, avec un résultat négatif.

Au surplus, le jeune malade ne nous ayant été amené qu'hier, nous n'avons pu le soumettre à un examen très approfondi. Il serait intéressant, entre autres points, de rechercher s'il ne présente aucune lésion nasale.

Comme traitement, nous avons ordonné, sans grand espoir, une lotion formolée contre l'hyperhidrose et une crème à l'ichthyol. On sait que sur les cas semblables la thérapeutique a eu peu de prise, et que notamment les médications anti-acnéiques n'ont guère donné de résultats.

(1) JADASSOHN. *Archiv für Dermatologie u. Syphilis*. t. LVIII, p. 145.

Le secrétaire,

E. LENGLET.

SÉANCE DU 1^{er} DÉCEMBRE 1904

Présidence de M. Brocq.

SOMMAIRE. — Néoplasie nodulaire et circinée des extrémités, par MM. BROCC, LENGLET et BOISSEAU. — Cas probable de parakeratosis variegata, par MM. HUDELO et GASTOU. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BROCC, DARIER, RENAULT.) — Cas de lichen plan zoniforme fémoro-cutané à début émotif et à évolution cornée, par MM. GASTOU et ROBERT-SIMON. (Discussion : MM. DARIER, BROCC.) — Angiodermite du pied de nature probablement tuberculeuse, par MM. HUDELO, GASTOU et LEBAR. (Discussion : MM. HALLOPEAU, DARIER.) — Iodisme purpurique avec association probable de tuberculides à type d'angiokératomes, par MM. HUDELO et LEBAR. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Amélioration rapide et considérable d'un cas de lichen plan cutané et intra-buccal par le permanganate de potasse, par MM. HALLOPEAU et NORRERO. (Discussion : MM. DARIER, HALLOPEAU, JACQUET.) — Cas de maladie de Duhring avec essai de pathogénie, par MM. HALLOPEAU et NORRERO. (Discussion : MM. DARIER, BROCC.) — Syphilides secondaires plus développées au voisinage de l'accident primitif, par MM. HALLOPEAU et TRYSSEIRE. (Discussion : MM. SABOURAUD, RENAULT, HALLOPEAU.) — Plissement en crêpon de cicatrices, et localisation palatine chez un lépreux, par MM. HALLOPEAU et TRYSSEIRE. — Deux cas d'épithéliomas cutanés guéris par la radiothérapie, par MM. BODIN et CASTEX. — Note sur la radiothérapie des teignes, par MM. BODIN et CASTEX. — Xanthélasma aigu, par MM. GAUCHER et DRUELLE. — Hyperhidrose et hydrocystome du nez chez un enfant, par M. DUBREUILH. — Gangrène phéniquée du pli sous-mammaire, par M. DUBREUILH. — Note sur l'emploi de la stovaine en dermatologie, par MM. DE BEURMANN et TANON. — Note sur le traitement des ulcères variqueux par le peroxyde de zinc, par MM. DE BEURMANN et TANON.

Néoplasie nodulaire et circinée des extrémités.

Par MM. BROCC, LENGLET et BOISSEAU.

L'observation du petit malade qui fait l'objet de cette communication sera publiée *in extenso* dans un mémoire ultérieur. Des cas analogues paraissent avoir été déjà observés, en particulier par James Galloway, sous le nom de Lichen annularis (1).

L'éruption est, dans notre cas, caractérisée par des circinations occupant surtout la face dorsale des doigts, mais envahissant, çà et là, les parties latérales et la face palmaire. Les lésions ont un diamètre de un à deux centimètres, leur bordure se dessine sous l'apparence d'un rempart assez régulier.

(1) GALLOWAY. Lichen annularis a « riuged eruption » of the extremities *British Journal of Dermatology*, juin 1899, p. 221.

www.libtool.com.cn
 lier, limitant une surface centrale un peu déprimée. La coloration de l'ensemble est faible, rose bistré ou violette. En passant le doigt à la surface, on reconnaît que le bourrelet périphérique est dur, nettement saillant, et qu'il existe, en certains points, des plaques, des nodosités irrégulières, dures, de volume variable.

L'évolution de ces plaques est extrêmement lente, chacune d'elles paraît durer des mois, en croissant excentriquement. Elles laissent, en s'effaçant, une apparence cicatricielle nette et la dépression centrale en est le premier effet. Dans le cas actuel, elles semblent avoir eu leur origine en une espèce de verrue centrale que nous n'avons pas vue, mais dont la mère de notre petit malade a constaté l'existence. L'enfant n'est atteint d'aucune autre affection. L'examen histologique ne nous a permis aucune conclusion, on peut le résumer ainsi : épaissement des diverses couches de l'épiderme, mais surtout du stratum granulosum très riche en éléidine, transformation fibro-scléreuse du derme avec infiltrations cellulaires périvasculaires peu abondantes. Dans un point de la coupe qui correspond à un nodule central le tissu scléreux est très pauvre en noyaux, peu colorable et paraît en voie de nécrose. Les parois vasculaires sont épaissies.

Par l'histologie, la lésion n'est pas sans analogies avec la prokératose de Mibelli; elle en diffère au point de vue clinique par l'absence du canal à cône corné du sommet de la bordure, mais on sait que ce canal n'est pas regardé comme un signe indispensable de cette affection par certains des auteurs qui s'en sont occupés, en particulier par Respighi.

L'un de nous (Brocq) a déjà vu trois cas analogues à celui-ci et avait cru trouver un rapport entre l'affection cutanée et la bacillose pulmonaire dont ces malades étaient atteints. Si cette hypothèse se confirmait, cette lésion serait à rapprocher des sarcoïdes.

L'un de ces malades a guéri par les cautérisations ignées, un autre par l'emplâtre salicylé pyrogallé; dans le cas actuel, nous avons obtenu une amélioration par l'emplâtre rouge de Vidal.

Cas probable de parakeratosis variegata.

Par MM. HUDELO et GASTOU.

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter et de soumettre à votre examen est observée par nous depuis trois mois; l'affection qu'elle présente se caractérise essentiellement par une fixité, une résistance aux agents thérapeutiques qui lui donnent une allure vraiment spéciale; sans doute, elle présente des analogies avec certaines formes de psoriasis, surtout de lichen, sans pouvoir toutefois être légitimement rattachée à aucune de ces dermatoses. Voici l'observation de la malade.

M^{me} X..., 3½ ans, femme de chambre.

Antécédents. — Père et mère vivants et bien portants.

Cinq frères et sœurs bien portants.

www.libtool.com.cn

Rien à noter comme maladie antécédente.

Bonne santé jusqu'à 12-13 ans. A cet âge, apparition de symptômes d'anémie; la malade n'est réglée qu'à 18 ans, et encore assez irrégulièrement.

Vers 20 ans, cessation momentanée des règles.

Elle est opérée en 1900 (curettage de l'utérus). — Elle a accouché depuis lors d'un enfant, actuellement âgé de 3 ans et bien portant.

Aucun antécédent de syphilis. Pas de tuberculose constatable.

Début. — L'éruption actuelle semble dater de 6 ans. Elle est apparue, à la suite d'un savonnage, sous forme d'érythème siègeant aux deux avant-bras et de rhagades des paumes des mains.

Depuis lors, chaque fois que la malade mettait les mains à l'eau, elle en souffrait et la rougeur augmentait.

Dans les périodes d'accalmie, il n'y avait ni douleur ni prurit. Le médecin consulté avait eu l'impression d'un eczéma artificiel.

Les lésions occupaient, dès le début, comme topographie, les régions actuellement atteintes, sans s'étendre jamais. Cette fixité est assez peu d'accord avec le diagnostic originairement posé.

Cette année-ci, au mois d'août — peut-être à la suite d'immersions plus fréquentes dans l'eau de vaisselle — une poussée aiguë eczématoïde, douloureuse, s'est produite, et les lésions semblent s'être un peu accrues. — Depuis 5 à 6 jours (probablement après une consommation assez abondante de poisson) les lésions sont très prurigineuses, sans qu'il y ait de modification objective de l'éruption première.

Depuis le mois d'août, la maladie fait usage de pommades réductrices (huile de cade, soufre, chrysarobine) sans modifications bien nettes.

ÉTAT ACTUEL (28 novembre 1904). — Les lésions occupent les avant-bras, les mains, les jambes, les pieds, les régions axillaires, sous forme de placards érythémateux, parfois un peu squameux, à contour souvent polycyclique.

a) *Avant-bras droit.*

Au coude, on note deux arcades polycycliques, de très minime relief, formant une sorte de bourrelet de 2 à 3 millimètres, dont on sent, par la palpation, l'infiltration légère, de coloration rouge un peu jaunâtre. La peau est finement ridée sans quadrillage vrai. Pas de vésicules. Pas de papules distinctes. Les lésions sont très prurigineuses.

A la face postérieure de l'avant-bras (1/3 supérieur), quelques placards isolés, du diamètre d'une lentille à une pièce de 0 fr. 50, légèrement infiltrés, à peine squameux, avec quadrillage net sur certains points.

A la partie moyenne de la face postérieure de l'avant-bras, grande arcade circonscrite, érythémateuse, large de 2 millimètres, dont une partie, longue de 3 à 4 centimètres, légèrement onduleuse, forme un relief de 1 millimètre, nettement quadrillé, sans papules nettes. Cette arcade se continue avec une semblable, sur la face antérieure de l'avant-bras, en contournant le bord cubital.

Sur la partie inférieure de la face postérieure de l'avant-bras, à la face postérieure du poignet, eczématisation nette avec rougeur, quelques rhagades, épaissement et lichénification, quelques croûtelles semblent succéder à des vésicules eczémateuses.

A la face postérieure de l'avant-bras droit, on observe un grand nombre de placards irréguliers, de dimensions variables, tous de mêmes caractères : la peau est rougeâtre, légèrement épaissie, finement quadrillée ; les lésions sont très prurigineuses.

Sur le bord externe de l'avant-bras, grande arcade à peine surélevée, sauf en un point où, sur 2 centimètres d'étendue, il y a un bourrelet véritable.

Main droite :

Face dorsale : quelques placards d'eczématisation chronique sèche.

Face palmaire : toute la paume est le siège d'une hyperkératose douloureuse, de teinte jaunâtre, sans squames, rendant les mouvements plus difficiles ; au niveau des plis normaux, état squameux léger avec tendance aux rhagades.

Même état de la face palmaire des doigts avec rhagades dans les plis.

Les ongles sont indemnes.

Le côté gauche est beaucoup moins atteint ; quelques placards superficiels, érythémateux sur la face postérieure de l'avant-bras, sans desquamation ni infiltration.

Aspect d'érythème circiné, mais finement squameux çà et là.

Sur le dos du poignet et de la main, faible eczématisation avec lichénification.

Sur la face palmaire du poignet, placards d'aspect lichénifié avec quadrillage.

Très légère hyperkératose de la paume de la main sans rhagades nettes. Rien aux ongles.

Prurit très vif ; excoriations de grattage disséminées.

Région axillaire droite : Grande arcade à convexité supérieure, formée de la juxtaposition de deux à trois arcades plus petites, et recouvrant le bord antérieur de l'aisselle, sous forme d'une bande circinée, de 2 millimètres de large, finement squameuse.

Sur la paroi antérieure de l'aisselle gauche, placard du diamètre d'une pièce de 5 francs, légèrement jaunâtre, non infiltré. Les placards axillaires ne sont pas prurigineux.

Membre inférieur gauche. — Le tiers inférieur de la face externe est le siège d'assez nombreux placards souvent fusionnés, d'une coloration rouge jaunâtre, à peine infiltrés, sans relief du pourtour, et au niveau desquels la peau est sèche et finement plissée ou même quadrillée. Quelques éléments du diamètre d'une lentille sur la face dorsale du pied.

Sur la face interne de la jambe, placards analogues et qui semblent se grouper suivant un dispositif circiné. Aucun prurit.

Membre inférieur droit. — Les lésions n'occupent que la partie tout à fait inférieure de la jambe. Elles ont les mêmes caractères qu'à gauche, de placards érythémateux, jaunâtres ou brunâtres, selon les points, à peine squameux çà et là, sans infiltration appréciable, ni prurit.

Rien ailleurs. Intégrité de la face et du cuir chevelu.

Rien à noter sur les muqueuses buccale, anale, ni vulvaire.

Examen histologique. — Le fragment examiné a été prélevé superficiellement, et quoique de petite taille, il montre que les lésions sont très légères et

consistent surtout en de nombreuses dilatations vasculaires de l'extrémité des papilles et en une infiltration de lymphocytes dans une sorte de tissu réticulé.

Il n'y a point de lésions vasculaires profondes. Le tissu élastique est épaissi. L'épiderme est plutôt atrophié. La couche de cellules d'éléidine a disparu. Il existe une desquamation cornée, sans noyaux apparents.

Le groupement spécial des cellules et surtout leur forme, rapproche les lésions papillaires observées de celles que l'on voit habituellement dans le lichen, tandis que la desquamation cornée, par ses caractères négatifs, ne peut être rattachée ni aux parakératoses, ni aux érythrodermies squameuses.

En somme, il s'agit d'une dermatose légèrement squameuse, sèche, qui n'est pas du psoriasis, dont elle n'affecte ni les localisations, ni le caractère papuleux, qui n'est pas non plus du lichen vrai, parce que nous n'avons en aucun point observé la papule caractéristique de cette affection; sans doute, on note par places et notamment au poignet des placards plus ou moins étendus de lichénification banale; mais il n'y a pas de papule plate nette; rappelons d'ailleurs que nous n'avons rien constaté sur les muqueuses.

Nos recherches nous permettent d'éliminer toute idée de syphilis, ainsi que l'hypothèse d'une dermatose parasitaire quelconque.

Nous croyons qu'il s'agit d'un cas un peu spécial, que, en raison de sa longue durée, de son caractère de sécheresse, de sa fixité topographique, de sa résistance aux applications cadiques, soufrées, chrysophaniques, nous rapprocherions des faits décrits par M. Brocq comme parapsoriasis lichénoïde, par Unna sous le nom de parakeratosis variegata.

M. HALLOPEAU. — Le prurit, l'aspect lichénoïde de beaucoup de ces taches et la présence d'un certain nombre d'éléments papuleux aplatis, me portent à croire qu'il s'agit d'un lichen plan.

M. BROcq. — Ce fait est très intéressant et d'une interprétation difficile. Les faits pour lesquels j'ai proposé le nom de parapsoriasis, et ceux qui avaient été décrits par les auteurs anglais sous le nom de lichen variegatus et étudiés sous le nom de parakeratosis variegata par Unna, Santi et Pollitzer, ces faits, dis-je, présentent trois variétés objectives: 1^o des lésions d'aspect lichénoïde; 2^o des papules squameuses analogues à un psoriasis avorté mais s'en distinguant par l'absence totale de piqueté hémorragique; à la suite du coup d'ongle, il ne se produit que du purpura, comme dans les séborrhéides vraies; 3^o des plaques squameuses en larges nappes superficielles pour lesquelles j'avais autrefois proposé le nom d'érythrodermies en plaques disséminées. C'est dans le premier de ces groupes que rentrerait le fait de M. Hudelo; c'est-à-dire dans les parapsoriasis lichénoïdes. Le lichen plan ne me paraît guère admissible, car l'aspect lichénoïde est bien plutôt dû à de la lichénification qu'à des éléments de lichen vrai. Il y a de

plus une fine bordure rouge et squameuse qui fait songer aux séborrhéides bien plus qu'au lichen. En somme, c'est l'histologie qui doit prononcer en dernier ressort; si elle conclut à l'existence du lichen, je n'aurai, bien entendu, qu'à m'incliner, mais, je le répète, ce n'est pas mon impression et je crois bien plutôt qu'il s'agit non pas de la *parakeratosis variegata* de Unna, car nous n'avons pas ici l'aspect tacheté, en mosaïque qui caractérise cette variété, mais d'une affection toute voisine.

M. DARIER. — Au point de vue clinique la lichénisation est incontestable mais sur les coupes je n'en retrouve pas du tout l'aspect habituel. Il n'y a rien non plus qui rappelle le lichen plan. L'infiltration lymphocytaire et l'aspect réticulé donnent à certains points de la préparation l'aspect du mycosis, mais il faudrait pousser plus loin l'étude histologique pour pouvoir en déduire un diagnostic précis.

M. BROCCQ. — Je retiens le mot de mycosis que vient de prononcer M. Darier. On sait que sous les faits qui ont été étiquetés *parakeratosis variegata*, il en est plusieurs qui ont abouti au mycosis. Le malade même qui a fait l'objet du mémoire de Unna, Santi et Pollitzer, a été observé par moi ultérieurement d'une façon prolongée et j'ai vu un certain nombre de ses plaques s'infiltrer; il ne serait donc pas impossible que chez la malade de M. Hudelo nous nous trouvions en présence d'un début de mycosis à allures un peu insolites.

M. RENAULT. — J'entends M. Brocq parler de lichénification, et pourtant la malade n'accuse pas de prurit; ces deux termes ne sont-ils pas nécessairement connexes?

M. BROCCQ. — La démangeaison n'est pas indispensable, la lichénification est une lésion d'origine mécanique, et le simple frottement peut la faire naître, quoique ce soit fort rare. D'ailleurs cette femme a eu du prurit, modéré il est vrai, à certaines périodes de sa maladie.

M. HALLOPEAU. — Il est regrettable que le musée de l'hôpital Saint-Louis ne contienne aucun moulage des espèces morbides décrites par M. Brocq sous le nom de *parapsoriasis*; nous serions très obligés à notre collègue de vouloir bien combler cette lacune.

Cas de lichen plan zoniforme fémoro-cutané à début émotif et à évolution cornée.

Par MM. GASTOU et ROBERT-SIMON.

Le cas de lichen que nous présentons est intéressant par son début subit à la suite d'une émotion, sous forme d'un érythème intense, suivant le trajet des branches du fémoro-cutané et génito-abdominal, par son évolution rapide: l'érythème se transformant en quelques jours en une série de papules de lichen plan, puis très rapidement en un lichen corné végétant et saillant à tendances érosives et hémorrhagiques.

N. était en bonne santé jusqu'à il y a 2 mois. Il ne se souvient pas d'avoir eu aucune maladie antérieure. A cette époque il apprend brusquement un attentat commis sur un des siens, il en éprouve un violent chagrin.

Une semaine environ après ce jour il s'aperçoit de la présence dans le pli inguinal gauche d'une tache rougeâtre de la dimension d'une pièce de 50 centimes et légèrement prurigineuse.

Très rapidement en 4 jours la lésion s'étend à toute la région inguino-abdominale, à la face interne de la cuisse jusqu'au-dessous du genou, s'étendant latéralement au 1/3 antérieur et supérieur de la cuisse en se dirigeant vers l'os iliaque.

Cette éruption ressemblait, dit le malade, au début à de l'urticaire, elle démangeait beaucoup, et en quelques jours se transformait en devenant plus saillante.

C'est alors que croyant à une affection parasitaire il se frotta au savon noir.

Une réaction des plus violentes s'ensuivit et le malade vint à Saint-Louis.

Il était difficile de faire un diagnostic ferme, il existait bien sur le fond érythémateux quelques petites papules polygonales brillantes, mais ces éléments étaient effacés par la rougeur et la tuméfaction des parties malades. On pense à une éruption artificielle, on prescrit des lotions aqueuses bouillies tièdes et la pommade à l'oxyde de zinc.

Huit jours après le malade revient. Il n'existe plus de doute sur le diagnostic : il s'agit d'un cas typique de lichen plan.

Le malade est soumis aux douches tièdes, on lui donne de l'arsenic, de la pommade à l'oxyde de zinc.

Quinze jours à 3 semaines environ après il revient à Saint-Louis. Le lichen plan s'est transformé en un lichen corné très hypertrophique, très prurigineux et saignant au moindre grattage.

Interrogé à nouveau sur les incidents survenus depuis sa dernière visite, il nous raconte qu'il a de nouveau appris une nouvelle qui peut avoir sur l'honneur de sa famille une grave répercussion.

C'est à cette cause probable que nous attribuons l'exagération et la transformation de ce lichen.

Un examen histologique est fait. Un fragment est prélevé à la partie antéro-externe de la cuisse au point le plus malade.

La lésion est constituée par un épaissement considérable, papillomateux, de l'épiderme. On croirait presque à un épithélioma, tellement les cellules épidermiques sont altérées, mais l'ensemble est resté régulier et du type papillaire pur.

Il n'y a point de desquamation cornée, mais une production de couches successives de cellules granuleuses à éléidine.

Il existe des abcès intra-épidermiques. L'épiderme est en général épais par places et tellement aminci que les papilles affleurent sous la couche cornée.

Ces papilles sont très vasculaires et très infectées, très œdématisées.

Il y a des dilatations lymphatiques et capillaires. L'infiltration est formée de lymphocytes et de quelques plasmazellen inclus dans un fin réseau élastique réticulé ; cette infiltration très serrée prédomine surtout

autour des vaisseaux, et se voit également dans la profondeur, principalement autour des glandes sudoripares dont l'épithélium est tuméfié et bourgeonnant.

Nous avons cherché quelle pouvait être la cause de ce lichen et de sa transformation.

Nous n'avons rien trouvé comme antécédents héréditaires ou personnels.

Le malade n'a pas de troubles digestifs : sa langue est fendillée avec impression des arcades dentaires. Le foie déborde légèrement. Les réflexes rotuliens sont légèrement exagérés, les autres normaux. Le sommeil et l'appétit sont bons. Les urines contiennent de l'indican et un trouble en rapport avec des urates et des phosphates.

Il n'y a jamais eu d'affection antérieure de la hanche.

En somme, rien ; aucune cause capable d'expliquer l'apparition du lichen autre que le traumatisme moral et par suite l'origine nerveuse. Rien non plus pour expliquer la localisation.

Quant à la transformation, elle est peut-être en rapport avec l'emploi du savon noir.

Il y a là tout un ensemble de faits intéressants à signaler.

M. DARIER. — Le lichen corné a une évolution bien particulière ; j'en ai vu plusieurs cas où il n'y avait jamais eu de lichen plan antérieurement. Au point de vue histologique, il y a aussi de notables différences avec le lichen plan. En somme, je ne suis pas bien fixé sur la question de savoir si le lichen corné est une simple variété du lichen plan, ou si c'est une affection distincte.

M. BROCO. — J'ai déjà posé la question dans mon article « Lichen » de la *Pratique dermatologique*. J'ai fait remarquer qu'on ne sait pas d'une façon précise si le lichen corné succède toujours au lichen plan ou à une autre affection. Je crois, pour ma part, qu'il peut se développer sans lésion appréciable antérieure de lichen plan.

Angiodermite du pied de nature probablement tuberculeuse.

PAR MM. HUBÉLO, GASTOU et LEBAR.

Le malade que nous présentons aujourd'hui est porteur d'une lésion ancienne du pied droit, pour laquelle il a déjà fait un séjour à l'hôpital Saint-Louis ; le moulage, fait à cette époque, nous montre que la lésion a conservé des caractères identiques ; la nature n'en put alors être déterminée. Serons-nous plus heureux aujourd'hui ? Voici l'observation de ce malade :

X..., 50 ans, commissionnaire, entre le 2 novembre 1904, salle Cazenave, n° 15.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à 58 ans d'accident. La mère

a succombé aux suites d'une tuberculose pulmonaire chronique. Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Très chétif pendant sa première enfance. — A l'âge de 10 ans, toux fréquente, amaigrissement progressif, perte d'appétit; X. a été très malade; il guérit au bout de 5 à 6 mois de traitement par le repos et la cure d'air.

A 21 ans, au régiment, maladie fébrile étiquetée fièvre typhoïde. Depuis ce temps, notre malade a toujours joui d'une excellente santé.

Blennorrhagie à 27 ans, guérie au bout de quelques mois; il ne se rappelle pas avoir eu de chancre; pas d'éruption sur le corps; pas de maux de gorge.

Le malade n'a jamais séjourné aux colonies.

Il entre à l'hôpital parce que son pied droit est douloureux et enflé.

Début il y a 12 ans environ: à la plante du pied droit, et non loin du rebord interne, apparition d'une petite tuméfaction grosse comme une lentille, peu douloureuse.

A ce moment, état général excellent. Cette tuméfaction reste stationnaire durant plusieurs années; elle progresse très lentement. Au contact, elle est un peu sensible, dure. La peau qui la recouvre a toujours conservé sa coloration habituelle. Il y a 5 ans, le pied, dans sa totalité, augmente de volume et devient plus douloureux. De petites nodosités apparaissent le long du rebord interne du pied, qui se ramollissent et expulsent leur contenu séro-purulent. Elles restent fistuleuses. Le malade entre alors à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Danlos, qui fait prendre un moulage du pied. Le malade reste 2 mois à l'hôpital.

Le pied désenfle à ce moment petit à petit, sans cependant atteindre son volume normal; il est beaucoup moins douloureux. La tuméfaction de la plante atteint, à ce moment, d'après les dires du malade, la grosseur d'une noisette.

Deux années après, il entre à l'hôpital Lariboisière, chez M. Bouglé; on pratique deux incisions d'abord, puis on propose au malade l'amputation du pied, parce qu'on pense à une actinomycose. Ce renseignement nous est fourni par le malade, et corroboré par les dires d'un externe qui l'a observé à cette époque.

Le malade se refuse à l'opération et sort.

ÉTAT ACTUEL. — Actuellement, le pied, dans sa totalité, est augmenté de volume (mensurations: au niveau des malléoles, à gauche = 26 centimètres; à droite = 29; à la partie moyenne du pied G = 25 centim. 1/2; D = 31 centim. 1/2; à la racine des orteils: G = 25 centim. 1/2; D = 26 centimètres.

Le gonflement est surtout prononcé sur la face interne du pied. C'est une tuméfaction diffuse qui semble en rapport avec une sorte d'infiltration dense, plus dure par places, où elle donne la sensation de bandes fibreuses cicatricielles.

La peau, sur la face interne de la jambe et du pied, est bleuâtre, avec taches pigmentaires et reliefs veineux variqueux; elle est le siège d'une sudation presque incessante.

La peau est criblée de nombreuses taches rouges, violacées, qui, à la

palpation, donnent la sensation de grains miliaires. Certains sont moins durs, donnent du sang à la piqûre, et ont un aspect et une coloration angiomateux. Ce sont des points fistuleux cicatrisés. Quelques-uns d'entre eux suppurent encore actuellement. Il en sort une sérosité sanguinolente.

A la plante du pied, la tuméfaction d'origine de la maladie atteint le volume d'une noix. La peau qui la recouvre est dure, adhérente, comme parcheminée. Elle est consistante, sans limites précises, qui se perdent avec l'infiltration générale de la peau environnante; il n'y a pas trace de fluctuation.

En arrière, on voit quelques orifices fistuleux, multiples, en cratère.

La langue présente de la glossite scléreuse superficielle. Ulcération de la commissure droite des lèvres, fissuraire. Placards blancs de leucoplasie à la partie interne de la joue droite.

Traitement. — Pansements humides. Injections quotidiennes de biiodure de mercure (2 centigrammes).

8 novembre. — Le pied va beaucoup mieux, le gonflement a diminué. Plusieurs des orifices fistuleux sont fermés. La langue est un peu plus lisse. L'ulcération labiale est en voie de disparition.

26 novembre. — Le malade a eu dix-huit piqûres mercurielles. Les éléments fistuleux sont tous cicatrisés. Mais il est apparu un nodule nouveau en dedans de la tumeur plantaire, du volume d'un petit pois, saignant largement à la piqûre, et d'aspect absolument angiomateux.

Une radiographie montre l'intégrité absolue du squelette du pied, dont l'hypertrophie dépend entièrement de l'accroissement des parties molles.

Une biopsie a été pratiquée il y a 15 jours au niveau d'un des éléments de type angiomateux, et au niveau de la grosse tuméfaction plantaire. Voici les résultats de l'étude histologique.

La coupe a compris tout l'ensemble de l'élément éruptif qui représente un cône à base épidermique, à sommet intra-dermique effilé.

Ce cône est formé de trois parties: la base épidermique, le centre abcédé, le sommet d'aspect hémorrhagique.

L'épiderme comprend une série d'assises feuilletées, de lames cornées dont toutes les cellules ont un noyau étalé, allongé. Ces assises forment un revêtement comme calleux, très épais. Au-dessous, l'épiderme forme un prolongement en cône s'enfonçant dans la région dermique. A ce niveau, les différentes couches épidermiques sont plus développées que partout ailleurs.

Au centre de ce cône épidermique, se voit une inclusion sur la nature de laquelle il est difficile de se prononcer. Cette inclusion rappelle la structure et les réactions d'un anias corné.

Au-dessous de la saillie épidermique, est une cavité centrée par un vaisseau, autour du vaisseau amas de leucocytes polynucléaires, entre lesquels sont quelques lymphocytes.

Cet abcès est nettement limité par le cône terminal ou la pointe du cône qui lui forme une sorte de manchon, formé de trois éléments cellulaires :

- 1° Des globules rouges en très grand nombre;
- 2° Des leucocytes polynucléaires;

3° Des lymphocytes.

Les globules rouges sont extravasés ou contenus dans les vaisseaux très nombreux qui sillonnent le cône terminal.

Les leucocytes polynucléaires sont, eux aussi, en dedans et en dehors des vaisseaux.

Les lymphocytes n'ont pas de siège déterminé.

Dans les autres parties des coupes existent des vaisseaux entourés de manchons cellulaires surtout formés de lymphocytes.

Partout, la prolifération de la couche cornée est considérable, et l'épiderme très développé dans tout son ensemble.

La forme de la lésion en cône à base périphérique, sa constitution, donnent absolument l'apparence d'une embolie ou d'un infarctus pulmonaire. Il semble qu'il y ait eu dilatation vasculaire extrême de tout un réseau capillaire terminal, diapédèse de globules rouges et de globules blancs, éclatement de quelques capillaires et formation de cet infarctus cutané.

La présence de leucocytes polynucléés à noyaux très fragmentés dans les vaisseaux, semble indiquer qu'ils sont d'origine interne, la réaction épidermique paraissant consécutive.

Il s'agirait, en somme, de lésions analogues à certains purpuras infectieux ou toxiques, d'angiodermites de nature pyogène, d'origine indéterminée.

Que conclure de ces examens cliniques et microscopiques? Nous pensons qu'en raison de la longue durée de l'affection, de la lenteur de l'évolution, du processus suivi par la plupart des lésions et qui a abouti au ramollissement, à la suppuration, puis à la cicatrisation spontanée, la tuberculose doit être invoquée comme facteur pathogénique direct, la syphilis étant éliminée immédiatement; nos recherches ne nous permettent point de penser ni à l'actinomycose, ni aux lésions exotiques du pied (pied de Madura, etc.).

M. HALLOPEAU. — Cela a tout à fait l'aspect d'une lymphangite tuberculeuse.

M. DARIER. — La biopsie n'est malheureusement pas très bien réussie, et il n'est pas possible d'après elle d'affirmer le diagnostic, mais je crois bien néanmoins qu'il s'agit d'un lymphangiome tuberculeux.

Iodisme purpurique avec association probable de tuberculides à type d'angiokératomes.

Par MM. HUDELO et LEBAR.

Le malade que nous vous représentons est bien connu de vous; son observation a paru à plusieurs reprises dans les *Bulletins* de la Société. Nous la résumerons très brièvement aujourd'hui :

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — A 10 ans, le malade a eu une éruption des

membres inférieurs avec abcès à la fesse. Cette éruption a laissé des cicatrices encore apparentes.

En 1895, il entre chez M. Gaucher pour une éruption qualifiée roséole. On fait le traitement spécifique mixte. Pendant son séjour, il présente une éruption sur les doigts, attribuée à l'influence de l'iodure, et sort guéri.

En 1896, il entre de nouveau à l'hôpital Saint-Louis, chez M. Du Castel, pour une éruption identique aux doigts et aux jambes. Bien qu'on ne relève chez lui aucun antécédent spécifique net, il est mis au traitement ; — aucun résultat.

En 1897, 1898, 1899, le malade rentre à plusieurs reprises chez M. Du Castel. En mai 1896, il est présenté par M. Du Castel sous l'étiquette « d'éruption purpurique des doigts » ; en février 1899, présenté à nouveau par M. Du Castel comme « Dermatite hémorragique des saillies articulaires des doigts ».

Enfin, en novembre 1904, troisième présentation de M. Du Castel, sous le titre de « Tuberculides des membres ». A ce moment, l'éruption siège aux membres supérieurs et inférieurs, évoluant par poussées successives de papules arrondies, légèrement saillantes, d'un rouge pâle, reposant sur une base souple ; au bout de quelques jours, le centre s'affaisse, la périphérie devient jaunâtre, irrégulière ; le centre reste rouge, plus ou moins livide, et, dans quelques cas, se recouvre de taches purpuriques.

Au moment de sa sortie, les lésions sont en voie de régression par places ; en d'autres, nouvelles poussées.

Le malade rentre de nouveau à l'hôpital Saint-Louis, chez M. Hallopeau, qui le présente en novembre 1903.

M. Hallopeau insiste sur certains stigmates de syphilis héréditaire :

Crâne. — Les dimensions transversales l'emportent de beaucoup sur les dimensions verticales. La partie postérieure de l'occipital forme une surface verticale dont le sommet est très voisin du vertex. Les bosses frontales sont exagérées. Existence de saillies osseuses sur la région temporo-pariétale droite. La moitié droite est notablement plus développée que la gauche.

On note à la partie postérieure du pharynx une dépression cicatricielle.

A 10 ans, le malade a souffert d'une affection oculaire qui a laissé une amblyopie droite prononcée ; il entend mal à droite.

A ce moment, les lésions cutanées étaient disséminées au cou, aux poignets, aux doigts, aux jambes ; on voyait soit des macules, soit des éléments en saillie de coloration violacée, avec piqueté hémorragique ; l'épiderme est desquamé à leur niveau.

M. Hallopeau prescrit deux grammes d'iodure. Les saillies anciennes s'entourent d'une auréole érythémateuse. Sur les macules, fin piqueté hémorragique. Éléments nouveaux bulleux, séreux, hémorragiques.

Le 6 novembre, le malade prend 3 grammes d'iodure ; le jour même, malaise général, sensation pénible aux doigts ; le 7, nombreuses ecchymoses. Papules lenticulaires avec infiltration hémorragique aux coudes ;

à la face inférieure des orteils, soulèvements bulleux avec liquide hémorragique.

M. Hallopeau conclut donc à de l'iodisme hémorragique bulleux et scléreux greffé sur une syphilis héréditaire.

Novembre 1904. — Le malade se trouve actuellement salle Cazenave. A plusieurs reprises, depuis l'an dernier, il a présenté des poussées éruptives dont l'évolution a été de tout point semblable à celle qu'ont successivement décrite MM. Du Castel et Hallopeau dans leurs présentations antérieures. Il y a 8 jours, M. Gastou pratique une biopsie au genou gauche. Pansement à la gaze iodoformée. Le lendemain, apparition, au voisinage de l'application d'iodoforme et tout autour, de taches purpuriques nombreuses, groupées en placards. Éruption analogue, aux doigts et au genou droit. Il n'y a pas eu d'élément bulleux. Depuis un an, au dire du malade, il n'y a jamais eu ingestion d'iodure, et néanmoins les poussées purpuriques n'ont pour ainsi dire pas cessé; il est vrai que l'on peut soupçonner le malade d'être un simulateur et de prendre en cachette un médicament dont l'action nocive lui ouvre les portes de l'hôpital. Malgré toute notre attention, nous n'avons pu le prendre en défaut. Somme toute, il était évident que l'action de l'iode sur la genèse de ses éruptions était évidente.

Mais, impressionnés par le diagnostic et les considérations de M. Du Castel, nous avons prié M. Gastou d'examiner histologiquement ces lésions. Voici les résultats de son examen :

Un élément prélevé au *genou* offrait l'aspect d'une plaque érythémateuse histologiquement formée ainsi :

Une couche cornée à lames feuilletées desquamatives sans noyaux, au-dessous desquelles l'épiderme est aminci, sans couche granuleuse ou avec une couche granuleuse formée d'une rangée de cellules très aplaties.

Le corps muqueux ne présente aucun caractère spécial. Les papilles sont œdématisées et le siège d'une infiltration qui se continue dans la zone sous-papillaire. Cette infiltration se rencontre profondément dans le derme sous forme d'amas et trainées.

Partout où elle existe, cette infiltration est ainsi constituée : un ou plusieurs vaisseaux occupant quelquefois le centre, le plus souvent la périphérie, et des cellules ou débris de cellules très polymorphes.

Les vaisseaux sont sanguins ou lymphatiques. Ceux-ci sont très nombreux, sous forme de lacunes à la périphérie des papilles, à leur base et dans le derme.

Les vaisseaux ont leur endothélium très proliféré, obstruant même la lumière. Ils sont non seulement distendus, mais leur nombre est augmenté.

Autour d'eux se groupent les infiltrations et lésions cellulaires.

- 1° Une infiltration leucocytaire abondante, formant le substratum ;
- 2° Des débris de cellules, dont on ne voit que des noyaux allongés, ou plus ou moins informes ;
- 3° Des amas granuleux avec des débris de noyaux ;
- 4° Quelques amas de cellules épithélioïdes inclus parmi les leucocytes.

Il n'existe point de cellules géantes.

On note également l'épaississement des fibres élastiques, des altérations des glandes sudoripares caractérisées par le gonflement et la prolifération des épithéliums de ces glandes.

L'ensemble de ces lésions se rapproche des altérations que l'on rencontre habituellement dans les tuberculides érythémateuses ; il y a lieu de signaler également l'état œdémateux des régions papillaires et le développement exagéré des lacunes lymphatiques en ces régions : faits qui peuvent expliquer la facilité avec laquelle à la moindre irritation cutanée par prise de médicament ou application externe, le malade fait une éruption artificielle.

Les lésions ~~des doigts~~ consistent en une hyperkératose extrêmement marquée. Il existe un ~~épaississement~~ épaississement considérable de la couche cornée avec plusieurs assises de cellules ~~cornées~~ cornées à noyaux, auxquelles correspondent du reste plusieurs couches de cellules d'~~éladine~~ éladine.

Les régions papillaires et dermiques ~~présentent~~ présentent des altérations identiques à celles de la peau du genou.

La dilatation des vaisseaux, les caractères de l'~~infiltration~~ infiltration, l'hyper et la parakératose légitiment le diagnostic d'angiokératome.

La même disposition lymphatique œdémateuse explique la ~~localisation~~ localisation au niveau des angiokératomes d'éruptions médicamenteuses.

Nous croyons donc pouvoir conclure que, s'il est évident chez ce malade que des traces d'iode en ingestion ou même en applications externes sont susceptibles de déterminer un processus cutané à type purpurique, un iodisme purpurique, on est en droit par contre de faire des réserves au point de vue de la nature intime de ce processus, et plus particulièrement des lésions kératosiques, qui ont objectivement et histologiquement, les caractères de l'angiokératome ; et nous nous demandons si, en présence des résultats de l'examen histologique, la tuberculose ne commande pas le type des lésions cutanées dont l'intoxication médicamenteuse est la cause provocatrice.

M. HALLOPEAU. — Je ne puis, pour ma part, accepter l'hypothèse d'une sorte d'hybride, tenant à la fois de la tuberculide et de l'iodisme. Il y a, en toute évidence chez ce malade, une susceptibilité extraordinaire pour l'iode, car il a suffi de quelques grains d'iodoforme appliqués localement pour lui faire venir une nouvelle poussée éruptive. Nous avons assisté, pendant le séjour du malade dans notre service, à la transformation des éléments bulleux et hémorrhagiques, provoqués par l'ingestion d'iodisme, en saillies hyperkératosiques. Tous les phénomènes observés peuvent donc être rapportés à la réaction idiosyncrasique sous l'influence de l'iode. Je ne doute pas que le malade n'absorbe ce médicament en cachette : les éruptions observées sont trop spéciales dans leurs caractères et leur évolution pour ne pas reconnaître une cause unique et propre.

www.libtool.com.cn

Amélioration rapide et considérable d'un cas de lichen plan cutané et intra-buccal par le permanganate de potasse.

Par MM. HALLAYAS et NOUNA.

L'un de nous a déjà signalé les bons effets donnés par cette médication dans cette maladie. Son action a été des plus frappantes chez cette malade.

Il s'agit d'un lichen de Wilson obtus et verruqueux occupant depuis plusieurs mois les mains, les avant-bras, les pieds, les fesses, la langue et les joues. Les papules des mains sont remarquables par leur dureté et leur élévation considérable, par les grandes dimensions de leurs dépressions punctiformes qui atteignent jusqu'à 4 millimètres de diamètre, par leur confluence en plaques agglomérées; l'une de celles qui occupent le dos de la main gauche offre une disposition irrégulièrement curviligne et mesure 6 centimètres verticalement sur 15 millimètres transversalement. Les stries opalines y sont prononcées et l'emportent sur les parties rouges; des trainées linéaires et des taches confluentes donnent lieu, par places, à des figures étoilées. Les éléments sont également confluent ou agminés sur la face palmaire de l'avant-bras gauche, dans une hauteur d'environ 3 centimètres. On voit, sur la face palmaire de la main droite, quelques saillies rosées, dures, avec large dépression centrale décolorée. Sur la face dorsale de la langue, des plaques blanches se sont développées, étendues et multipliées; l'une d'elles occupe le tiers moyen de la face dorsale gauche de l'organe. Elles sont résistantes au toucher, opalines. Des plaques étoilées blanchâtres occupent la partie postérieure de la muqueuse des joues. Toute la partie du rebord labial immédiatement contigu à la muqueuse est le siège de stries opalines irrégulièrement entrecroisées, laissant entre elles des dépressions punctiformes plus colorées, avec prolongement étoilé en haut et en bas, et mesurant environ 5 à 6 millimètres d'élévation.

Depuis le 17, la malade est soumise à un traitement local par le permanganate de potasse en applications, sur les mains au 1/17, sur les lèvres au 1/50, sur la langue et les joues au 1/100.

Aujourd'hui, 30 novembre, les altérations ont partout rétrogradé.

On aperçoit encore un très léger réseau sur la face interne des joues et quelques stries sur les côtés de la face dorsale de la langue, mais l'amélioration de la bouche est des plus frappantes et a été obtenue rapidement.

Les trainées blanchâtres des lèvres ont disparu.

Les papules disséminées sur les pieds se sont affaissées.

Les parties antérieures des poignets sont presque complètement guéries.

Le dos des mains est très amélioré; les papules y ont disparu, les saillies si considérables s'y sont affaissées; on voit encore à leur place quelques trainées blanchâtres; en certains points, il n'y a plus qu'une pigmentation.

Sur le dos de la main gauche, on a dû enlever mécaniquement une sorte de corne épidermique.

Nous ferons remarquer tout particulièrement l'action si évidente et persistante du topique sur les manifestations intra-buccales de la

maladie: on sait quelles sont habituellement leur ténacité et leur résistance à toute thérapie; nous avons récemment employé, dans un cas semblable, les médications locales les plus variées et d'ordinaire les plus puissantes sans en obtenir de résultats: ni les applications fréquemment renouvelées d'un collutoire au salicylate de soude, ni les attouchements réitérés quotidiennement toutes les deux ou trois heures avec la solution de sublimé, ni même les cautérisations avec le nitrate acide de mercure et avec l'acide chromique n'ont pu en avoir raison.

Le lichen buccal mérite à cet égard d'être rapproché des leucoplasies post-syphilitiques.

Il semble réelles que le permanganate ait exercé ici une action spécifique, et cela à doses très modérées. L'action du médicament sur les lésions cutanées n'a pas été moins efficace. Voici donc encore un fait à l'actif de cette puissante médication.

M. DARIER. — M. Hallopeau emploie une solution à 1 pour 17; quelle est l'explication de ce chiffre un peu bizarre à première vue?

M. HALLOPEAU. — C'est la proportion voulue pour que le permanganate soit à saturation dans l'eau.

M. JACQUET. — Je constate une tuméfaction notable du dos de la main, et je ferai remarquer que parfois, sous l'influence des topiques irritants, les néoplasies semblent guérir, alors qu'en réalité elles sont simplement masquées par l'œdème. Je demande donc à M. Hallopeau de vouloir bien nous présenter de nouveau sa malade.

M. HALLOPEAU. — Ce n'est certainement pas le cas ici, et l'amélioration est bien réelle.

Cas de maladie de Duhring avec essai de pathogénie.

Par MM. HALLOPEAU et NORERO.

L'éruption d'Anna N..., couchée au 24 salle Lugol, diffère en quelques points du type classique et est peut-être de nature à éclairer la pathogénie de cette dermatose encore si obscure dans ses causes.

La maladie remonte à 3 semaines; elle a débuté par l'apparition, sur le dos de l'avant-bras gauche, d'une dizaine de petites bulles semblables à celles que l'on voit encore naître aujourd'hui; elles étaient très prurigineuses; bientôt l'éruption s'est étendue avec des caractères identiques sur presque toutes les parties du corps, notamment au visage, au tronc et sur les membres supérieurs.

En diverses régions, sans doute par l'effet de grattages, le tégument a pris une teinte d'un rouge vif au niveau des placards éruptifs, en même temps que le liquide excrété se concrétait par places en croûtes mélicériques très analogues à celles de l'impétigo.

Depuis lors, de nouvelles bulles ont continué à se produire, et l'on peut en voir encore aujourd'hui à l'état naissant, isolées ou agminées en groupes réguliers.

Ce sont des éléments hémisphériques ou à contours serpentineux, qui sont remplis d'un liquide absolument clair au début, sans trace de rougeur à leur périphérie; un examen attentif révèle l'existence, dans leur partie centrale, d'un point plus sombre; si l'on vient à en évacuer le contenu et à enlever l'épiderme, on voit, dans la partie correspondante à ce point obscur, une légère dépression en cupule; ces éléments ne sont pas en rapport avec l'émergence des poils.

Ils font complètement défaut dans les paumes des mains.

En diverses régions, particulièrement sur les bras, au visage, dans le dos et sur le devant des cuisses, les éléments, très abondants, confluent en vastes nappes d'un rouge vif, avec croûtes parfois mélicériques; dans le dos, du côté droit, ils sont distribués en séries dont la direction rappelle celle des nerfs intercostaux, mais avec une obliquité plus grande; les ganglions axillaires et inguinaux sont tuméfiés.

Il n'y a pas de fièvre: l'état général est relativement satisfaisant.

Nous signalerons plus particulièrement, dans cette histoire morbide, l'acuité persistante des phénomènes sans trace de réaction, l'absence totale de rougeur et d'infiltration au pourtour des éléments primitifs, la transformation purulente du contenu évidemment sous l'influence d'immigrations microbiennes secondaires, l'aspect impétigineux du visage, et la distribution de groupes d'éléments en séries linéaires.

Ce dernier fait est plutôt en faveur d'une éruption trophonévrotique; il en est de même du caractère aphlegmasique des éléments initiaux; ce n'est pas ainsi que se comportent d'ordinaire les éruptions bulleuses d'origine toxique.

Dans le même ordre d'idées, nous mentionnerons l'absence complète de troubles de la santé générale: on ne conçoit guère une auto-intoxication aussi aiguë sans trace de troubles gastriques antérieurs ou concomitants.

Ajoutons que ce caractère primitivement aphlegmasique des éléments initiaux se rencontre dans une maladie dont l'origine nerveuse est incontestable, nous voulons parler du zona: on sait en effet que la rougeur peut faire complètement défaut, ainsi que la saillie papuleuse, au pourtour d'une partie de ses éléments.

M. DARIER. — L'apparition des bulles sur la peau saine est ici manifeste; c'est un caractère qui mérite d'être relevé, car on le considérerait autrefois comme un signe de gravité. Cette interprétation ne semble pas justifiée dans le cas actuel. Au point de vue de la topographie, j'ai souvent observé sur le thorax une disposition vestimentaire, les lésions s'arrêtant au-dessus de la ceinture pour redescendre sur les flancs. Peut-être cette distribution est-elle en rapport avec l'origine nerveuse de l'affection.

~~M. Brocq.~~ Ce cas est très intéressant à un double point de vue. D'abord en raison de l'aspect si eczémateux et impétigineux de l'affection. C'est une forme assez rare, que j'ai cependant déjà observée. Le second point à relever, c'est la disposition de l'affection en bandes thoraciques. Je ferai remarquer que la même topographie se rencontre dans beaucoup de dermatoses, notamment dans la syphilis et les toxi-infections.

Syphilides secondaires plus développées au voisinage de l'accident primitif.

Par M. HALLOPEAU et TRYSSEIRE.

M. Morel-Lavallée et l'un de nous ont déjà publié des faits de cette nature ; en voici un nouvel exemple :

On peut constater chez un jeune homme atteint, il y a trois mois et demi, d'un chancre induré du frein, une éruption des plus abondantes de papules saillantes, élevées, d'un rouge vif et prurigineuses dans toute la région inguinale droite, alors que sur toutes les parties du corps on ne voit qu'une roséole discrète, pâle, avec quelques papules planes et rosées : seule, la muqueuse buccale est concurremment le siège de quelques ulcérations.

La concordance de cette observation avec les faits de même ordre que nous avons fait connaître à la Société montre en toute évidence qu'il n'y a pas là une coïncidence fortuite entre l'intensité de l'éruption et le voisinage de l'accident primitif, mais bien relation de cause à effet, et l'on est ainsi de plus en plus conduit à cette idée que les microbes pathogènes engendrés directement par le chancre induré l'emportent en virulence sur ceux qui sont élaborés secondairement.

Ces faits doivent être rapprochés de ce qui se passe dans les syphilides secondaires agminées ; ici encore, le bouton initial est plus coloré, plus volumineux et plus dur que les éléments de voisinage qui se multiplient par intra-inoculation.

Il y a donc là une loi syphiligraphique qui peut être formulée dans les termes suivants : *toute localisation de la syphilis dans une partie jusque-là vierge d'altérations y présente une activité pathogénétique plus grande que les éléments qui lui succèdent par intra-inoculation, et, s'il y a plusieurs de ces générations successives, chacune d'elles décroît en intensité.*

C'est ainsi que la virulence a son maximum dans l'accident primitif, qu'elle peut être encore très considérable dans son voisinage, que généralement elle s'atténue dans les manifestations éloignées, jusqu'au jour où le terrain organique devient de nouveau un milieu favorable à de nouvelles intra-inoculations.

M. SABOURAUD. — La moitié des poils sont enlevés sur la plaque pubienne,

cela indique un prurit très vif qui n'est pas dans les allures habituelles de la syphilis.

M. RENAULT. — Le prurit, dans les lésions syphilitiques, se voit chez les sujets éthyliques.

M. HALLOPEAU. — J'ai établi, dans une communication antérieure, qu'un prurit, ordinairement modéré, parfois assez intense, n'est pas exceptionnel chez les sujets atteints de syphilides secondaires.

Plissement en crépon de cicatrices et localisation palatine chez un lépreux.

Par MM. HALLOPEAU et TRYSSEIRE.

Nous ne retracerons pas l'histoire du nommé B... que nous avons déjà présenté à la Société; nous insisterons seulement sur les deux particularités énoncées. Nous rappellerons seulement que B... est malade depuis 8 ans, qu'il a eu des lésions de lèpre tuberculeuse disséminées dans toutes les parties du corps, et plus particulièrement au visage et aux membres; il présente aux quatre extrémités des zones très étendues d'anesthésie: ses nerfs cubitiaux sont tuméfiés.

Les plissements en crépons de la peau sont localisés à des cicatrices rondes, comme taillées à l'emporte-pièce, que l'on voit surtout aux cuisses; très aminci et pigmenté, le tégument y présente une extrême laxité; il est devenu manifestement trop large pour les parties sous-jacentes: d'où ce *plissement en crépons* si remarquable sur lequel l'un de nous a déjà insisté dans un cas semblable et *qui appartient en propre à cette maladie*; l'aspect de chacune de ces cicatrices rappelle celui d'un grain de raisin sec vidé de son contenu. Il y aura lieu de rechercher, dans une biopsie ou une nécropsie, à quelles particularités de cicatrisation est dû ce fait insolite.

Dans la bouche, on voit des nodosités qui occupent toute la longueur des arcades palatines sous forme de bourrelets saillants.

Deux cas d'épithéliomas cutanés guéris par la radiothérapie.

Par MM. BODIN et CASTEX.

Voici deux observations de guérison de l'épithélioma cutané par la radiothérapie, que nous croyons intéressant d'ajouter à la liste de celles qui ont été déjà publiées.

Ces deux cas appartiennent au type de l'*ulcus rodens* ainsi que le prouvent les caractères cliniques, et comme nous l'a démontré l'étude histologique après biopsie.

Le premier est relatif à un homme de 43 ans, présentant, depuis 22 ans, un ulcus de l'aile droite du nez. Au début, il s'agissait seulement d'une petite nodosité grisâtre qui a mis 8 années à s'ulcérer.

Depuis lors, la lésion a progressé lentement, mais d'une manière continue et, au mois de mars 1904, c'était une ulcération ovalaire étendue de l'extrémité du nez jusqu'en arrière de l'aile droite de cet organe; cette ulcération, offrant 4 centimètres de longueur sur 2 centim. 1/2 de large, a détruit une partie du rebord narinaire, et présente les caractères classiques du *rodent ulcer*.

Soumis pendant près d'une année à des cautérisations ignées qui n'ont donné que des résultats insignifiants, le malade a commencé le traitement radiothérapique à la date du 23 avril 1904. Il a subi alors cinq séances de radiothérapie à trois semaines d'intervalle environ; la cicatrisation a marché très vite et s'est montrée complète à la troisième séance. Actuellement, la cicatrice est aussi parfaite que possible, blanche, régulière, sans brides, et il ne persiste pas la moindre trace de lésions en activité.

Quant à la quantité des rayons absorbés, elle a été de 6 à 7 unités H à peu près en chacune des deux premières séances, et de 4 unités H en chacune des trois dernières; soit, en tout, 24 à 26 unités H, en admettant qu'une teinte B du radiomètre de Sabouraud-Noiré corresponde à 5 unités H environ.

Notre second malade est une femme de 38 ans, atteinte depuis 7 ans d'un ulcus rodens de la partie supéro-externe de la joue droite. Cet épithélioma, progressant plus vite que le précédent, donnait, en juin 1904, une vaste ulcération à fond irrégulier, adhérent aux tissus sous-jacents, à bords réguliers, durs, taillés à pic et marqués par le bourrelet classique. La perte de substance, considérable, atteint 6 à 7 centimètres de diamètre; elle s'étend jusqu'à la partie inférieure de la joue, et, à la région supérieure, elle intéresse la paupière inférieure dans les deux tiers de son étendue, dépassant, en haut et en dehors, l'angle externe de l'œil.

Bien que nous n'ayons pas trouvé ici d'engorgement ganglionnaire, deux de nos collègues chirurgiens se sont refusés à toute intervention sanglante, craignant des délabrements trop considérables.

Au 5 juin 1904, nous avons donc institué le traitement radiothérapique chez cette femme.

Depuis le 5 juin, nous avons fait sur cet épithélioma 6 séances de radiothérapie espacées d'au moins 3 semaines. Dès la 2^e séance, la cicatrisation a commencé, après un abondant suintement; à la 4^e application de rayons X, elle était terminée. Actuellement, la cicatrice est lisse, blanche, solide et telle qu'on n'aurait osé l'espérer avec une perte de substance aussi profonde et aussi étendue. Toute lésion active d'épithélioma y a disparu.

La somme des rayons X absorbés par la malade dans les six séances se monte à 28 ou 30 unités H à peu près. La quantité absorbée à chacune des 4 premières séances a été de 5-6 H et pour les 2 dernières de 3-4 H.

Ces faits sont trop probants pour qu'il soit utile d'insister sur l'efficacité remarquablement nette et rapide de la radiothérapie en ces formes d'épithéliomas cutanés. Désormais l'indication de cette

méthode est formelle dans l'ulcus rodens, où elle donne des résultats supérieurs à toute autre.

Nous tenons seulement à faire remarquer que dans l'application de ce traitement, qui ne nous a donné aucun accident local ou général, nous avons procédé par séances espacées de trois semaines environ, commençant par des séances fortes jusqu'à cicatrisation complète, et faisant ensuite deux ou trois séances faibles. Nous considérons comme séance forte celle où l'on fait absorber la valeur de 5 à 6 unités H, soit une teinte B du radiomètre de Sabouraud-Noiré.

En somme, nous avons suivi la méthode préconisée ici notamment par MM. Bécère, Leredde, Brocq, Bissérié, Noiré et dont la supériorité s'affirme de plus en plus.

Note sur la radiothérapie des teignes.

Par MM. BODIN et CASTEX.

Depuis huit mois environ, nous traitons par la radiothérapie les teigneux qui se présentent à l'Hôtel-Dieu de Rennes, et nous tenons à dire ici toute l'excellence de cette méthode. Nous avons soumis au traitement par les rayons X, 25 enfants atteints de tondantes diverses et offrant, en bloc, 64 plaques teigneuses. Tous ont guéri dans les délais habituels, la dépilation se produisant régulièrement du quinzième au vingtième jour et la repousse se manifestant de la septième semaine, au plus vite, à la treizième au plus tard, pour se compléter en un mois et demi à 2 mois.

Dans tous les cas, la guérison a été parfaite et nous n'avons eu à enregistrer qu'un seul accident, dû à une faute commise par un aide, une radiodermite d'intensité moyenne d'ailleurs, mais qui a laissé une plaque alopecique de 4 centimètres de côté sur le cuir chevelu d'une fillette.

En somme, ces résultats sont pleinement confirmatifs de ceux qu'a obtenus notre ami Sabouraud et, quoique nous ayons opéré sur une échelle plus restreinte, il nous a paru intéressant de les signaler, ne serait-ce que pour appuyer par de nouveaux faits l'efficacité de ce mode encore récent de thérapeutique des teignes.

En outre, il est certains points particuliers relatifs à la pratique du traitement et sur lesquels nous croyons utile d'attirer l'attention.

Ainsi, à tous ceux qui ne pourraient se procurer immédiatement les appareils spéciaux existant aujourd'hui pour ce traitement, nous recommandons le dispositif suivant, extrêmement simple, mais qui nous donne pleine satisfaction.

Nous nous contentons d'entourer notre ampoule par une sorte de

gouttière, faite avec une feuille de plomb de 2 millimètres d'épaisseur, et suspendue au plafond à l'aide d'une corde et d'un contre-poids permettant de la placer à une hauteur convenable. En cette gouttière, destinée à protéger le malade et l'opérateur, est ménagé un orifice pour le passage des rayons.

Au-dessous de l'ampoule et à la distance voulue de l'anticathode, nous fixons la tête du teigneux avec un support quelconque, en ayant soin de recouvrir le cuir chevelu d'une autre plaque de plomb de 0^{mm},1 d'épaisseur, et dans laquelle a été préalablement découpée une ouverture correspondant à la région qu'il s'agit de traiter. Cette plaque est reliée à la terre par un conducteur métallique, afin d'éviter toute décharge, non dangereuse, mais qui pourrait être désagréable au patient.

Aux ouvertures que nous découpons dans les plaques de plomb, nous donnons la forme rectangulaire qui est, à notre sens, bien supérieure aux diaphragmes arrondis utilisés jusqu'ici. Avec ces derniers, en effet, il est impossible de traiter de vastes surfaces, sans laisser, entre les circonférences soumises aux rayons X, des régions malades, ou sans amener un chevauchement des parties insolées sur leurs bords, ce qui peut être fort préjudiciable au malade.

Les diaphragmes rectangulaires permettent, au contraire, de juxtaposer exactement les surfaces insolées sans laisser d'espace entre elles et sans qu'il y ait d'empiètement de ces surfaces les unes sur les autres.

Ce détail est beaucoup plus important qu'on ne le croit ; car nous avons noté, comme Sabouraud, que la superposition dans le même point du cuir chevelu, de deux séances radiothérapeutiques, suffisantes chacune pour amener la dépilation sans radiodermite, est susceptible de causer une alopecie définitive. Nous en donnerons pour preuve l'un de nos teigneux chez lequel, par suite d'une application défectueuse des diaphragmes, deux séances ont chevauché sur un espace rectangulaire de 4 millimètres de large sur 4 centimètres de long ; cette bande est demeurée, depuis six mois, absolument glabre, tandis que la repousse s'est effectuée normalement partout ailleurs.

Enfin, nous ajouterons que nous utilisons, comme source électrique, une bobine modèle Radiguet, de 23 centimètres d'étincelle, avec interrupteur Contremoulins-Gaiffe, donnant 800 interruptions à la minute ; les résultats signalés précédemment montrent qu'il n'y a pas plus d'accidents à redouter avec cette source qu'avec une machine statique. Il importe seulement d'agir prudemment et correctement, en connaissant la valeur et la quantité des rayons débités par l'ampoule.

A ce sujet et à titre d'indications, nous ferons remarquer qu'avant la découverte et la publication du radiomètre de Sabouraud-Noiré, nous n'avions aucune autre méthode de mesure de quantité des rayons que les pastilles de Holzknacht. Or, il nous a été tout à fait impossible, malgré des demandes réitérées, de nous procurer de ces pastilles. Nous nous sommes décidés alors à chercher par l'expérience les conditions permettant de réaliser la dépilation totale sans radiodermite. Après quelques tâtonnements, qui n'ont, du reste, donné lieu à aucun accident, nous avons fixé ces conditions comme il suit : pour un courant de 1,5 sous 60 volts dans le primaire de la bobine, en plaçant la région malade à 12 centimètres de l'anticathode, nous obtenons, en douze minutes, la dépilation sans radiodermite avec des rayons marquant 4° au radiochromomètre et avec une ampoule de Chabaud-Villars. C'est ainsi que nous avons traité sans accidents ni inconvénients la majorité de nos teigneux.

Depuis, nous avons constaté, à l'aide du radiomètre, que l'insolation ainsi faite correspond, comme quantité de rayons, à celle que Sabouraud a démontré être nécessaire et suffisante, soit 4 à 5 unités H, ou une teinte B de son radiomètre.

Xanthélasma aigu.

Par MM. GAUCHER et DRUELLE.

Nous venons d'observer un cas de xanthélasma qui nous a paru digne d'intérêt pour les motifs suivants. L'éruption, d'allure aiguë, s'est généralisée en quelques jours à presque toute la surface des téguments, alors qu'habituellement le xanthélasma est essentiellement chronique d'emblée et conserve ce caractère pendant toute son évolution. De plus, il existe des phénomènes prurigineux d'une grande intensité qui sont également en dehors de la symptomatologie normale du xanthélasma. Enfin, en dehors de ces particularités évolutives atypiques, le diagnostic était encore rendu plus difficile par ce fait que la plupart des éléments éruptifs différaient beaucoup de l'aspect classique du xanthélasma. En effet, ils étaient le plus souvent représentés par des saillies papuleuses rosées au centre desquelles on apercevait un petit nodule jaunâtre plus ou moins développé. De façon générale, l'éruption avait un aspect ortié remarquable et le diagnostic en était fort délicat sans un examen très approfondi. Il fut du reste confirmé par un examen histologique, qui fut pratiqué en raison de la complexité du cas et de sa symptomatologie anormale — et à la demande du malade.

Théodore X..., 52, ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher, le 20 octobre 1904.

Le malade se plaint d'une éruption prurigineuse généralisée dont le début remonte à 3 semaines; le prurit semble avoir précédé l'éruption; il existait depuis 1 ou 2 mois quand sont apparus les premiers éléments éruptifs.

La marche de cette éruption a été très rapide. Au bout de quelques jours elle était déjà généralisée et depuis il apparaît quotidiennement de nouvelles lésions. Depuis 2 ou 3 jours la poussée est aiguë, les phénomènes subjectifs ont redoublé d'intensité.

ÉTAT ACTUEL. — L'éruption est actuellement étendue aux bras et aux avant-bras, aux parties latérales du dos, à la poitrine, à l'abdomen, aux cuisses, aux jambes et aux pieds. Il n'y a rien sur la face, sur le cuir chevelu, sur les mains et sur les organes génitaux.

Les éléments éruptifs sont papuleux. A un examen rapide la plupart de ces papules paraissent d'un rose tendre uniforme, mais quand on les regarde de très près on voit que bon nombre d'entre elles sont centrées par une petite nodosité jaunâtre. Cette nodosité est parfois minime. On parvient néanmoins à l'apercevoir en exerçant une pression soutenue sur l'élément papuleux dont elle fait partie. On voit alors la zone périphérique rosée s'affaïsser, s'effacer et disparaître momentanément, tandis que la nodosité jaunâtre centrale garde son volume primitif et peut alors être facilement perçue. Par cette exploration on peut se rendre compte que cette nodosité est ferme et résistante au doigt. Elle n'entraîne aucune sensation douloureuse locale.

En certains points, sur le dos en particulier, la zone rosée périphérique est très large, de disposition annulaire et forme un halo de 3 à 4 millimètres de largeur.

Au niveau d'autres éléments éruptifs moins nombreux on ne put déceler aucun point jaune central. Ils constituent des papules d'un rose uniforme et la pression les efface entièrement.

En certains points on trouve de fines papules excoriées, recouvertes d'une croûte noirâtre, assimilables à des éléments de prurigo.

Dans son ensemble l'éruption a un aspect ortié remarquable d'autant plus que le prurit est très vif. Les démangeaisons sont permanentes mais marquées surtout la nuit, au point d'empêcher le malade de dormir: elles se font sentir au niveau de toutes les régions envahies par l'éruption.

Toutes les diverses variétés de lésions ci-dessus décrites se retrouvent au niveau de ces dernières. Elles se voient en quantité plus considérable sur les membres que sur le tronc.

Il en existe des amas importants sur la face dorsale des pieds et au niveau du coude gauche.

Sur la face dorsale des deux pieds et au niveau des articulations tibio-tarsiennes on trouve des lésions qui n'existent que dans ces régions. A côté de saillies papuleuses rosées on en voit d'autres d'une couleur jaunâtre uniforme: elles sont réparties en deux groupes principaux, l'un au niveau de la face dorsale de la racine du gros orteil et l'autre au niveau de la malléole interne.

Sur le coude gauche il existe des papules particulièrement nombreuses et développées, serrées les unes contre les autres. Toutes ont une teinte rosée et un aspect ortié exclusif.

Rien à noter au niveau de la muqueuse buccale et des conjonctives.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines ; on ne relève aucun signe de diabète, ni d'affection hépatique.

Examen histologique, par M. le D^r Gastou :

La biopsie a porté sur la totalité d'un élément, jaune au centre, rouge à la périphérie.

A un faible grossissement les coupes ne présentent de saillant qu'un aplatissement des papilles ou plutôt des colonnes interpapillaires et des traînées colorées correspondant à des infiltrations cellulaires à la limite des papilles.

La couche cornée est faiblement desquamative, la couche à éléidine a disparu. A la base des papilles sont des amas et traînées de gros lymphocytes qui entourent imparfaitement les vaisseaux en formant soit des manchons, soit des bandes remplies ou effilées à leurs extrémités.

Il n'existe point d'altérations vasculaires manifestes, sauf cette disposition des cellules autour des vaisseaux.

Par places, surtout dans la région dermique profonde, on voit des amas de cellules groupées et tassées les unes contre les autres. Ces cellules sont plus claires que les lymphocytes ; dans quelques-unes existent un ou deux nucléoles et des granulations. Elles n'ont le caractère ni des cellules géantes, ni des cellules épithélioïdes et se colorent par le Sudan, réactif de la graisse.

Pas d'autres altérations visibles sur les coupes. Les faisceaux musculaires ont cependant un développement anormal. Les vaisseaux sont normaux.

En résumé : disparition de la couche granuleuse, atrophie des papilles, infiltration périvasculaire leucocytaire, présence d'amas de cellules à réactions spéciales : telles sont les lésions qui, quoique peu marquées, peuvent suffisamment caractériser le xanthome.

Hyperhidrose et hidrocystome du nez chez un enfant.

Par M. W. DUBREUILLE.

L'observation suivante appartient évidemment à la même catégorie de faits que la *granulosis rubra nasi* de Jadassohn. Ce nom ne peut pas s'appliquer à mon cas, puisqu'il n'y avait ni rougeur diffuse, ni papules rouges, et cependant, c'est la même maladie. Jadassohn a montré que l'hyperhidrose est un symptôme habituel sinon constant ; Lebet y a constaté l'hidrocystome, de sorte que l'on peut dire que la maladie décrite par Jadassohn comporte quatre symptômes principaux : 1° l'hyperhidrose localisée ; 2° la rougeur diffuse ; 3° les papules rouges ; 4° les kystes sudoraux ou hidrocystomes. Un ou deux de ces symptômes peuvent manquer, mais l'hyperhidrose paraît être à peu près constante.

Remarquons encore l'extension de l'hyperhidrose à la lèvre supérieure et l'existence de l'hidrocystome chez un enfant, alors que cette affection ne s'observe généralement que chez des individus d'âge mûr.

Le jeune C... Agé de 7 ans, est un enfant bien constitué, mais un peu maigre et pâle; il m'est amené par sa mère le 27 juillet 1904, pour des points gris qu'elle a remarqués sur son nez.

Le lobule du nez et la lèvre supérieure sont couverts de grosses gouttes de sueur alors que sur le reste de la face la peau est parfaitement sèche; la région hyperhidrosique est nettement circonscrite et sur le nez elle ne dépasse pas le lobule. L'hyperhidrose a été remarquée par la mère à l'âge de 3 ans et elle a toujours persisté depuis, mais elle est naturellement plus marquée en été. Il n'y a pas la moindre rougeur sur le nez et il n'y en a jamais eu; la peau, tant sur le nez que sur la lèvre, présente un aspect tout à fait normal.

Les points gris sont au nombre de trois; ils sont apparus successivement, il y a un an, six mois et deux mois. Les deux plus anciens, qui sont les plus gros, se présentent comme une petite élevation du volume d'une tête d'épingle, hémisphérique, d'un gris de fer, dure au toucher, enchassée dans la peau, sans aucune rougeur de réaction inflammatoire. Par l'examen à la loupe, on ne distingue pas de transparence et l'on constate que la petite tumeur est recouverte par la peau amincie, mais avec ses orifices folliculaires visibles et non seulement par l'épiderme. En ponctionnant chacune de ces élevures avec une aiguille on en fait littéralement jaillir un liquide incolore et parfaitement transparent; ce liquide est en quantité beaucoup plus considérable que ne le laissait supposer le volume de la petite élevation ponctionnée, ce qui montre que le petit kyste était assez développé en profondeur. Après la ponction la petite tumeur a totalement disparu, il n'y a plus ni saillie ni teinte grise, mais plutôt une légère dépression.

Une sœur du petit malade morte récemment des suites d'une chute sur la tête avait de même de l'hyperhidrose du lobule du nez. Le père, que je n'ai pu examiner, aurait aussi de l'hyperhidrose du nez.

Gangrène phéniquée du pli sous-mammaire.

Par M. W. DUBREUILH.

Une religieuse d'une trentaine d'années environ avait depuis quelque temps de l'intertrigo des plis sous-mammaires, causé par le volume assez considérable de ses seins. Il y a deux jours, elle a appliqué sous le sein gauche des compresses mouillées d'une solution d'acide phénique dont le titre n'a pu être déterminé, mais qui paraît avoir été assez faible. Les compresses sont restées en place toute la nuit et ne paraissent pas avoir occasionné de douleurs vives.

Aujourd'hui, tout le sillon sous-mammaire gauche est enflammé, la peau est rouge, très légèrement excoriée et secrète du pus. Sur cette peau rouge se détachent un certain nombre de plaques blanches, irrégulières, très nettement délimitées. Elles sont d'un blanc mat opaque, un peu déprimées; leur contour très net est bordé d'un étroit liséré rouge qui est une esquisse de sillon d'élimination; elles sont dures au toucher et donnent l'impression d'une plaque de cuir mince enchassée dans la peau; elles sont tout à fait indolores.

Ces plaques siègent ~~tant sur la partie~~ inférieure du sein que sur la partie sous-jacente et contiguë de la poitrine. On y distingue trois plaques principales : l'une, allongée, mesure 4 centimètres sur 2 ; les deux autres ont environ 3 centimètres, leur contour est irrégulier, géographique. Il y a en outre un grand nombre de plaques plus petites de 5 à 10 millimètres de large, bien limitées, déprimées, dures, blanches et opaques.

Le traitement a consisté en pansements horiqués. Au bout de quelques jours les eschares se sont éliminées et les plaies résultantes ont guéri sans encombre.

Note sur l'emploi de la stovaine en dermatologie

Par MM. DE BEURMANN et TANON.

Nous croyons intéressant de signaler à la Société les résultats de nos expériences sur l'emploi de la stovaine en dermatologie. Ce nouveau médicament a déjà été employé avec succès en chirurgie ; il nous a semblé utile de savoir s'il ne pouvait pas constituer un anesthésique d'un emploi facile et anodin à recommander dans les multiples interventions que l'on pratique journellement dans le traitement des affections de la peau.

Nous avons commencé à expérimenter ce produit dans le courant du mois de mai 1904, et depuis cette époque, nous en faisons usage couramment, chaque fois qu'il est utile d'avoir recours à une anesthésie locale.

La formule chimique et les qualités anesthésiques de la stovaine ont été indiquées dans les articles et communications de MM. de Lapersonne (1), Reclus (2), Chaput (3) ; nous avons constaté comme eux son action réelle, analogue à celle de la cocaïne, mais plus rapide, et sa toxicité beaucoup moins grande.

Un caractère qui la sépare nettement de cette dernière est l'absence d'action hémostatique ; au lieu de provoquer une vaso-contriction comme la cocaïne, la stovaine détermine une vaso-dilatation qui se traduit par un écoulement de sang plus ou moins abondant suivant l'étendue de la surface attaquée. Cette hémorrhagie s'arrête d'ailleurs spontanément.

A part ce petit inconvénient, la stovaine n'offre que des avantages.

Nous l'avons employée dans une vingtaine de cas, de nature différente, autant que possible, et nous avons eu recours à trois sortes de solutions :

(1) DE LAPERSONNE. *Presse médicale*, 13 avril 1903.

(2) RECLUS. *Académie des sciences*, 5 juillet 1904, et *Presse médicale*, 9 juillet 1904.

(3) CHAPUT. *Société de biologie*, 7 mai 1904.

- a) La solution à 1 pour 200 pour les injections hypodermiques; ou pour les injections dans la profondeur des tissus.
- b) La solution à 5 pour 100 en application sur les surfaces ulcérées ou sur les muqueuses;
- c) La solution à 1 pour 10 dans les anesthésies par injection lombaire.

La solution au 1/200^e injectée sous la peau et dans l'épaisseur du derme, donne une anesthésie presque parfaite et immédiate. On peut pratiquer avec elle, en procédant exactement comme avec les solutions de cocaïne, les incisions, les autoplasties, les sections, les cautérisations que réclame quelquefois le traitement des lupus, des épithéliomas, des chéloïdes, etc. On peut aussi faire des cautérisations profondes. Nous avons pu pousser le galvano-cautère à plus de 1 centimètre de profondeur pour un lupus tuberculeux de la cuisse de la grandeur d'une pièce de dix centimes, après une injection de stovaïne pratiquée au-dessous du placard lupique. Nous pouvons encore citer le cas d'une de nos malades, qui, atteinte d'un volumineux lupus tuberculeux de l'oreille gauche, venait tous les huit jours se faire traiter. Le cautère traversait le lobule de part en part: chaque fois nous obtenions une anesthésie complète avec une injection de 3 centimètres cubes de stovaïne au 200^e, faite à la racine du lobule. Pendant trois mois que dura ce traitement, la malade partait chaque fois dès que l'opération était terminée, et ne se plaignit jamais du moindre trouble, réclamant toujours, au contraire, son anesthésique.

La solution à 5 pour 100 appliquée en tamponnements sur les muqueuses ou sur les excoriations ou ulcérations de la peau, donne en peu d'instants une anesthésie, peu profonde, il est vrai, mais suffisante pour permettre de cautériser sans douleur les plaques muqueuses, les végétations génitales ou anales excoriées. Dans ce dernier cas, trois ou quatre minutes d'application suffisent, si l'on a soin de comprimer légèrement le tampon imbibé de stovaïne.

Nous avons employé trois fois seulement la solution au 1/10^e, en injection lombaire, les indications de ce mode d'anesthésie étant forcément limitées. Nous avons suivi la technique de M. Chaput, c'est-à-dire que nous avons injecté chaque fois VI gouttes de la solution (soit 2 centigrammes 1/2 de stovaïne) en prenant soin de faire deux aspirations de la seringue, après avoir poussé l'injection, afin de bien mélanger les liquides.

Nos malades n'ont accusé aucun trouble, ni céphalée, ni agitation, ni anxiété, ni perturbations du pouls. Par précaution nous leur avons donné un verre de café après l'opération, autant pour les tonifier que pour leur faire prendre patience en attendant la réapparition de la sensibilité.

Dans toutes les autres circonstances nous avons laissé les malades se lever et marcher immédiatement après les injections ou les applications locales les plus étendues. Toutes les solutions dont nous avons fait usage nous ont été livrées en ampoules stérilisées; jamais elles n'ont déterminé la moindre réaction locale.

Tous ces avantages nous font considérer la stovaïne comme le type des anesthésiques anodins qu'on peut employer en dermatologie. Avec elle il sera toujours possible d'abolir ou tout au moins de diminuer la douleur causée par les interventions curatives profondes, ou légères, et cela sans aucun risque sans accident et sans perte de temps.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES VARIQUEUX PAR LE PEROXYDE DE ZINC.

Par MM. DE BEURMANN et TANON.

Le peroxyde de zinc, ZnO^2 , a déjà été essayé dans le traitement de diverses lésions, et notamment dans celui des plaies suppurantes et atones. Il dégage de l'oxygène au contact des liquides organiques, et, à ce titre, méritait d'être essayé dans le traitement des ulcères variqueux si fréquents à l'hôpital Saint-Louis.

Nous l'avons employé successivement en poudre, en pommades à divers titres, et nous nous sommes arrêtés après beaucoup de tâtonnements à la formule suivante : peroxyde de zinc, 20 grammes; vaseline blonde, 100 grammes.

C'est ce mélange qui nous a donné les meilleurs résultats.

Nous en recouvrons toute la surface de l'ulcère, préalablement lavé à l'eau oxygénée étendue. Nous bourrons pour ainsi dire l'ulcération de cette pommade, puis appliquons par-dessus un pansement occlusif à la gaze stérilisée, sans imperméable. Le tout reste en place de 3 à 6 jours sans être enlevé, suivant que l'ulcère est plus ou moins infecté.

Dans tous les cas, nous avons obtenu :

- 1° Une disparition complète de l'infection surajoutée à l'ulcère.
- 2° Un bourgeonnement de tout le fond.
- 3° Une cicatrisation habituellement plus précoce que celle que provoquent les autres topiques, et qui, une fois commencée, s'arrête rarement.

Actuellement, tous nos ulcères de jambe sont traités par ce pansement et s'en trouvent véritablement très bien; ils cessent rapidement de suppurer, n'ont pas d'odeur désagréable, n'ont besoin que de pansements rares, et peuvent marcher souvent un peu, sans augmenter la durée du traitement.

www.libtool.com.cn

Le peroxyde de zinc en pommade à 20 p. 100 est donc un topique des plus recommandables dans le traitement toujours difficile des vieux ulcères de jambe.

Élections.

Au cours de la séance, la Société a nommé membres de la Commission du prix Zambaco pour 1905 :

MM. GASTOU, HUDELO, SABOURAUD, DÉHU et BAUDOIN.

Le secrétaire,

P. DÉHU.

TABLE DES MATIÈRES

Acanthosis nigricans , par MM. GAUCHER, PROTINOS et ÉVANGÉLOU.....	206
Acares . Anomalie acarienne, par M. DANLOS.....	8
Acrodermatite . Guérison presque complète par les rayons X d'une — suppurative continue remontant à 26 ans, par MM. HALLOPEAU et GASTOU.....	333
Alopécie cicatricielle due au vésicatoire, par M. AUDRY.....	42
— syphilitique, par M. RENAULT.....	86
Anévrysme de la crosse de l'aorte, par MM. HALLOPEAU et TEYSSEIRE.....	205
Angiodermite du pied de nature probablement tuberculeuse, par MM. HUDELO, GASTOU et LEBAR.....	358
Angiokératomes probables, par MM. HUDELO et LEBAR.....	362
Appendicite . Origine syphilitique de l' —, par M. GAUCHER.....	128
— Manifestations cutanées de l' —, par M. MOTY.....	66
Asphyxie locale des extrémités avec gangrène des phalangites et sclé- rodactylie, par MM. BALZER et FOUQUET.....	96
Balanite à microorganismes strictement anaérobies, par M. RIST.....	146
Bromisme . Forme gangreneuse de —, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD... et FOUQUET.....	170
Bulleuse . Dermite — congénitale à kystes épidermiques, par MM. BALZER et FOUQUET.....	95
— Nouvelle forme de dermite — provoquée chez un galeux par de l'huile pétrolée, par MM. HALLOPEAU et TEYSSEIRE.....	171
Cancer cutané très amélioré par la radiothérapie, par M. DANLOS.....	142
Syphilis et — de la bouche, par M. AUDRY.....	148
Chancres mou de la lèvre inférieure, par MM. DARIER et ROUSSY.....	51
Chéloïdes . Ertirpation des —, par M. LEREDDE.....	2, 116
— A propos du traitement opératoire des —, par M. GAUCHER.....	85
Cicatrices plissées en crépon chez un lépreux, par MM. HALLOPEAU et TEYSSEIRE.....	370
Creeping disease (larva migrans), par MM. BRODIER et FOUQUET.....	37
Dermatite polymorphe douloureuse et phlycténose récidivante, par M. CARLE.....	149
Desquamation estivale en aires des mains, par M. DUBREUILH.....	224
Diabète . Xanthomes lenticulaires avec — maigre, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD.....	136
— Xanthome. Téléangiectasies généralisées, par MM. GAUCHER et LACAPÈRE..	185
Eczéma séborrhéique de forme érythrodermique chez un nouveau-né, par M. DARIER.....	307
— et folliculites décalvantes, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD.....	30
Eczématisation superficielle d'une dermite paratuberculeuse, par MM. HUDELO, GASTOU et LÉVY.....	317
Électrolyse . Résidus histologiques de — bipolaire, par M. AUDRY.....	338
Éléphantiasique . Oedème — du scrotum avec vitiligo, par MM. HALLO- PEAU et TEYSSEIRE.....	201
Épidermolyse bulleuse congénitale, par MM. HALLOPEAU et SÉE.....	138
Épithélioma du sein à marche rapide, M. DE BEURMANN.....	17
— Sur un signe de diagnostic de l' — des régions pileuses, par M. AUDRY... et FOUQUET.....	82

Épithélioma. Traitement de l'— superficiel de la face par la radiothérapie, par MM. BROCCQ, BISSÉRIÉ et BELOT	167
— cutanés guéris par la radiothérapie, par MM. BODIN et CASTEX.....	370
Épithéliomateuse. Dégénérescence — d'une loupe, par MM. GAUCHER et PARIS.....	59
Épithéliomatose sursyphilitique de la bouche, par M. AUDRY.....	111
Érythrodermie mycosique, par M. HALLOPEAU.....	172
— exfoliante due à l'absorption de protoiodure de mercure; recherche du mercure dans les squames, par MM. BALZER, DAGROS et FOUQUET.....	75
— ichthyosiforme bulleuse, par M. DANLOS.....	326
— exfoliante généralisée chez un nouveau-né, par M. DARJER.....	307
Folliculités décalvantes et eczémas, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD.....	30
Gale. Anomalies acariennes, par M. DANLOS.....	8
— et psoriasis, par MM. HALLOPEAU et TEYSSEIRE.....	203
Gangrène du mamelon d'origine probablement phéniquée, par MM. DU CASTEL et NORTON.....	28
— phéniquée du pli sous-mammaire, par M. DUBREUILH.....	376
Granulosis rubra nasi , par M. MARCEL SÉE.....	349
Haute fréquence. Nouvelle installation pour rayons X et — sans interrupteur, par MM. BROCCQ et BELOT.....	193
Hidradénome probable, par M. SÉE.....	62
— éruptifs, par M. SÉE.....	209
Hidrocystome du nez chez un enfant, par M. DUBREUILH.....	375
Hyperhidrose et hidrocystome du nez chez un enfant, par M. DUBREUILH.....	375
Ichthyose cornée, par M. DANLOS.....	99, 175
— Deux ichthyosiques fils d'un syphilitique, par M. AUDRY.....	149
Ichthyosiforme. Érythrodermie — bulleuse, par M. DANLOS.....	326
Injectons sous-cutanées. Nodosités fibreuses consécutives à des —, par MM. BALZER et FOUQUET.....	24
Iodisme tubéreux du visage, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD.....	169
— purpurique avec association probable de tuberculides à type d'angiokératomes, par MM. HUDELO et LEBAR.....	362
Kératodermie dans la maladie de Dühring, par M. DANLOS.....	9, 75
Larva migrans , par MM. BODIN et FOUQUET.....	31
Lèpre. Pousse aiguë de — dans les gaines tendineuses de l'avant-bras gauche, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD.....	64
— Cicatrices cutanées plissées en crépon et localisations palatines, par MM. HALLOPEAU et TEYSSEIRE.....	370
Lichen circonscrit de Brocq, par MM. REY et GARDON.....	2.9
— de Wilson avec flot de réserve au niveau d'un vésicatoire, par M. DANLOS.....	142
— plan zoniforme fémoro-cutané à début émotif et à évolution cornée, par MM. GASTOU et ROBERT-SIMON.....	356
— plan cutané et intrabuccal. Amélioration rapide et considérable par le permanganate de potasse, par MM. HALLOPEAU et NORERO.....	366
— plan avec lésions des ongles et localisation sur la conjonctive palpébrale, par MM. GAUCHER et DRUELLE.....	33
— plan de la bouche, par MM. ÉMERY, DRUELLE et UMBERT.....	4
— plan buccal, par MM. HALLOPEAU et FRANÇOIS-DAINVILLE.....	62
— plan de l'amygdale, par MM. GAUCHER et LACAPÈRE.....	210
— simple circonscrit en bande linéaire, par M. DUBREUILH.....	223
Loupe. Dégénérescence épithéliomateuse d'une —, par MM. GAUCHER et PARIS.....	59
Lupus érythémateux à début bulleux, par M. AUDRY.....	82

Lupus végétant confondu primitivement avec des syphilides et une éruption iodique , par M. HALLOPEAU.....	332
+ Guérison presque complète d'un — tuberculeux par le permanganate de potasse, par MM. HALLOPEAU et NORERO.....	332
Lymphangiome circonscrit de la langue , par M. DANLOS.....	325
Lymphosarcome en cuirasse de la poitrine et du cou. Traitement par les rayons X. Guérison, par MM. BIZARD et WEIL.....	212
Maladie de Duhring. Kératodermie dans la — , par M. DANLOS.....	9, 75
— avec essai de pathogénie, par MM. HALLOPEAU et NORERO.....	366
Maladie osseuse de Paget , par MM. DU CASTEL et SEMPER.....	127
— améliorée par le traitement antisiphilitique, par MM. GAUCHER et ROSTAINE.....	125
Maladie de Recklinghausen avec surabondance de taches pigmentaires, présence de molluscum fibreux et volumineuse tumeur abdominale , par MM. HALLOPEAU et LEBRET.....	101, 134
Mélanodermie papillomateuse au acanthosis nigricans , par MM. GAUCHER, PROTINOS et ÉVANGÉLON.....	206
Mercure. Érythrodermie exfoliante due à l'absorption de pilules de protoïdure de —; recherches du — dans les urines , par MM. BALZER, DAGROS et FOUQUET.....	75
Mycosis fongoïde. Érythrodermie , par M. HALLOPEAU.....	172
— traité par la radiothérapie, par MM. BROCC, BISSÉRIÉ et BELOF.....	50
Nævus pachydermique de la main , par MM. HALLOPEAU et LEBRET.....	28
— pigmentaire avec verrues digitées, par M. AUDRY.....	335
Neoplasie nodulaire et circonscrite des extrémités , par MM. BROCC, LENGLET et BOISSEAU.....	351
Nodosités fibreuses consécutives à des injections sous-cutanées , par MM. BALZER et FOUQUET.....	74
Cedème éléphantiasique du scrotum avec vitiligo , par MM. HALLOPEAU et TRYSSEIRE.....	201
Opothérapie cutanée , par M. HALLOPEAU.....	209
Parakeratosis variegata. Cas probable de — , par MM. HUDELO et GASTOU.....	352
Parapsoriasis en plaques , par M. DUBREUILH.....	80
Pelade. Cas complexe de — dentaire , par M. JACQUET.....	160
— Petite épidémie peladique, par MM. GAUCHER et LACAPÈRE.....	163
— Rapport sur la « petite épidémie peladique », de MM. Gaucher et Lacapère, par M. JACQUET.....	340
Phéniquée. Gangrène du mamelon d'origine probablement , par MM. DU CASTEL et NECTON.....	28
— Gangrène — du pli sous-mammaire, par M. DUBREUILH.....	376
Phlycténose récidivante et dermatite polymorphe douloureuse , par M. CARLE.....	149
Photothérapie. Nouvel appareil à arc électrique , par M. T. MARIE.....	189
Pityriasis rosé et alopecie syphilitique , par M. RENAULT.....	86
Plaques lichénoides; lichen circonscrit de Brocq , par MM. REY et GARDON.....	229
Psoriasis et synovite fongueuse , par M. DANLOS.....	105
— et gale, par MM. HALLOPEAU et TRYSSEIRE.....	203
— vaccinal secondaire, par M. DE BEURNANN.....	22
Psorosperme folliculaire végétante , par MM. DANLOS et DOBROVICI.....	73
— par MM. AUGAGNEUR et CARLE.....	231

Radiodermite. Influence de la source électrique alimentant la bobine sur l'absorption des rayons X et leur action thérapeutique, par MM. GASTOU et MARTIN	313
Radiothérapie. Cancer cutané très amélioré par la —, par M. DANLOS...	142
— Acrodermatite suppurative remontant à 26 ans, presque complètement guérie par la —, par MM. HALLOPEAU et GASTOU.....	333
— Traitement de l'épithélioma superficiel de la peau par —, par MM. BROCO, BISSÉRIÉ et BELOT.....	167
— Mycosis fongioïde guéri par la —, par MM. BROCO, BISSÉRIÉ et BELOT.....	50
— Teignes tondantes traitées par la —, par M. SABOURAUD.....	69
— Teigne à petites spores traitée et guérie par la —. Faits relatifs à l'emploi de cette méthode et à ses variations d'action, selon la source génératrice et l'état des ampoules, par M. GASTOU.....	5
— des teignes, par MM. BODIN et CASTEX.....	371
— Technique et indications de la —, par M. LEREDUE.....	153
— Technique et contre-indications de la —, par M. OUDIN.....	106
— Nouvelle ampoule pour la — des cancers profonds, par M. OUDIN.....	111
— Dosage en — et son tracé graphique, par M. BACLÈRE.....	117
Rapport sur la situation morale de la Société et la gestion du comité de direction, par M. DU CASTEL.....	117
Rayons X. Nouvelle installation pour —, et haute fréquence sans interrupteur, par MM. BROCO et BELOT.....	193
Sarcoïdes sous-cutanées ou tuberculides nodulaires hypodermiques, par M. V. DARIER et ROUSSY.....	54
— multiples sous-cutanées par M. DARIER.....	143
Scarificateur multiples, à seize lames stérilisables, par M. BROCO.....	44
Sclérodactylie. Asphyxie locale des extrémités avec —, par MM. BALZER et FOUQUET.....	96
Séborrhée. Une victime de la —, par M. HALLOPEAU.....	135
— fœtale et composition du vernix caseosa, par MM. JACQUET et RONDEAU...	176
— fœtale et vernix caseosa, par M. SABOURAUD.....	215
Stomatite aphteuse ou herpétique, par MM. GASTOU et CHOMPRET.....	47
Stovaine en dermatologie, par MM. DE BEURMANN et TANON.....	377
Teignes à petites spores, guéries par la radiothérapie, par M. GASTOU....	5
— tondantes traitées par la radiothérapie, par M. SABOURAUD.....	69
— Radiothérapie des —, par MM. BODIN et CASTEX.....	371
Télangiectasies généralisées et xanthome chez un diabétique, par MM. GAUCHER et LACAPÈRE.....	185
Tuberculides. Forme vésico-pustuleuse de toxituberculides, par MM. HALLOPEAU et NORERO.....	203
— papulo-nécrotiques, par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.....	328
— lichénoïdes des membres inférieurs, avec immunité pulmonaire, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD.....	102
Tuberculeuse. Angiodermite du pied de nature probablement —, par MM. HUDELO, GASTOU et LEBAR.....	358
— Dermite para — avec eczématisation superficielle fixe et récidivante, par MM. HUDELO, GASTOU et LÉVY.....	317
— Ulcérations — de la langue, par M. DANLOS.....	70
Tuberculose cutanée papuleuse en plaques, par MM. GAUCHER et WEILL... 132	
Ulcères variqueux. Traitement par le peroxyde de zinc, par MM. DE BEURMANN et TANON.....	379
Urticaire pigmentée avec cicatrices, par MM. HALLOPEAU et LEBRET.....	29
Vaccinal. Psoriasis — secondaire, par M. DE BEURMANN.....	22

Vernix caseosa. Séborrhée fœtale et composition du —, par MM. JACQUET et RONDEAU.....	176
— Sur le — et la « séborrhée fœtale » de M. Jacquet, par M. SABOURAUD....	215
— par M. DARIER.....	306
Verrues digitées, développées sur un nævus pigmentaire, par M. AUDRY....	335
Vitiligo avec œdème éléphantiasique du scrotum, par MM. HALLOPEAU et TEYSSEIRE.....	201
Xanthélasma aigu, par MM. GAUCHER et DRUELLE.....	373
Xanthomes. Sur un cas de — leuculaires avec diabète maigre, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD.....	136
— chez un diabétique. Téléangiectasies généralisées, par MM. GAUCHER et LACAPÈRE.....	185
Zona hémorragique, par MM. HALLOPEAU et VIELLIARD.....	31
Syphilis. Chancres syphilitiques multiples, par M. DANLOS.....	90
— Chancres syphilitiques sus-pubiens gangreneux, suivi de syphilis maligne, par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.....	219
— Deux chancres syphilitiques, l'un du fourreau, l'autre de la lèvre inférieure, chez un souffleur de verre. Retard de 15 jours dans l'apparition du chancre labial, par M. QUEYRAT.....	12
— Syphilides secondaires plus développées au voisinage de l'accident primitif, par MM. HALLOPEAU et TEYSSEIRE.....	369
— Syphilide pigmentaire généralisée, par M. DANLOS.....	141
— pustuleuse circonscrite de la paume de la main, remarquable par sa superficialité et sa ténacité, par M. DODIAN.....	188
— palmaire récidivante, par MM. GAUCHER et ROSTAINE.....	91
— Syphilides papuleuses localisées autour de cicatrices de syphilides ulcéreuses; ulcère syphilitique du pharynx avec symphyse palato-pharyngée incomplète, par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.....	220
— Récidive d'alopecie syphilitique, forme en clairières, trois ans et demi après le début de la maladie; pityriasis rosé concomitant, par M. RENAULT.....	86
— Phlébites multiples au cours de la syphilis secondaire, par MM. GAUCHER et TOUCHARD.....	327
— Contracture syphilitique secondaire du cubital antérieur, par M. AUDRY.....	41
— Syphilis et cancer de la bouche, par M. AUDRY.....	148
— Épithéliomatose sursyphilitique de la bouche, par M. AUDRY.....	111
— Origine syphilitique de l'appendicite, par M. GAUCHER.....	128
— Gommes de l'urèthre et des corps caverneux, par MM. GAUCHER et ROSTAINE.....	59
— Gomme syphilitique de la langue, par MM. GAUCHER et ROSTAINE.....	94
— Inclusion dentaire simulant une gomme syphilitique du maxillaire, par MM. GASTOU et CHOMPRET.....	49
— Maladie osseuse de Paget, améliorée par le traitement antisiphilitique, par MM. GAUCHER et ROSTAINE.....	125
— Maladie osseuse de Paget, par M. DU CASTEL et SEMPER.....	127
— Hérédo-syphilis tardive et hérédosyphilis de seconde génération, par M. E. FOURNIER.....	62
— Syphilis héréditaire de seconde génération, par M. E. FOURNIER.....	234
— héréditaire tardive; anomalies exceptionnelles d'implantation des dents, par MM. LESNÉ, LÖEDERICH et VIOLLET.....	321
— Deux ichthyosiques fils d'un syphilitique, par M. AUDRY.....	149
— Gomme du front et du nez chez un hérédosyphilitique, par MM. GAUCHER et TOUCHARD.....	218

Syphilia. Hypertrophie et dégénérescence amyloïde des cartilages tarses probablement d'origine hérédo-syphilitique, par M. LEGRAIN.....	187
— Kératite interstitielle hérédo-syphilitique, par MM. GACCHER, LACAPÈRE et WEILL.....	15
— Le calomel en suspension dans l'eau distillée, par M. PETRINI DE GALATZ.	42
— Tendance à la guérison d'ulcérations gommeuses multiples et profondes par un traitement exclusivement local, par MM. HALLOPEAU et LEBRET..	32
— Sélection des méthodes thérapeutiques mercurielles, par M. GASTOU.....	16

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

- Audry, 4, 42, 82, 111, 148, 149, 335, 338.
Augagneur, 231.
Balzer, 24, 27, 75, 80, 95, 96, 98, 99, 106, 166, 168, 219, 220, 304, 328, 331.
Barthélemy, 3, 7, 12, 14, 16, 20, 24, 32, 33, 92, 94, 98, 130, 141, 300, 304.
Bastian, 93, 94.
Baudouin, 21, 80.
Béclère, 117.
Belot, 50, 167, 193.
Beurmann (de), 17, 22, 304, 377.
Bis-érié, 4, 7, 50, 51, 125, 159, 167, 317, 326.
Bizard, 212.
Bodin, 370, 371.
Boisseaux, 351.
Brocq, 4, 9, 20, 21, 24, 40, 44, 50, 75, 162, 163, 166, 167, 168, 193, 212, 213, 301, 312, 325, 331, 351, 355, 356, 358, 368.
Brodier, 37.
Carle, 149, 231.
Castex, 370, 371.
Chompert, 47, 49.
Dainville (F.), 62, 134, 219, 220, 328.
Danlos, 8, 9, 61, 70, 73, 74, 75, 90, 99, 100, 105, 108, 141, 142, 175, 325, 326.
Darier, 27, 48, 51, 54, 74, 75, 98, 100, 138, 140, 142, 143, 161, 168, 187, 206, 307, 312, 356, 358, 361, 367, 368.
Dolrovici, 73.
Dodian, 188.
Druelle, 4, 33, 373.
Dubreuilh, 80, 223, 224, 375, 376.
Du Castel, 28, 72, 89, 92, 93, 100, 106, 127.
Dugros, 75.
Evangelou, 206.
Fouquet, 24, 37, 75, 95, 96.
Fournier (A.), 54, 72, 79, 90, 93, 94, 128, 140, 141, 303, 324.
Fouruier (E.), 62, 130, 234, 324.
Gardon, 229.
Galippe, 70, 80, 94.
Gaucher, 15, 33, 59, 85, 91, 91, 116, 125, 128, 131, 132, 163, 166, 167, 185, 187, 206, 210, 218, 327, 349, 373.
Gastou, 5, 10, 12, 47, 49, 160, 313, 317, 333, 352, 356, 358.
Gourbillon, 175.
Hallopeau, 11, 28, 29, 30, 31, 32, 58, 61, 62, 65, 79, 90, 93, 94, 101, 102, 131, 134, 135, 136, 138, 141, 166, 169, 170, 171, 172, 201, 202, 203, 205, 209, 223, 332, 333, 355, 361, 365, 366, 367, 369, 370, 370.
Hudelo, 317, 352, 358, 362.
Jacquet, 160, 161, 163, 166, 176, 185, 217, 218, 307, 340, 349, 367.
Jullien, 15, 21, 93, 328.
Lacapère, 15, 163, 185, 210.
Lavarenne (de), 131.
Lebar, 358, 362.
Lebret, 28, 29, 32, 101.
Legrain, 187.
Lenglet, 40, 54, 99, 100, 351.
Le Pileur, 131.
Leredde, 2, 20, 27, 51, 58, 74, 90, 99, 106, 116, 153, 159, 162, 168, 202, 213, 213.
Lesné, 321.
Lévy, 317.
Lœderich, 321.
Marie, 185.
Martin, 313.
Milian, 27, 311.
Moty, 21, 59, 66, 93, 94, 98.
Nocton, 28.
Norero, 203, 332, 366, 367.
Oudin, 106, 111.
Paris, 59.
Pétrini de Galatz, 42.
Photinos, 206.
Queyrat, 12, 141.
Renault, 86, 303, 356, 370.
Rey, 229.
Rist, 146.
Rondeau, 176.
Rostaine, 59, 91, 94, 123.
Rousey, 51, 54.
Robert-Simon, 356.

Sabouraud, 7, 24, 33, 69, 106, 161, 162, 166, 183, 212, 213, 215, 218, 307, 316, 326, 370.	Teyssière, 171, 201, 203, 205, 369, 370.
Sée, 62, 138, 209, 349.	Thibierge, 141.
Semper, 127.	Touchard, 218, 327.
Spillmann, 79.	Umbert, 4.
Sulzer, 90, 94.	Verchère, 93.
Tanon, 377, 379.	Viellard, 30, 31, 61, 102, 136, 169, 170, Viollet, 321.
	Weil, 15, 132, 212.

ERRATUM

Page 305, 9 lignes avant la fin de la page, *au lieu de TRIBELLI, lire MIDELLI.*

www.libtool.com.cn

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Fondée le 22 Juin 1889

Et reconnue Établissement d'utilité publique le 12 Janvier 1898.

BULLETIN DES SÉANCES

16^e ANNÉE — 1905

www.libtool.com.cn

BULLETIN
www.libtool.com.cn
DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

PUBLIÉ PAR MM. LES DOCTEURS

**E. BODIN, BRODIER, P. DÉHU, ÉTIENNE,
LENGLET, MILIAN**

SECRÉTAIRES DES SÉANCES

SOUS LA DIRECTION

DE

M. le Docteur DU CASTEL

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

~~~~~  
**16<sup>e</sup> ANNÉE. — 1905**  
~~~~~

PARIS

MASSON ET C^o, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1904

www.libtool.com.cn

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

DÉCRET

Portant déclaration d'utilité publique.

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE,

Sur le rapport du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts ;
Vu la demande formée par le président de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie à l'effet d'être reconnue comme établissement d'utilité publique ;

Vu les statuts de ladite société ;

Vu la situation financière ;

Vu les avis du Préfet de la Seine en date du 6 septembre 1894 et du Recteur de l'Académie en date du 13 octobre 1894 ;

Ensemble les autres pièces à l'appui ;

La section de l'Intérieur, des Cultes, de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, du Conseil d'État entendue ;

DÉCRÈTE :

ART. I. — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, fondée le 22 juin 1889, est reconnue comme établissement d'utilité publique.

ART. II. — Les statuts sont approuvés tels qu'ils sont annexés. Aucune modification ne pourra y être apportée sans l'autorisation du Gouvernement.

ART. III. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 12 janvier 1895.

Signé : CASIMIR-PÉRIER.

Par le Président de la République :

Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Signé : G. LEYGUES.

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ

ANNEXÉS AU DÉCRET DU 12 JANVIER 1895

TITRE PREMIER. — But et Siège de la Société.

ARTICLE PREMIER. — L'Association dite : **Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie**, fondée le 22 juin 1889, à Paris, a pour but de :

- 1° Répandre parmi les médecins la connaissance des maladies cutanées et syphilitiques;
- 2° Mettre en lumière, au profit de la science, les matériaux, qui, jusque-là, restaient en grande partie enfouis dans les hôpitaux spéciaux.

ART. 2. — Elle a son siège à Paris.

TITRE II. — Composition de la Société.

ART. 3. — La Société se compose :

- 1° De membres titulaires;
- 2° De membres correspondants étrangers;
- 3° De membres honoraires;
- 4° De membres donateurs;
- 5° De membres bienfaiteurs;
- 6° De membres auxiliaires.

Pour être membre titulaire, il faut : 1° être présenté par deux membres au moins de la Société, être agréé par le Comité de direction et être élu au scrutin secret par les trois quarts au moins des suffrages exprimés; 2° payer un droit d'admission de 10 francs et une cotisation annuelle dont le minimum est de 20 francs.

La cotisation peut être rachetée en versant une somme égale à vingt fois le montant de la cotisation annuelle.

Le Comité de direction peut conférer le titre de donateur ou de bienfaiteur aux membres qui ont versé une somme de 500 francs (1^{er} cas) au minimum, ou de 1,000 francs (2^e cas) au minimum.

TITRE III. — Comité de direction.

ART. 4. — Le Comité de direction se compose : du président, de trois vice-présidents, du secrétaire général, du trésorier et de cinq membres, soit au total de onze personnes élues directement, au scrutin secret, par l'Assemblée générale, pour une année au moins et pour cinq années au plus.

Les membres sortants sont rééligibles.

Le président, les trois vice-présidents, le secrétaire général et le trésorier constituent à la fois le Bureau du Comité de direction et le Bureau de l'Assemblée générale de la Société.

Au Bureau seront adjoints les anciens présidents et vice-présidents élus présidents d'honneur.

Le Comité se réunit autant que possible tous les deux mois, et chaque fois qu'il est convoqué par son président ou sur la demande du quart de ses membres.

La présence du tiers des membres du Comité de direction est nécessaire pour la validité des délibérations.

Il est tenu procès-verbal des séances.

Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire général.

Art. 5. — Les délibérations du Comité de direction relatives à l'acceptation des dons et legs, aux acquisitions et échanges d'immeubles, sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

Art. 6. — Les délibérations du Comité de direction relatives aux aliénations d'immeubles ou des valeurs provenant du fonds de réserve, constitutions d'hypothèques, baux à long terme et emprunts ne sont valables qu'après l'approbation par l'Assemblée générale.

Art. 7. — Le trésorier représente la Société en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il agit avec l'autorisation du Comité de direction, sauf pour l'administration courante, et dans les cas d'urgence.

Il n'acquitte aucune dépense si elle n'a été préalablement autorisée par le Conseil et ordonnée par le secrétaire général.

Art. 8. — Toutes les fonctions de la Société sont gratuites.

TITRE IV. — Ressources de la Société.

Art. 9. — Les ressources annuelles de la Société se composent :

- 1° Du droit d'admission et des cotisations et souscriptions de ses membres ;
- 2° Des subventions qui pourraient lui être accordées ;
- 3° Du produit des ressources créées à titre exceptionnel, et, s'il y a lieu, avec l'autorisation du Gouvernement ;
- 4° Enfin du revenu de ses biens et valeurs de toute nature.

Art. 10. — Le fonds de réserve comprend :

- 1° La dotation ;
- 2° Le dixième de l'excédent des ressources annuelles ;
- 3° Les sommes versées pour le rachat des cotisations ;
- 4° Le produit des libéralités autorisées sans emploi.

Le fonds de réserve est placé en rentes nominatives 3 p. 100 sur l'État ou en obligations nominatives de chemin de fer dont le minimum d'intérêt est garanti par l'État.

TITRE V. — Moyens d'action de la Société.

Art. 11. — Les moyens d'action de la Société sont :

- 1° Le *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie* ;

- 2° Les publications et mémoires ;
3° Les conférences et cours organisés par les soins de la Société, soit à Paris, soit en province ;
4° Les expositions et musées spéciaux ;
5° Les prix et récompenses décernés à la suite de concours.

ART. 12. — La Société peut se diviser en différentes Commissions spéciales et annuelles.

ART. 13. — Aucune publication ne peut être faite au nom de la Société sans l'examen préalable et l'approbation du Bureau.

TITRE VI. — Assemblée générale.

ART. 14. — L'Assemblée générale des membres de la Société se réunit au moins une fois par an, sur convocations individuelles. Son ordre du jour est réglé par le Comité de direction.

Elle entend les rapports sur la gestion du Comité de direction, et sur la situation financière et morale de la Société.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, et pourvoit au renouvellement des membres du Comité de direction.

Elle délibère en outre sur toutes les questions qui doivent lui être soumises en vertu des présents statuts.

Le rapport annuel et les comptes approuvés par l'Assemblée générale sont adressés à tous les membres de la Société, au préfet du département de la Seine et au ministre de l'Intérieur.

TITRE VII. — Dispositions spéciales.

ART. 15. — La qualité de membre de la Société se perd :

1° Par la démission ;

2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par l'Assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, votant au scrutin secret, à la majorité des deux tiers des membres présents, sur le rapport du Comité de direction, et après que le membre intéressé aura été dûment mis en demeure de fournir ses explications oralement ou par écrit.

ART. 16. — Les présents statuts ne pourront être modifiés que sur la proposition du Comité de direction ou de vingt-cinq membres de la Société après qu'elle aura été soumise au Bureau au moins un mois avant la séance de l'Assemblée générale.

L'Assemblée générale et extraordinaire, spécialement convoquée à cet effet, ne peut modifier les statuts qu'à la majorité des deux tiers des membres présents.

L'Assemblée générale doit se composer du quart, au moins, des membres en exercice.

La délibération de l'Assemblée générale est soumise à l'approbation du Gouvernement.

ART. 17. — L'Assemblée générale appelée à se prononcer sur la dissolution de la Société, et convoquée spécialement à cet effet, doit comprendre, au moins, la moitié plus un des membres en exercice. Ses résolutions sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents et soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 18. — En cas de dissolution, prévu par l'article précédent, l'Assemblée générale, délibérant dans les conditions prévues par cet article, attribue l'actif de la Société à un ou plusieurs établissements analogues, publics ou reconnus d'utilité publique.

Toutefois, si le nombre des membres prévu par l'article précédent n'est pas atteint, il sera statué, après une seconde convocation, quel que soit le nombre des présents.

L'Assemblée générale désignera un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Ces délibérations sont soumises à l'approbation du Gouvernement.

ART. 19. — Il sera procédé de même au cas de retrait de la reconnaissance de l'Association comme établissement d'utilité publique. Dans le cas où l'Assemblée générale se refuserait, soit à délibérer sur l'attribution de l'actif, soit à nommer le commissaire-liquidateur prévu à l'article précédent, il y serait pourvu par un décret rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Les détenteurs de fonds, livres et archives appartenant à l'Association s'en dessaisissent valablement entre les mains du commissaire liquidateur désigné par ledit décret.

ART. 20. — Un règlement intérieur, adopté par l'Assemblée générale, et approuvé par le ministre de l'Intérieur après avis du ministre de l'Instruction publique, arrête les conditions de détail propres à assurer l'exécution des présents statuts.

Il peut toujours être modifié dans la même forme.

RÈGLEMENT

TITRE PREMIER. — But et composition de la Société.

ARTICLE PREMIER. — La Société française de Dermatologie et de Syphilitigraphie est une société exclusivement scientifique.

ART. 2. — En principe, elle exige de ses membres le diplôme de Docteur en médecine, ou, quand ils sont étrangers, un titre similaire.

ART. 3. — Exceptionnellement, elle peut admettre dans son sein des savants qui, sans titre médical officiel, se sont créés une notoriété spéciale par leurs travaux scientifiques ; elle les nomme membres auxiliaires.

ART. 4. — Les membres correspondants étrangers sont présentés par le Comité de direction, et nommés par l'Assemblée générale de la Société ; leur élection n'a lieu que s'ils réunissent les trois quarts des suffrages exprimés.

ART. 5. — La Société peut conférer le titre de membre honoraire de la Société.

Les anciens présidents et vice-présidents peuvent être élus présidents d'honneur, auquel cas ils font partie du Bureau et du Comité de direction, à perpétuité et sans nouvelle élection.

TITRE II. — Composition et fonctions du Bureau.

ART. 6. — Le Bureau comprend un président, trois vice-présidents, un secrétaire général, un trésorier, un bibliothécaire-archiviste et six secrétaires des séances ; il peut comprendre également un ou plusieurs présidents honoraires : l'un des vice-présidents et deux des secrétaires des séances doivent être nécessairement choisis parmi les membres titulaires résidant dans les départements.

ART. 7. — Le président, les vice-présidents, les cinq membres du Comité et les secrétaires annuels sont nommés pour un an.

Le secrétaire général, le trésorier et l'archiviste-bibliothécaire sont nommés pour trois ans.

Ils peuvent être temporairement remplacés par l'un des secrétaires des séances.

ART. 8. — Le président, ou, en son absence, l'un des vice-présidents, dirige les séances.

Les présidents honoraires peuvent également diriger les séances.

Le secrétaire général prépare l'ordre du jour de chaque réunion, annonce les pièces de la correspondance, rédige et signe tous les actes de la Société ; il dirige l'impression des comptes rendus.

L'archiviste-bibliothécaire garde les procès-verbaux des séances, ainsi que les livres, mémoires, correspondances, images, analyses, pièces et instruments offerts à la Société ; il les classe et en dresse chaque année un catalogue.

Les secrétaires des séances sont chargés de la rédaction et de la lecture des procès-verbaux ; ils font les comptes rendus des séances, en rédigent les bulletins et les font imprimer, sous la direction du secrétaire général.

Le trésorier fait toutes les écritures relatives à la comptabilité de la Société ; il encaisse toutes les recettes, il signe les bordereaux et les solde.

Chaque année, il rend ses comptes au Comité de direction, qui délègue spécialement un de ses membres pour les vérifier.

Les comptes du trésorier doivent être arrêtés au 31 décembre de l'année précédente.

Ils doivent être soumis en février ou mars au Comité de direction.

L'Assemblée statutaire ne se prononce sur les comptes du trésorier qu'après avoir entendu le rapport du Comité de direction.

TITRE III. — Fonctions du Comité de direction.

ART. 9. — Toutes les affaires concernant la Société sont confiées au Comité de direction.

Le Comité est plus particulièrement chargé :

- 1° De la publication des travaux ;
- 2° De la gestion financière ;
- 3° De tout ce qui peut intéresser la dignité de la Société.

TITRE IV. — Des séances.

ART. 10. — La Société se réunit à Paris, au Musée de l'hôpital Saint-Louis, de 9 à 11 heures du matin, le premier jeudi de chaque mois, sauf les jours fériés et au mois d'avril, où la réunion de la Société se tient en assemblée générale, le lundi de Quasimodo.

Les vacances de la Société ont lieu pendant les mois d'août, de septembre et d'octobre.

Des séances supplémentaires peuvent être demandées et votées par la Société.

Une session supplémentaire peut avoir lieu en province.

ART. 11. — Toute communication d'une personne étrangère à la Société ne pourra être lue en séance qu'après autorisation du Comité de direction.

Toutefois le Bureau pourra autoriser une présentation de malade ou de pièce.

ART. 12. — Les travaux des séances ont lieu dans l'ordre suivant :

- 1° Lecture et adoption de procès-verbal ;
- 2° Correspondance ;
- 3° Présentations de malades ;
- 4° Communications originales et présentations de pièces. La Société peut, sur l'avis du Bureau, intervertir cet ordre.

TITRE V. — Recettes.

ART. 13. — La cotisation annuelle de 20 francs est payable d'avance, c'est-à-dire dès le premier jour de la nouvelle année.

Le recouvrement en est assuré par le trésorier.

ART. 14. — Au cas où la cotisation est rachetée par le versement d'une somme de 400 francs, égale à vingt fois son montant, le versement peut être effectué en quatre annuités consécutives de 100 francs chacune.

ART. 15. — Tout membre qui a laissé s'écouler une année entière sans verser le montant des droits fixés par les statuts est considéré comme ne faisant plus partie de la Société ; il doit préalablement avoir reçu deux avertissements officiels.

TITRE VI. — Publications.

ART. 16. — Chaque année, le nombre de feuilles publiées gratuitement dans le Bulletin sera limité à 30. Si ce chiffre est dépassé, l'excédent des dépenses d'impression sera réparti proportionnellement entre ceux des membres qui auront franchi la moyenne établie par le Comité de direction, d'après l'étendue des communications faites dans l'année.

ART. 17. — Les membres titulaires seuls ont droit à la publication de leurs travaux.

ART. 18. — Les communications des membres correspondants pourront, après avis du Comité de direction, être publiées, à la condition qu'ils en payent les frais.

TITRE VII. — Modifications au règlement.

ART. 19. — Toute proposition de modification à apporter dans le règlement devra être présentée par dix membres titulaires et soumise au Comité de direction, qui l'approuvera ou la combattra au sein de la Société.

PRIX ZAMBACO

Le docteur Zambaco-Pacha, de Constantinople, a versé à titre de membre bienfaiteur, à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, une somme de quinze mille francs. La Société consacre le revenu de cette somme à la fondation d'un prix qui portera le nom de Prix Zambaco.

REGLEMENT

ARTICLE PREMIER. — Le prix Zambaco sera décerné, tous les deux ans, par la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, à l'auteur du meilleur travail présenté au concours sur la dermatologie, la syphiligraphie ou la vénéréologie.

ART. 2. — La valeur du prix sera de huit cents francs.

ART. 3. — Le prix Zambaco sera décerné dans la séance générale annuelle de la Société.

ART. 4. — Seront admis à concourir les auteurs français et les auteurs étrangers.

ART. 5. — Les travaux envoyés au concours doivent être inédits et rédigés en langue française. Les noms des auteurs ne devant être connus qu'après la désignation, par le jury d'examen, du travail couronné, les mémoires ne doivent pas être écrits de la main de l'auteur, mais doivent avoir été transcrits, copiés, écrits à la machine, ou imprimés. Ils porteront une épigraphe apparente, répétée sur une enveloppe cachetée qui contiendra le nom de l'auteur; la suscription de cette enveloppe devra, également, ne pas être de la main de l'auteur. Les mémoires seront adressés francs de port, sous pli recommandé, au Secrétaire général de la Société dont le nom et l'adresse seront indiqués pour chaque programme du prix.

ART. 6. — Les travaux envoyés au concours devront être déposés avant le 30 novembre de l'année qui précède celle où le prix devra être décerné.

ART. 7. — Les mémoires déposés deviennent la propriété de la Société; il en pourra être pris copie par les auteurs dans des conditions déterminées.

ART. 8. — La Société décidera, pour chaque prix, s'il y a lieu de mettre au concours un sujet déterminé ou si le sujet est laissé libre et au choix de chaque concurrent.

Si la Société désigne le sujet du prix, la commission chargée de cette désignation sera composée de cinq membres tirés au sort dans le sein du Comité de direction.

ART. 9. — La Commission chargée du jugement des travaux envoyés pour le concours sera nommée dans la séance de la Société qui suivra l'expiration du délai de dépôt des mémoires.

Elle sera composée de cinq membres désignés par la Société sur une liste de dix noms proposés par le Bureau.

ART. 10. — Réglementairement, les membres du Comité de direction s'abstiennent de prendre part au concours.

ART. 11. — Le prix ne peut être divisé.

S'il n'est pas décerné, ou s'il n'est donné qu'une partie de la somme qu'il représente, à titre d'encouragements, le reliquat pourra être reporté sur le prix suivant, ou être utilisé de la manière que la Société jugera la meilleure, par exemple, être capitalisé dans le but d'augmenter le fonds.

ART. 12. — Ce règlement, établi pour le 1^{er} concours, peut être révisé par la Société sur une demande signée par dix de ses membres.

COMPOSITION DU BUREAU

<i>Présidents d'honneur</i>	}	MM. ERNEST BESNIER (de Paris).
		MAURIAC (de Paris).
		DOYON (de Lyon).
<i>Président</i>	•	M. ALFRED FOURNIER (de Paris).
<i>Vice-présidents</i>	}	MM. BROcq (de Paris).
		HALLOPEAU (de Paris).
		W. DUBREUILH (de Bordeaux).
<i>Secrétaire général</i>		M. DU CASTEL (de Paris).
<i>Trésorier</i>		M. G. THIBIERGE (de Paris).
<i>Secrétaires des séances</i>	}	MM. BODIN (de Rennes).
		BRODIER (de Paris).
		DÉHU (de Paris).
		ÉTIENNE (de Nancy).
		LENGLET (de Paris).
<i>Archiviste-Bibliothécaire</i>		MILIAN (de Paris).
		M. WICKRAM.

COMITÉ DE DIRECTION ⁽¹⁾

MM. BALZER.

DE BEURMANN.

DANLOS.

MM. E. GAUCHER.

LE PILEUR.

Conseil judiciaire

M. DELIGAND.

(1) Les Présidents d'honneur, le Président, les Vice-présidents, le Secrétaire général et le Trésorier font, de droit, partie du Comité de direction.

www.libtool.com.cn

MEMBRE BIENFAITEUR

LE DOCTEUR Zambaco-Pacha.

MEMBRES TITULAIRES ⁽¹⁾

MM. LES DOCTEURS :

- Abadie**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 49, boulevard Hausmann.
Archambault (Paul), 20, rue de l'Hospitalité, Tours.
Arnozan, professeur de thérapeutique à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27 bis, pavé des Chartrons, Bordeaux.
Aubert, médecin de l'Antiquaille, 32, rue Victor-Hugo, Lyon.
Audouard, ancien interne des hôpitaux de Paris, 6, rue Mairan, Béziers.
Audrain, 26, rue Jean-Romain, Caen (Calvados).
Audry (Ch.), professeur de clinique dermatologique et syphiligraphique à la Faculté de médecine, 7, rue de la Concorde, Toulouse.
Augagneur, professeur à la Faculté, 10, rue du Plat, Lyon.
Ayrignac, 22, rue de Maubeuge.
* **Balzer**, médecin de l'hôpital St-Louis, 8, rue de l'Arcade.
Bar, agrégé à la Faculté, accoucheur de l'hôpital St-Antoine, 122, rue La Boétie.
Barbe, ancien interne des hôpitaux de Paris, 10, rue Frédéric-Bastiat.
Barrié, ancien interne de l'hôpital St-Louis, Bagnères-de-Luchon.
* **Barthélemy**, médecin de St-Lazare, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 21, rue de Paradis.
Bastian, ancien médecin de la Marine, médecin à Saint-Gervais-les-Bains.
Baudouin, ancien interne, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 21, rue du Mont-Thabor.
Béclère, médecin de l'hôpital St-Antoine, 122, rue de la Boétie.
Bénard, 9, rue Royer-Collard et Saint-Christau.
Bernard (Jean), médecin-adjoint de l'hôpital, Amiens.
Bernard (Eugène), 2, rue de l'Abreuvoir, Alger.
* **Besnier (Ernest)**, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 59, boulevard Malesherbes.
* **Beurmann (de)**, médecin de l'hôpital St-Louis, 40 bis, faubourg Poissonnière.
Bisserié, 13, rue Montaigne.

(1) Les noms qui sont précédés d'un astérisque sont ceux des membres fondateurs.

- MM. Bizard**, médecin-adjoint du dispensaire de salubrité, 29, rue de Maubeuge.
Bodin, ancien interne des hôpitaux de Paris, 6, rue La Fayette, Rennes.
- Bonnet**, 13, place Masséna, à Nice.
- Brault**, professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées à l'École de médecine d'Alger.
- Brocq**, médecin de l'hôpital Broca-Pascal, 63, rue d'Anjou.
- Brodier (L.)**, ancien chef de clinique à la Faculté, 52, rue de Moscou.
- Brousse**, professeur agrégé chargé du cours de clinique dermatologique à la Faculté de Montpellier, rue St-Guilhem, Montpellier.
- Bruchet**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 9, rue du Caire.
- Bureau**, ancien interne des hôpitaux, médecin suppléant des hôpitaux, 5, rue Voltaire, Nantes.
- Burlureaux**, professeur agrégé au Val-de-Grâce, 72, rue de Lille.
- Carle**, chef de clinique, 19, rue Confort, Lyon.
- Cartier**, médecin principal de la Marine, 25, rue Lauriston, Toulon.
- Castel (Du)**, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital St-Louis, 241, boulevard St-Germain.
- Cayla**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 31, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.
- Charmell**, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Lille, 134, boulevard de la Liberté, Lille.
- Chatin**, 63, rue du Cardinal-Lemoine, Paris et Uriage (Isère).
- Chompret**, 182, rue de Rivoli.
- Combes**, 87, boulevard Haussmann.
- Couillaud**, chirurgien de l'hôpital Lavignerie, Biskra.
- Créquy**, ancien interne des hôpitaux, 99, boulevard Magenta.
- Danlos**, médecin de l'hôpital St-Louis, 89, rue d'Amsterdam.
- Darbois**, 73, boulevard St-Michel.
- Darier**, médecin de l'hôpital de la Pitié, 77, boulevard Malesherbes.
- Déhu**, 59 bis, rue Jouffroy.
- Degrais**, 46, rue Paradis.
- Doyon**, associé de l'Académie de médecine, médecin inspecteur à Uriage (Isère) et 27, rue de Jarente, Lyon.
- Dron**, chirurgien de l'Antiquaille, 6, rue Pizay, Lyon.
- Dubois-Havenith**, professeur agrégé à la Faculté de médecine, 19, rue du Gouvernement-Provisoire, Bruxelles (Belgique).
- Dubreuilh (W.)**, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, 27, rue Ferrère, Bordeaux.
- Duguet**, membre de l'Académie de médecine, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Lariboisière, 60, rue de Londres.
- Dumont**, à St-Vaury (Creuse).
- Ehlers**, professeur à l'Université, 6, Laxegade, Copenhague.
- Emery**, chef de clinique adjoint à l'hôpital St-Louis, 4, rue de Rome.
- Eraud**, ex-chef de clinique à la Faculté, 24, rue Victor-Hugo, Lyon.
- Étienne**, agrégé à la Faculté, 17, place de la Carrière, Nancy.
- Eudlitz**, 26, rue Lemercier.

- MM. Fabre**, membre correspondant de l'Académie de médecine, à Commeny (Allier).
- Ferras**, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Luchon (H^{te}-Garonne).
- Ferras (Jean)**, Luchon (H^{te}-Garonne).
- * **Fournier (Alfred)**, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 77, rue de Miromesnil.
- Fournier (Edmond)**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 77, rue de Miromesnil.
- Fournier (Henri)**, 11, rue de Lisbonne.
- Frèche**, chef de clinique dermatologique, 42, cours Tourny, Bordeaux.
- Fredet**, ancien interne des hôpitaux, professeur honoraire à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, à Royat (Puy-de-Dôme).
- Galezowski**, 103, boulevard Haussmann.
- Galippe**, chef de laboratoire à la Faculté, 12, place Vendôme.
- Gastou**, ancien chef de clinique, assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 47, rue de Rome.
- * **Gaucher (Ernest)**, professeur à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, 1, Square Moncey.
- Gilbert**, professeur à la Faculté, médecin de l'hôpital Broussais, 27, rue de Rome.
- Glénard**, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris, 99, boulevard Haussmann.
- Guéridaud**, à Clamart (Seine), et à St-Gervais-les-Bains (H^{te}-Savoie).
- Guinard**, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, 20, rue Godot-de-Mauroi.
- * **Hallopeau**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital St-Louis, membre de l'Académie de médecine, 91, boulevard Malesherbes.
- Haushalter**, agrégé à la Faculté de médecine, 4, rue de Rigny, Nancy.
- * **Hermet**, 121, boulevard Haussmann.
- Heulz**, à la Bourboule (Puy-de-Dôme) et 6, rue de la Bienfaisance, Paris.
- Horand**, chirurgien de l'Antiquaille, 99, rue de l'Hôtel-de-Ville, Lyon.
- Hudelo**, médecin des hôpitaux, 8, rue d'Alger.
- Hutinel**, professeur à la Faculté, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, membre de l'Académie de médecine, 7, rue Bayard.
- Jacquet**, médecin de l'hôpital St-Antoine, 52, rue du Général-Foy.
- Janselme**, médecin de l'hôpital Tenon, 16, rue du Général-Foy.
- Josias**, médecin de l'hôpital Bretonneau, 3, rue Montalivet.
- * **Jullien**, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, chirurgien de St-Lazare, 12, rue de la Chaussée-d'Antin.
- Lacapère**, 4, rue Volney.
- Lafay**, 34, rue de la Chaussée-d'Antin.
- Laffite (J.)**, ancien interne des hôpitaux, 42, rue d'Amsterdam.
- Langenhagen (de)**, ancien interne des hôpitaux, à Luxeuil.
- Lapersonne (de)**, professeur à la Faculté de médecine, 80, boulevard Malesherbes.
- Laussedat**, à Royat (Puy-de-Dôme).
- Lavarenne (de)**, 8, rue de Florence.

- MM. **Legrain**, médecin-major à l'hôpital militaire de Bougie (Algérie).
- Lemonnier**, à Flers (Orne).
- Lenglet**, 9, rue Vezelay.
- * **Le Pileur**, médecin de St-Lazare, 15, rue de l'Arcade.
- Leredde**, ancien assistant de consultation à l'hôpital St-Louis, 4, rue de Villejust.
- Lévi-Bing**, 8, rue Léonie.
- Malherbe (M.)**, 4, rue du Général Meunier, Nantes.
- * **Marfan**, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 30, rue La Boétie.
- Maritoux**, à Uriage (Isère).
- Marmonnier**, 18, rue de la République, Marseille.
- Marty**, médecin du Dispensaire de salubrité, 23, rue St-Denis.
- Mauriac**, médecin honoraire de l'hôpital Ricord, 15, rue Caumartin.
- Melchior (Robert)**, chirurgien des hôpitaux, 38, rue Sainte, Marseille.
- Mendel**, ancien interne de l'hôpital St-Louis, 123, faub. St-Honoré, Paris.
- Méneau**, médecin à la Bourboule, 261, rue Judaïque, Bordeaux (Gironde).
- Merklen**, médecin de l'hôpital Laennec, 19, rue de Téhéran.
- Meynet**, chef de clinique à la Faculté, 8, rue d'Oran, Lyon.
- Mireur**, médecin des hôpitaux, 1, rue de la République, Marseille.
- Milian**, ancien chef de clinique à l'hôpital St-Louis, 11, rue de Naples.
- Moreau**, 47, rue Rempart-St-Etienne, Toulouse.
- Morel-Lavallée**, médecin de l'hôpital de la Charité, 30, rue du Rocher.
- * **Moty**, professeur agrégé au Val-de-Grâce, médecin de l'hôpital St-Martin, rue des Récollets.
- Nélaton**, chirurgien de l'hôpital St-Louis, agrégé à la Faculté, 368, rue St-Honoré.
- Nicolas**, à la Bourboule (Puy-de-Dôme).
- Oudin**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 12, rue de Belzunce.
- Pallier**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 24, rue des Martyrs.
- Paris**, chef de clinique adjoint de la Faculté, 50, rue d'Assas, Paris.
- Pautrier**, 1, rue Alfred de Vigny.
- Perrin**, professeur de clinique dermatologique à l'École de médecine, 142, rue de Paradis, Marseille.
- Petrini-Galatz**, professeur à la Faculté de médecine, Bucharest.
- Portallier**, 350, rue St-Honoré.
- Queyrat**, 25, boulevard Latour-Maubourg.
- * **Raymond (Paul)**, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.
- Raynaud**, directeur de la Santé, médecin de l'hôpital civil, 7, place de la République, à Alger.
- Renault (Alexandre)**, médecin de l'hôpital Ricord, 2, square La Bruyère.
- Renaut (J.)**, professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux, 6, rue de l'Hôpital, Lyon.
- Rénon (Louis)**, médecin des hôpitaux, 51, avenue Montaigne.
- Reumaux**, médecin des épidémies, médecin du dispensaire municipal, Dunkerque.
- Rey**, professeur à l'École de médecine, 2, rue du Bab-Azoun, Alger.

- MM. Ricard**, agrégé, chirurgien de l'hôpital St-Louis, 68, rue Pierre-Charron, **Richelot (G.)**, agrégé, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Cochin, 32, rue de Penthièvre.
- Riocreux**, 44, rue Ste-Placide.
- Rist**, ancien interne des hôpitaux, 51, rue Galilée.
- Rück**, ancien chef de clinique, à Bagnères-de-Luchon; l'hiver, à Saint-Raphaël.
- Sabatié**, 111, boulevard Beaumarchais.
- Sabouraud**, chef du laboratoire de la Ville à l'hôpital St-Louis, 62, rue de Caumartin.
- Sabrazès**, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, 2, rue Jean-Burquet, à Bordeaux.
- Saint-Germain (de)**, ancien assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 200, rue de Courcelles.
- Sauvineau**, ancien interne des hôpitaux, 42 bis, rue des Mathurins.
- Schmitt**, professeur à la Faculté, 51, place St-Jean, Nancy.
- Sée (Marcel)**, ancien interne, assistant adjoint de consultation à l'hôpital Saint-Louis, 2, rue Lavoisier.
- Sersiron**, 76, avenue Malakoff (Paris), et La Bourboule (Puy-de-Dôme).
- Sestrestre**, médecin de l'hôpital Brstonneau, membre de l'Académie de Médecine, 37, rue de Rome.
- Sibut**, ancien interne de St-Lazare, 21, boulevard St-Martin.
- Sottas**, ancien interne des hôpitaux, 113, rue St-Dominique.
- Souplet (Abel)**, ancien interne à l'hôpital St-Louis, 30, rue Bonaparte.
- Spillmann**, professeur à la Faculté, rue des Carmes, Nancy.
- Suchard**, ancien interne des hôpitaux de Paris, préparateur au Collège de France, 75, rue Notre-Dame-des-Champs.
- Sulzer**, 22, rue de Tocqueville.
- Tavernier**, ex-chef de clinique à la Faculté de Lille.
- * **Tenneson**, médecin honoraire de l'hôpital St-Louis, 89, boulevard Montparnasse.
- Terson**, ancien interne des hôpitaux, 10, place de Laborde.
- * **Thibierge (Georges)**, médecin de l'hôpital Broca-Pascal, 64, rue des Mathurins.
- * **Verchère**, chirurgien de St-Lazare, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, 101, rue du Bac.
- Verdalle**, Cannes (Alpes-Maritimes), et La Bourboule (Puy-de-Dôme).
- Vérité**, 13, rue Spontini.
- Veyrières**, à la Bourboule (Puy-de-Dôme), et 4, place St-Michel, Paris.
- Viennois**, à Peyrin, par Roman (Drôme).
- Weil**, 9, rue de Naples.
- Wickham (Louis)**, médecin adjoint de Saint-Lazare, ancien chef de clinique, 20, rue Washington.
- Zambaco-Pacha**, ancien interne des hôpitaux de Paris, associé national de l'Académie de médecine, 19, rue Kouloglou, Constantinople.

MM. les Membres de la Société sont priés de faire parvenir leurs changements d'adresse à M. le Secrétaire général.

www.libtool.com.cn

MEMBRES TITULAIRES DÉCÉDÉS

- MM. Ricord**, président d'honneur (1889).
Dreyfous, membre fondateur (1889).
Daligny (1890).
Horteloup (1893).
Hardy, président d'honneur (1893).
E. Vidal, président (1893).
Lailler, président d'honneur (1893).
Pignot (1893).
Diday, président d'honneur (1894).
Quinquaud, membre du Comité de direction (1894).
Rollet, président d'honneur (1894).
Malécot (1894).
Leloir (1896).
Feulard, archiviste (1897).
Péan (1898).
Puy-le-Blanc (1898).
Gémy (1902).
Kalindero (1902).
Roustan (1904).
-

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

MM. LES DOCTEURS :

- Amicis (Tommaso de)**, professeur et directeur de la clinique dermo-syphiligraphique à l'Université de Naples, médecin en chef de la section spéciale des maladies vénériennes et cutanées à l'hôpital des Incurables, membre de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples, via Medina, 47, Naples.
- Anderson (Thomas Mac-Call)**, professeur de clinique interne à l'Université, chef du service des maladies de peau à l'hospice Occidental de Glasgow, 2, Woodside Terrace, Glasgow.
- Azua-y-Suarez**, médecin de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 6, rue Villanova, Madrid.
- Bayet**, chef du service dermatologique de l'hôpital St-Pierre, agrégé suppléant à l'Université, 78, boulevard Waterloo, Bruxelles.
- Beck-Soma**, 16, Wachner boulevard, Buda-Pesth.
- Behrend**, professeur de dermatologie, 22, Mittelstrasse, Berlin.
- Bergh**, professeur de clinique, médecin en chef de l'hôpital de l'Ouest (femmes vénériennes), 49, Stromgade, Copenhague.
- Bertarelli (Ambrogio)**, directeur de la section des maladies de peau à l'hôpital Majeur de Milan, membre du conseil sanitaire de la province de Milan, rédacteur en chef du *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle*, via S. Orsola, 1, Milan.
- Blaschko**, 104, Friedrichstrasse, Berlin.
- Bœck (Cæsar)**, professeur de clinique dermatologique à l'Université, Christiania (Norvège).
- Bogdan (Georges)**, médecin adjoint de l'hôpital St-Spiridon, professeur de médecine légale, Iassy.
- Breda**, professeur de dermatologie à l'Université, Padoue.
- Brodeur**, ancien interne des hôpitaux de Paris, 707, rue Sherbrooke, Montréal (Canada).
- Brooke (H. G.)**, professeur de dermatologie à Owens College, Manchester.
- Bulkley (L. Duncan)**, médecin de l'hôpital de New-York, 531, Madison avenue, New-York.
- Campana (Roberto)**, professeur de clinique dermo-syphilopathique à l'Université, Rome.
- Castelo-y-Ganalis**, médecin de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 19, rue Claudio-Coello, Madrid.
- Castrillon**, chargé du cours de dermatologie à Santa-Fé-de-Bogota (Colombia).

- MM. Caspary**, professeur de dermatologie à l'Université, Königsberg.
- Cavafy (John)**, médecin de l'hôpital St-Georges, 2, Upper Berkeley street, Portman square, Londres.
- Chaves (Bruno)**, ministre des États-Unis du Brésil, 15, Schwing, Vienne.
- Colombini**, professeur de dermatologie à Sassari.
- Crocker (H. Radcliffe)**, membre du Collège royal des médecins de Londres, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de l'Université, médecin des enfants à l'hôpital de l'Est, 121, Harley street, Londres.
- Cruyl**, chef du service chirurgical à l'hôpital civil et assistant à l'Université, 18, rue Longue-du-Marais, Gand.
- Dind**, professeur à la Faculté de médecine, Lausanne.
- Djaleddin-Moukhtar**, professeur à la Faculté de médecine, Constantinople.
- Doutrelepon**, professeur de dermatologie à l'Université, Bonn.
- Ducrey (Augusto)**, professeur de pathologie et clinique dermo-syphilopathiques à l'Université de Pise, Italie.
- Duhring (Louis A.)**, professeur de dermatologie à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie, 1416, Spruce street, Philadelphie.
- Düring (von)**, professeur à l'Université, Kiel.
- Elliott**, 36 East 35th street, New-York.
- Euthyboule**, médecin de l'hôpital Zeineb-Kiamil, chargé du service des maladies cutanées et vénériennes à l'hôpital français Jérémie, 5, rue Mekteb, Péra, Constantinople.
- Falcao**, directeur du service dermatologique à l'hôpital général, Lisbonne.
- Filaretopoulos**, agrégé à Athènes.
- Finger**, professeur à la Faculté de médecine de Vienne, I. Graben, 26, Vienne.
- Fiwelsky**, médecin de l'hôpital Miasnitzkaja, médecin du dispensaire de salubrité, Karetnaja Sadowaja, 235, Moscou.
- Fox (J. Colcott)**, professeur de dermatologie à l'hôpital Westminster, médecin de l'hôpital des Enfants Victoria, membre du Collège des médecins de Londres, etc., 14, Harley street, Cavendish square, Londres.
- Galloway**, médecin de l'hôpital Charing Cross, 54, Harley street, Londres.
- Gay**, professeur de dermatologie, Kazan.
- Glück**, médecin de l'hôpital de l'Etat à Sarajewo.
- Godinho (Jorge)**, rue Garret, 62, Lisbonne.
- Hansen**, Bergen, Norvège.
- Haralamb**, médecin de l'hôpital Colentina, 3, strada Renascerei, Bucharest.
- Haslund (Alex.)**, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, médecin en chef de l'hôpital Communal, 62, Kjöbmagergade, Copenhague.
- Havas**, docent de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université de BudaPest, directeur de la policlinique dermatologique, IV, rue Maria-Valéria, 7.

- MM. Hutchinson (Jonathan)**, F. R. C. S., chirurgien du London hospital et de l'hôpital des maladies de la peau, 15, Cavendish square, W., Londres.
- Hyde (Nevins)**, professeur de dermatologie, 100, State street, Chicago.
- Jacobi**, professeur à l'Université, Fribourg-en-Brigau, Allemagne.
- Jadassohn**, professeur de dermatologie 7, Pavillonweg, Berne.
- Jamieson**, 26, Rutland street, Edimbourg.
- Janovsky (Victor)**, professeur à la Faculté de médecine Tchèque, médecin des hôpitaux, directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté, membre du Conseil d'hygiène de la ville, etc., Hopfenstochgasse, 5, Prague.
- Julinsberg**, Francfort-sur-le-Mein.
- Keser**, privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, place du Port, 1, Genève.
- Krefting (Rudolf)**, Christiania, Norvège.
- Lang (Eduard)**, professeur à l'Université de Vienne, médecin en chef de l'Hôpital général, membre de l'Académie Léopoldino-Carolina Cæsarea, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Lanz**, agrégé à l'Université, Armianski per, maison Konstantinoff, Moscou.
- Lassar**, professeur à l'Université, Reichstag Ufer 1, Berlin.
- Lebel**, médecin directeur de la Prison de Québec, Canada.
- Lesser**, professeur de dermatologie, Lützow Ufer, 19, Berlin.
- Lindström**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Kiew, Russie.
- Liveing**, membre du Collège Royal des médecins de Londres, 11, Manchester square, Londres.
- Lustgarten**, à New-York.
- Macleod**, Harley street, 11, Londres.
- Majocchi** (professeur), directeur de la clinique dermo-syphilopathique, Bologne.
- Malcolm (Morris)**, chef de la section des maladies de la peau et chirurgien à l'hôpital Sainte-Marie, 8, Harley street, Cavendish square, Londres.
- Mannino (L.)**, chef du service des maladies vénériennes et cutanées à l'Hôpital civil, membre de l'Académie royale de médecine de Palerme, etc., via Cavini, 27, Palerme.
- Mendes da Costa**, professeur de dermatologie, 39, Frederiksplein, Amsterdam.
- Méric (de)**, chirurgien de l'hôpital français de Londres, 35, Bryanston street, Portman square, Londres.
- Mibelli**, professeur de dermatologie, 79, via Ventidue-Luglio, Parme.
- Moeller (Magnus)**, docent de dermatologie et de syphiligraphie, chef de service à l'hôpital St-Goran, Stockholm.
- Morrow (Prince)**, ancien directeur du *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 66, West 40th street, New-York.
- Mracek**, professeur de dermatologie, Vienne.
- Munro**, Sydney.
- Neisser**, professeur et directeur de la Clinique dermatologique, 112, Fürstenstrasse, Breslau.

- MM. **Nékam**, privat-docent, rue Kossuth, 2, Buda-Pesth, Hongrie.
- Neumann (Isidor)**, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à l'Université, directeur de la clinique syphiligraphique de Vienne, 29, Rothenthurmstrasse, Vienne.
- Nicolau**, à Bucarest.
- Nikolsky**, professeur de dermatologie, 14, Sadoveja, Varsovie.
- Olavide y Malo (José)**, directeur du musée dermatologique de l'hôpital San-Juan-de-Dios, 17, rue Jorge-Juan, Madrid.
- Oltramare**, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine, 11, Corraterie, Genève.
- Pardo Regidor**, 22, calle della Luna, Madrid.
- Pautry**, 4, rue du Mont-Blanc, Genève.
- Pawloff**, professeur de dermatologie, 57, rue des Officiers à St-Pétersbourg.
- Pellizzari (Celso)**, professeur de dermatologie à l'Institut des Études supérieures, 2 via della Colonna, Florence.
- Petersen**, à St-Pétersbourg.
- Pharmacopoulos**, à Athènes.
- Pick (Fillipp-Josef)**, professeur et directeur de la clinique dermatologique et syphiligraphique à l'Université allemande de Prague, médecin en chef de l'Hôpital général, rédacteur en chef de l'*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, III, Jungmannstrasse, 41, Prague.
- Piffard (Henri)**, chirurgien de Charity Hospital, 256, West 57th street, New-York.
- Pini**, assistant à la clinique dermo-syphilopathique, Ospedale S. Orsola, Bologne.
- Pospelow**, professeur à la Faculté de médecine de Moscou, directeur de la clinique des maladies cutanées et vénériennes, médecin en chef de l'hôpital de la Miasnitzkaja, rue Miasnitzkaja, hôpital Miasnitzkaja, Moscou.
- Pringle**, médecin de Middlesex Hospital pour les maladies de la peau, professeur de dermatologie à l'École de médecine, membre du Collège royal des médecins de Londres, 23, Lower Seymour street, Portman square, Londres.
- Profeta (Giuseppe)**, professeur de l'Université, Palerme.
- Proksch**, à Vienne.
- Rasch**, 10, Amagertow, Copenhague.
- Ravogli**, 88, West 7th street, Cincinnati, Etats-Unis.
- Riehl**, professeur de dermatologie à l'Université, Vienne.
- Rille**, professeur de dermatologie, Liepzig.
- Robinson (A. R.)**, professeur de dermatologie à la Policlinique, professeur d'anatomie pathologique et de dermatologie au Collège médical des femmes, 248, West 42th street, New-York.
- Rona**, Professeur, médecin de l'hôpital Saint-Stephan, Andrassy-uctza, 23, Budapest, Hongrie.
- Rosenthal**, conseiller sanitaire, Postdamerstrasse, 121 g., Berlin.
- Schiff (Eduard)**, professeur, 1, Wallfischgasse, 6, Vienne.
- Sommer (Baldomero)**, Buenos-Ayres.

-
- MM. Spiegler**, privat-docent de dermatologie à l'Université, Ebendorferstrasse, 10, Vienne.
- Stelwagon**, 1834, Spruce street, Philadelphie.
- Stephen Mackensie**, à Londres.
- Szrwykowski (Michel)**, ancien assistant de l'hôpital Saint-Esprit, rue Eryvanska, 10, Varsovie.
- Tarnowski (Benjamin)**, professeur à l'hôpital de Kalinkine, professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, président de la Société russe de syphilidologie et de dermatologie, etc., quai de la Moïka, 104, Saint-Pétersbourg.
- Taylor (R. W.)**, professeur des maladies vénériennes au Collège des médecins et chirurgiens, chirurgien de l'hôpital de la Charité, chef du service des maladies de la peau à l'hôpital de New-York, 40 West 21th street, New-York.
- Thin (George)**, 22, Queen's Anne street, Cavendish square, Londres.
- Thomachewski**, professeur de dermatologie, Kiew.
- Török (Louis)**, 16, Andrassyuctza, Budapest.
- Touton**, 20, Friedrichstrasse, Wiesbaden.
- Troisfontaines**, professeur à la Faculté de médecine, Liège (Belgique).
- Umbert**, Barcelone.
- Unna**, 5, Park-Allee, Eimsbüttel, Hambourg.
- Vajda**, agrégé à l'Université, I. Naglergasse, 58, Vienne.
- Veiel**, à Cannstadt.
- Watraszewski (de)**, médecin de l'hôpital St-Lazare, Varsovie.
- Welander (Édouard)**, professeur agrégé de syphilidologie à l'École de médecine (Institut Carolin), médecin en chef de l'hôpital St-Göran, 10, Skeppsbron, Stockholm.
- White (James C.)**, professeur de dermatologie à l'Université Harvard, 259, Marlborough street, Boston.
- Wolff**, professeur de dermatologie, 5, rue Empereur-Frédéric, Strasbourg.
-

www.libtool.com.cn

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS DÉCÉDÉS

- Professeur **Mansoureff**, de Moscou (16 novembre 1892).
Professeur **Manassei**, de Rome (1893).
Professeur **Pellizzari (Pietro)**, de Florence (1894).
Professeur **Smirnoff**, d'Helsingfors (1896).
Professeur **Stoukowenkoff**, de Kiew (1897).
Professeur **Schwimmer**, de Buda-Pesth (1898).
Professeur **Olavide**, de Madrid.
Docteur **van Hoorn**, d'Amsterdam.
Professeur **Kaposi**, de Vienne (1902).
Professeur **Hans von Hebra**, de Vienne (1902).
Professeur **Jarisch**, de Gratz.
Professeur **Tommasoli**, de Palerme (1904).
Professeur **Köbner**, de Berlin (1904).
Professeur **Scarenzio**, de Pavie (1904).
-

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 5 JANVIER 1905

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Actinomycose de la plante du pied. De la biopsie dans l'actinomycose, par M. MILIAN. — Néoplasie nodulaire et circonée des extrémités, par M. DUBREUILH. — Sur une nouvelle variété de dermatite vésiculeuse à progression excentrique, par MM. HALLOPEAU et KRANTZ (Discussion : MM. LENOLET, SABOURAUD.) — Sur un cas de tuberculides polymorphes, par MM. HALLOPEAU et KRANTZ. — Sur un cas de lichen de Wilson circonscrit en un placard unique, par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE. (Discussion : MM. SABOURAUD, A. FOURNIER, BROCCQ.) — Sur une érythrodermie généralisée pré-lichénique avec dystrophies, par MM. HALLOPEAU et A. RENAULT. (Discussion : M. BROCCQ.) — Sur un cas de syphilis héréditaire avec destruction partielle et malformation consécutive des maxillaires, de la voûte palatine et du pharynx, par MM. HALLOPEAU, LAFFITTE et KRANTZ. — La radiothérapie des teignes à l'école Lallier en 1904, par MM. SABOURAUD, PIGNOT et NOIRÉ. (Discussion : MM. A. FOURNIER, BROCCQ, JACQUET.) — Éruption pityriasiforme indéterminée pouvant faire croire à une syphilis, par M. DANLOS. (Discussion : M. BROCCQ.) — Tuberculides cutanées généralisées de forme papulo-acnéique simulant de très près la syphilide exanthématique de même nom, par M. DANLOS. — Syphilis héréditaire tardive et syphilide pigmentaire, par M. DANLOS. (Discussion : M. FOURNIER.) — Syphilide tuberculeuse en nappe datant de 3 ans et simulant un lichen, par M. DANLOS (Discussion : MM. BROCCQ, RENAULT, A. FOURNIER.) — Séborrhéides circonées hémorragiques sur des jambes variqueuses, par M. AUDRY. — Pseudo-chancres tysonitiques (tysonite blennorrhagique ulcéreuse), par MM. AUDRY et MAZoyer. — Sur le vernix caseosa, l'héredo-séborrhée et l'acné fœtales, par MM. JACQUET et RONDEAU.

Ouvrages offerts à la Société.

PICK (Walther). — Ueber die persistierende Form der Erythema nodosum. Extr. *Archiv f. Dermatologie*, 1904.
— Zur Kenntnis der Acne telangiectodes (Kaposi). Extr. *Archiv f. Dermatologie*, 1904.
— Tumor-like forms of tuberculosis of the skin. Extr. *Journal of cutaneous diseases*, 1904.
— Zur Therapie der Gonorrhœ. Extr. *Die Therapie der Gegenwart*, 1903.
— Statistisches vom Herpes zoster. Extr. *Prager medicinische Wochenschrift*, 1904.
— Psoriasis und Glykosurie. Extr. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1902.
BAYET. — *Annales du service de dermatologie, de syphiligraphie et d'urologie de l'hôpital St-Pierre*. Bruxelles, 1905.

www.libtool.com.cn

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL.

Actinomycose de la plante du pied. De la biopsie dans l'actinomycose.

Par M. MILIAN.

MM. Hudelo, Gastou et Lebar (1) ont présenté à la dernière séance de la Société de dermatologie un malade atteint d'une lésion du pied qu'ils ont considérée comme étant une angiodermite d'origine probablement tuberculeuse.

Leur conclusion était celle-ci : « En raison de la longue durée de l'affection, de la lenteur de l'évolution, du processus suivi par la plupart des lésions et qui a abouti au ramollissement, à la suppuration, puis à la cicatrisation spontanée, la tuberculose doit être invoquée comme facteur pathogénique direct, la syphilis étant éliminée immédiatement ; nos recherches ne nous permettent point de penser ni à l'actinomycose, ni aux lésions exotiques du pied (pied de Madura, etc.). »

M. Hallopeau, M. Darier ont également supposé, en voyant ce malade à la séance, qu'il devait s'agir de lymphangite tuberculeuse.

J'ai examiné ce malade, il y a près de deux ans, le 19 février 1903, dans le service du Dr Reynier, à la demande du regretté Dr Bouglé, chirurgien des hôpitaux, assistant du service. Je n'ai pas, à cette époque, formulé de diagnostic clinique, mais mon ami Bouglé fit, à ma demande, l'excision de deux points de la région malade et je pus pratiquer un examen histologique complet. Vous pouvez voir sur les coupes que j'apporte aujourd'hui *qu'il s'agit d'actinomycose sans la moindre hésitation*. C'est sur mon examen histologique et non sur une impression que Bouglé avait proposé au malade un traitement chirurgical approprié. Je n'ai pas publié l'observation par suite de la mort de Bouglé et du départ de l'interne de service, M. Bourlot, aujourd'hui médecin au Raincy. Je suis heureux que le moulage de M. Danlos, inscrit au musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le numéro 2037, dans la vitrine des diagnostics indéterminés, et l'observation de M. Hudelo puissent recevoir, de par cet examen histologique, un diagnostic définitif.

On se demandera peut-être pourquoi je tranche la difficulté, sans aucune hésitation, quand d'excellents observateurs et histologistes sont restés dans le doute.

C'est justement sur ce point que je veux insister, car ce n'est

(1) HUDELO, GASTOU et LEBAR. Angiodermite du pied de nature probablement tuberculeuse. *Bulletin de la Société française de dermatologie*, 1^{er} déc. 1904 p. 358. *Annales de dermatologie*, décembre 1904.

certes pas la compétence des auteurs ni celle de mon ami Gastou, en particulier, qui a fait l'examen biopsique, qu'il faut incriminer.

Qu'il s'agisse de psoriasis, de tuberculose, d'épithélioma, de syphilis, etc., les biopsies des dermatologistes sont toujours faites de la même façon, avec un fin couteau de de Græfe, qui prélève un petit fragment de tégument *par transfixion*. De cette manière, les coupes fournissent une préparation dans laquelle la hauteur de derme prélevée, n'a guère plus d'étendue que la hauteur de l'épiderme; on se condamne, en un mot, à faire des biopsies ayant une très médiocre profondeur. Cela est très suffisant quand il s'agit de lésions superficielles comme le psoriasis ou, partant de la surface vers la profondeur, comme l'épithélioma, mais cela ne l'est plus du tout quand il s'agit de lésions dermiques, ou même hypodermiques comme celles de la syphilis, de la tuberculose, et de l'actinomyose. Dans un certain nombre de cas, ceux, par exemple, où les lésions siègent au sommet des papilles, on peut bien rencontrer les lésions anatomiques caractéristiques, mais, très souvent, cela est impossible, à cause de la situation profonde.

Cela est particulièrement vrai pour l'actinomyose où le champignon est souvent situé loin de l'épiderme, et plus particulièrement pour le malade qui est l'objet de cette discussion, où la peau est dure et *adhérente*.

Il faut donc, de toute nécessité, dans de pareilles déterminations, faire des biopsies profondes allant jusqu'à, et y compris, l'hypoderme, si l'on veut avoir autre chose que des lésions banales d'inflammation superficielle. Et c'est précisément parce que Bouglé enleva *chirurgicalement* une portion étendue et profonde de tissu malade, que j'ai pu, avec la plus grande facilité, déceler le champignon de l'actinomyose et ses grains.

A l'œil nu, sur mes coupes, on constate que les grains actinomycosiques sont à 5 millimètres de la surface tégumentaire, et comme le grain a lui-même 2 à 3 millimètres de hauteur, on voit que la biopsie aurait dû porter au moins à 7 ou 8 millimètres de profondeur. On comprend, dès lors, que la biopsie dermatologique de M. Gastou, qui mesure 2 ou 3 millimètres de hauteur, n'ait pu fournir aucun renseignement étiologique. L'excision chirurgicale de Bouglé, qui mesure environ 2 centimètres de large sur 12 millimètres de hauteur, fournissait, au contraire, un large champ d'observation. C'est à cette circonstance que j'ai dû de pouvoir apporter, en quelques jours, un diagnostic histologique précis et certain, alors que, depuis des années, on discute sur la nature des lésions.

Je voudrais faire une deuxième remarque, cette fois clinique, et attirer l'attention de la Société sur un signe qui n'a pas échappé aux

présentateurs mais dont l'importance diagnostique ne les a pas frappés. Ce signe est le suivant : « c'est la présence de petits nodules, encastés dans le derme, perceptibles à la palpation et au niveau desquels la peau est rougeâtre.

« La peau est criblée de nombreuses taches, rouges, violacées, qui, à la palpation, donnent la sensation de grains miliaires. » Ce sont là, évidemment, les grains actinomycosiques pathognomoniques et la constatation de ce signe, au milieu des autres caractères objectifs, est non moins pathognomonique.

Enfin, dernière remarque thérapeutique : puisqu'il s'agit, chez cet homme, d'actinomycose, il est de toute nécessité de le mettre à l'iodure de potassium intus et à la teinture d'iode, ou mieux, à la solution iodo-iodurée dans les pertuis. Au cas de résultat insuffisant, la radiothérapie pourrait certainement avoir également une action très favorable. Enfin, en dernier ressort, pourrait intervenir l'action chirurgicale, non pas sous la forme un peu trop radicale d'une amputation comme le voulait Bouglé, mais sous la forme de large curetage au thermocautère, qui donne de très bons résultats dans les diverses lymphangites chroniques.

Néoplasie nodulaire et circonée des extrémités.

Par M. DUBREUILH.

A la dernière séance de la Société, MM. Brocq, Lenglet et Boisseau ont publié l'observation résumée d'un petit malade qui présentait sur les mains des plaques cerclées et indurées à évolution lente.

Des faits de ce genre ont été étudiés par C. Fox, par Crocker et Galloway. J'en ai moi-même publié un en 1895 (1), et depuis lors j'ai eu l'occasion d'en observer trois autres. Ils sont tous assez comparables au premier et peuvent être rapprochés de ceux de Brocq. J'ai pu faire l'examen microscopique du premier cas, mais non des trois derniers ; en revanche, un des cas que je rapporte ci-après a pu être suivi pendant trois ans et j'ai vu apparaître et disparaître les lésions à plusieurs reprises.

OBSERVATION I. — Henri B... m'est amené pour la première fois le 16 juin 1902. C'est un enfant de 19 mois, bien développé, bien portant, ne présentant rien de particulier à signaler dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Il a une sœur plus âgée qui est bien portante, son père et sa mère sont tous deux bien portants.

Les lésions ont débuté depuis 3 ou 4 mois par un groupe de petites

(1) DUBREUILH. Un cas d'éruption circonée chronique de la main. *Annales de dermatologie*, avril 1895, p. 355.

papules grosses comme des grains de chènevis, blanches, lisses, dures, ombiliquées, siégeant dans la région du tendon d'Achille des deux côtés; elles n'étaient ni douloureuses, ni prurigineuses; elles ont diminué progressivement pour disparaître au bout de deux mois, sans laisser de traces.

Pendant ce temps, d'autres lésions analogues se montraient sur les jambes et les pieds. On trouve actuellement un certain nombre de plaques annulaires ou polycycliques variant de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce de 2 francs; elles siègent au-devant des genoux et sur la face antérieure des jambes; il y en a 10 à droite et 4 ou 5 à gauche. Les plus petites sont nettement arrondies, avec un bourrelet très net, perceptible au toucher, formé par la juxtaposition d'un grand nombre de petites papules un peu saillantes, non polygonales ni luisantes. La partie centrale est déprimée, un peu violacée, mais avec les caractères de la peau normale.

Sur les plaques plus anciennes et plus grandes, le bourrelet est plus saillant, on y distingue moins nettement les éléments papuleux qui se confondent un peu pour former un bourrelet plus homogène de teinte rosée et un peu luisant; cependant, le toucher permet de constater qu'il est formé d'éléments nodulaires ou papuleux, durs et disposés en chapelet. Dans l'aire limitée par cette bordure, la peau est lisse, luisante et de couleur lilas clair. Au niveau de toutes les plaques, on sent un épaississement très manifeste qui s'étend assez profondément, mais ne dépasse pas en largeur les limites de la plaque.

A la partie antérieure de la jambe droite, à trois doigts au-dessous du genou, est une plaque de la largeur d'une pièce de 1 franc, saillante et presque hémisphérique. On y distingue une bordure rosée un peu nodulaire. Le centre, au lieu d'être déprimé, est plus élevé que la bordure, lisse, luisant avec une teinte lilas; la peau y est indurée, sclérodermique et sous la plaque est une infiltration profonde, de consistance lipomatense.

Sur la face palmaire de la première articulation de l'index droit est un groupe de 4 papules grosses comme des grains de chènevis, blanches, anémiques, dures, avec une petite dépression centrale.

Sur la bosse frontale droite est une petite tumeur de la grosseur d'un gros pois, sous-cutanée, dure, adhérente au périoste, mais sans faire complètement corps avec l'os sur lequel elle conserve une légère mobilité. La peau n'est aucunement altérée et glisse sur la tumeur qui fait penser à une exostose.

Traitement. — Pommade à l'ichthyol.

L'enfant m'est rapporté un an après, le 8 juin 1903. Ses lésions avaient l'année dernière à peu près disparu et seules les plaques indurées persistaient encore un peu; mais, depuis deux mois, il s'est fait une recrudescence.

Les lésions qu'on trouve actuellement sont de deux ordres: des plaques circinées superficielles aux pieds et des noyaux profonds en divers points.

A. — Sur le pied droit, faces latérales et dorsale, sont disséminés 5 ou 6 cercles de 1 à 2 centimètres de diamètre, les plus petits arrondis, les plus

grands un peu irréguliers. Ils tranchent à peine sur la couleur de la peau normale et sont plutôt plus pâles qu'elle. L'aire du cercle ne présente pas d'altération bien marquée, elle est pâle, un peu brillante, avec une légère dureté. Le bord est formé par un bourrelet continu de 2 millimètres de large environ, pâle, un peu luisant, arrondi au sommet, saillant à la vue, plus saillant encore au toucher à cause de sa consistance dure. Dans son ensemble, la lésion donne la sensation d'une plaque parcheminée, mais sans infiltration profonde. Pas de prurit ou de signes de grattage; indolence absolue au toucher.

Au pied gauche, 2 ou 3 petits cercles semblables au-dessous et en avant de la malléole externe.

B. — Les gros noyaux profonds siègent à la jambe droite, au-devant des deux rotules, sur la bosse frontale droite et sur l'apophyse mastoïde gauche.

La lésion la plus volumineuse siège au-devant de la jambe droite, un peu au-dessus du milieu. C'est une tumeur large de 3 centimètres, faisant une saillie de presque 1 centimètre, sans changement de couleur de la peau et parfaitement indolente. Cette tumeur englobe tous les tissus, du périoste jusqu'à la peau inclusivement. Sa consistance est inégale et l'on y distingue d'abord 2 ou 3 noyaux du volume d'un pois à un haricot, très durs, presque osseux, un peu adhérents au périoste, mais cependant conservant encore une faible mobilité. Le reste de la tumeur a une consistance molle fibreuse et fait corps avec la peau, mais non avec le périoste.

Chaque rotule est coiffée d'une tumeur semblable, mais peu saillante, de consistance pâteuse, adhérente à la peau qui conserve sa couleur normale; on y sent profondément quelques noyaux plus durs.

La tumeur de la bosse frontale droite mesure 1 centimètre et demi et fait à peine saillie. On y trouve 2 ou 3 petits noyaux durs, incomplètement adhérents au frontal et noyés dans un empâtement fibreux de consistance pâteuse.

A l'apophyse mastoïde, un petit noyau dur, du volume d'une grosse lentille, mobile sur l'os et donnant la sensation d'un petit ganglion très dur.

La palpation prolongée de ces tumeurs ne provoque aucune manifestation de douleur.

Traitement. — Iodure de potassium, 0,30 par jour.

3 juillet 1903. — Les cercles du pied droit ont un peu grandi en gardant les mêmes caractères. C'est, au dire de la mère, la même évolution qu'ils ont déjà eue l'année dernière, grandissant pendant un certain temps, puis diminuant et s'effaçant peu à peu.

La tumeur de la jambe droite est moins grosse, l'empâtement de la peau a diminué et l'on y sent mieux un noyau gros comme un pois-chiche, dur et adhérent à l'os. Les plaques rotuliennes et le noyau mastoïde n'ont pas changé; la tumeur du front a disparu, elle a, du reste, déjà disparu plusieurs fois pour reparaitre encore.

30 décembre 1904. — L'enfant m'est ramené sur ma demande. Depuis juillet 1903, date de sa dernière visite, les lésions ont lentement diminué,

puis ont disparu au cours d'une coqueluche grave qu'il a eue en décembre 1903 et janvier 1904. Elles n'ont plus reparu au printemps de 1904 comme les années précédentes.

On ne trouve plus aucune trace des lésions signalées l'année dernière, pas plus des cercles des pieds que des grosses nodosités qu'il y avait sur la jambe droite, les deux rotules ou le front. La peau est absolument normale et l'on ne trouve plus rien à la palpation; rien ne marque l'emplacement des anciennes lésions.

Cependant une nouvelle lésion est apparue depuis 15 jours sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, un peu au-dessous du milieu. C'est une plaque de 12 millimètres de diamètre, arrondie, de la même couleur que la peau voisine, peut-être un peu plus pâle. Elle est formée d'un bourrelet marginal de 1 à 2 millimètres de large, un peu saillant et dur, et d'une aire centrale déprimée, mais également indurée. L'ensemble donne à la palpation la sensation d'une plaque dure, mince, enchâssée dans la partie superficielle de la peau. L'épiderme qui la recouvre est normal, peut-être un peu farineux.

L'enfant a quelques troubles digestifs, appétit médiocre et selles souvent lientériques mais non fétides. Son aspect général est bon et il est normalement développé. Pas d'adénopathie.

Obs. II. — Noémie C..., âgée de 26 ans, cultivatrice dans le Lot-et-Garonne, est une femme très nerveuse et très émotive mais n'ayant jamais eu d'attaques de nerfs. Sa santé générale paraît excellente et elle n'accuse aucune maladie antérieure.

L'affection actuelle a débuté il y a 4 ou 5 ans par un petit bouton blanc et dur situé dans le troisième espace interdigital. Ce bouton s'est graduellement étendu excentriquement en s'affaissant au centre de façon à former un cercle de la grandeur d'une pièce de 1 franc, bordé par un bourrelet blanc et dur. Un médecin consulté a fait des pointes de feu sur la bordure. Ces pointes de feu ne paraissent pas avoir produit grand effet; cependant la lésion guérit deux mois après, en apparence spontanément. A peu près à la même époque apparaissaient quelques lésions nouvelles, l'une sur le dos de la main gauche, une autre sur le bord radial de l'index gauche. Cette dernière a disparu depuis sans laisser de traces.

La lésion débute par une élévation papuleuse d'un blanc anémique, lisse, de consistance cartilagineuse, faisant corps avec la peau, mobile avec elle sur les plaies profondes. Cette lésion grandit, se déprime au centre, puis s'étend excentriquement en formant un cercle ou des arcs de cercle isolés.

Quand le malade se présente le 24 octobre 1898, je suis de suite frappé par l'analogie de son cas avec celui que j'ai publié en 1895. On trouve sur le dos de la main une élévation du volume d'une petite lentille, dure, d'un blanc anémique, lisse et sur laquelle les plis de la peau ont disparu. Un peu plus haut est une autre lésion analogue plus petite et cependant déprimée au centre. Sur le bord cubital de la main est un segment d'anneau de 1 centimètre de longueur, à concavité inférieure, formé par un bourrelet blanchâtre, dur, large de 2 millimètres, faisant une saillie de 1 millimètre, pâle mais devenant rosé par la friction. Le sommet est occupé par un sillon de 1 millimètre de large garni de quelques squames dures et très

adhérentes. Sur le bord radial est un autre segment de cercle tout pareil, mais il est plus ancien et en voie de disparition.

Pas de prurit ni de douleur spontanée ; la pression directe ne provoque pas de douleur ; la pression bilatérale provoque une sensation de piqure.

Les lésions qui guérissent ne laissent pas de cicatrice.

OBS. III. — Gabrielle S..., 18 ans, jardinière. Santé générale parfaite, fonctions digestives normales, menstruation régulière, pas de rhumatismes ; pas d'adénopathies dans l'enfance ; pas d'engelures mais quelques crevasses des mains en hiver qui sont le résultat de sa profession. Père mort il y a deux ans de péritonite aiguë, mère vivante et bien portante. Pas de frères ni de sœurs.

La lésion actuelle s'est montrée il y a deux ans sur la deuxième articulation métacarpo-phalangienne gauche et s'est étendue excentriquement en se fragmentant en arcs de cercle isolés.

En mai 1904, l'articulation métacarpo-phalangienne est saine mais elle est le centre commun d'une série d'arcs de cercle qui dessinent une circonférence large de 3 à 4 centimètres. Ces arcs de cercle, qui sont particulièrement nets sur le bord radial de l'index, sont formés d'une série d'élévures de la grandeur d'une petite lentille, à peine saillantes, pâles, dures, faisant corps avec la partie superficielle de la peau, mal délimitées. Ces élévures sont parfois un peu déprimées au sommet où l'on trouve une petite squame écailleuse ou quelques minimes bouchons cornés noirâtres à peine visibles à la loupe et paraissant siéger aux orifices sudoripares. Le toucher donne l'impression d'une série de petites lentilles indurées et superficielles. Le cercle est interrompu dans le pli interdigital et sur le dos de la main, il est remplacé par une cicatrice consécutive à des cautérisations à l'acide nitrique.

Ces lésions sont complètement indolentes. La piqure est même un peu moins sensible au niveau des élévures lenticulaires.

La malade est revue en janvier 1905. L'éruption vue en mai 1904 a complètement disparu deux mois après, mais elle est revenue depuis deux mois au même endroit, débutant sur l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche par une papule qui s'est étendue excentriquement en un cercle de 3 centimètres de diamètre. L'aire centrale est saine ; la bordure, incomplète et mieux visible sur le bord radial, est formée d'une série d'élévures de 5 à 6 millimètres de large, dures, très peu saillantes, parfois déprimées au sommet. La lésion est donc tout à fait semblable à celle de l'année dernière sauf qu'elle est plus violacée et que les pressions sont un peu douloureuses et donnent une sensation de piqure.

Sur une nouvelle variété de dermatite vésiculeuse infantile à progression excentrique.

Par MM. HALLOPEAU et KRANTZ.

Nous n'avons trouvé dans les auteurs aucune description à laquelle puisse se rattacher l'éruption que présente cet enfant. Son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

Jacques R..., âgé de 14 mois, sans antécédents pathologiques, entre le 3 janvier au n° 21 de la salle Lugol.

Il y a huit jours, après une semaine de malaise, apparut une éruption simultanément dans la région inguino-scrotale, au niveau du nez et des lèvres et très peu au niveau des fesses.

Actuellement, on note sur toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen, dans la région inguinale droite, sur les bourses et la verge, des éléments vésiculeux, d'un volume relativement grand et disposés en placards, dans lesquels ils sont isolés, quoique très rapprochés à la périphérie, confluent, agglomérés au centre.

Ces placards se sont développés surtout sur le fond et les rebords des plis cutanés, particulièrement au niveau du pli inguinal, convertissant ce dernier en un bourrelet, à aspect fendillé et suintant.

Ils occupent symétriquement les parties en contact.

Ils débutent par de petites taches érythémateuses, qui bientôt se soulèvent en leur centre pour devenir vésiculeuses; lorsque leur paroi vient à se rompre, leur centre se déprime et leur donne l'aspect de boutons vacciniiformes.

Les vésicules, jeunes, sont claires, saillantes, hémisphériques, entourées d'une aréole rosée; plus âgées, elles rappellent l'aspect de boutons de vaccine et laissent sourdre un liquide séreux citrin, nullement purulent.

A la périphérie, quelques éléments plus isolés commençant à sécher et se recouvrant d'une croûte déprimée aussi en son centre. Sur la cuisse gauche, et sur les fesses, on ne note plus que quelques macules rougeâtres, punctiformes dues à la dessiccation et à la guérison des petites vésicules.

Sur la face, au niveau des narines, des lèvres et des commissures labiales, se trouvent des éléments beaucoup moins nets par suite de leur confluence et des croûtes plus épaisses dues au grattage ainsi qu'à la présence d'un peu de mucus nasal purulent et de sang.

L'enfant ne présente pas de réaction ganglionnaire ni de lésions viscérales. Il a été circoncis à 15 jours sans accidents et vacciné au mois de mai dernier. Ses parents sont bien portants, absolument sains.

L'examen bactériologique du contenu des vésicules n'y a révélé aucun agent microbien, ni par le procédé de Ziehl, ni par la méthode de Gram, ni par la coloration aux couleurs d'aniline basiques.

Comment faut-il classer cette dermatose? S'agirait-il d'une dermatite vacciniiforme? non, car dans cette maladie les éléments sont primitivement papuleux, puis bientôt suppurent, s'accroissent excentriquement de manière à atteindre 1 centimètre de diamètre, leur surface présente un aspect diphtéroïde, leur ombilication avec saillie de leurs bords appartient en propre à leur processus, comme à celui d'un bouton de vaccine.

Ici, au contraire, il s'agit de volumineuses vésicules d'aspect herpétique, à contenu citrin, dont l'ombilication n'est produite qu'artificiellement par suite de l'affaissement dû à l'ouverture de la paroi et à l'évacuation du liquide: elles ne sont donc vacciniiformes qu'en apparence.

S'agit-il d'un impétigo ? l'absence de tout microbe dans le contenu des vésicules et de croûtes rocheuses permet d'affirmer qu'il n'en est rien.

C'est de l'*hydroa puerorum* que cette éruption se rapproche le plus ; mais cet hydroa est surtout une maladie d'été, provoquée par l'exposition au soleil, les lésions peuvent n'y être qu'érythémateuses ou papuleuses, il n'y a pas d'ombilication, les éléments y sont agminés en groupes.

Nous croyons donc avoir affaire à une variété non encore décrite de dermatose infantile.

M. LENGLET. — Il serait utile d'étudier au point de vue pathogénique la nature de cette éruption, mais par l'évolution et par l'apparence élémentaire, il s'agit d'un cas de syphiloïde post-érosive de M. Jacquet anormal par la localisation et l'étendue.

M. SABOURAUD. — Ce cas justifie ce que j'ai écrit dans *La Pratique dermatologique*, que la syphiloïde post-érosive de Jacquet est une épidermite suppurative de forme abortive et demi-sèche.

M. HALLOPEAU. — Chez notre malade, l'érythème diffus n'est que secondaire. Nous reviendrons dans la prochaine séance sur cette discussion.

Sur un cas de tuberculides polymorphes.

Par MM. HALLOPEAU et KRANTZ.

Nous constatons simultanément chez la nommée Tach., âgée de 56 ans, couchée au n° 9 de la salle Lugol : 1° un lupus très étendu du visage avec ectropion descendant jusqu'au niveau de l'os jugal ; 2° une tuberculose ulcéreuse et végétante de la dernière phalange du pouce de la main droite ; 3° une tuberculose ulcéreuse de Vidal, Riehl et Paltauf sur le dos de la main gauche ; 4° un placard d'infiltration tuberculeuse de la jambe gauche, avec cicatrice de toxo-tuberculide nécrotique ; 5° une tuberculide ulcéreuse et serpigineuse de la plante du pied. Les poumons paraissent indemnes.

Chacune des parties du tégument atteintes successivement a présenté ainsi un mode de réaction distinct ; en apparence très semblables de structure, elles constituent donc cependant des terrains différents pour l'agent pathogène commun qui les envahit.

Nous pensons que la dénomination de *tuberculides* doit être étendue à toutes les manifestations cutanées de la tuberculose, comme celles de *syphilides* est appliquée à toute les dermatoses syphilitiques et qu'il y a lieu de désigner plus spécialement sous le nom de *toxotuberculides* celles dans lesquelles l'examen bactériologique ne révèle pas la présence du bacille de Koch.

Sur un cas de lichen de Wilson circonscrit en un placard unique.

Par MM. HALLOPEAU et TRISSIERE.

On sait que cette maladie peut être limitée à un foyer buccal.

On peut constater chez ce malade qu'il peut en être de même d'un lichen plan cutané, et que ce foyer circonscrit peut atteindre des dimensions considérables.

Le nommé René D..., 26 ans, se présente le 3 janvier à notre consultation, atteint d'une plaque de lichen située sur la cuisse gauche, sans aucune autre localisation.

L'affection a débuté il y a environ un an, par une plaque qui a bientôt, en se développant excentriquement, atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Après être restée stationnaire pendant 8 mois, elle s'est étendue, si bien qu'elle mesure actuellement de 15 à 16 centimètres de diamètre.

Elle ressemble de prime abord à une plaque de trichophytie; mais il est facile de constater qu'elle est constituée à sa périphérie par un grand nombre de petites papules irrégulières polygonales, brillantes, et caractéristiques du lichen de Wilson.

Le centre du placard est d'un rose pâle, affaissé, en voie de régression. Cependant quelques petites papules y subsistent.

Il est le siège d'une démangeaison. L'application à diverses reprises de teinture d'iode n'a donné aucun résultat.

En résumé, il s'agit d'un lichen circonscrit à la cuisse sans aucune autre localisation qui a évolué à la façon d'une trichophytie, rétro-cédant au centre à mesure qu'il progressait à la périphérie. Et cette évolution suffit, suivant nous, pour établir la nature parasitaire de cette maladie, que l'un de nous a considérée comme indiquée d'un autre côté par la multiplication locale des éléments éruptifs, tout à fait comparable aux intra-inoculations des papules et des tubercules syphilitiques, tuberculeux et farcineux.

M. SABOURAUD. — En présence de cette lésion, on ne peut vraiment diagnostiquer le lichen de Wilson que par exclusion. L'examen histologique est donc absolument nécessaire pour confirmer ce diagnostic, qui à mon avis reste fort douteux. Je ne crois pas qu'il s'agisse de trichophytie, mais il faudrait rechercher si ce n'est pas de l'érythrasma. Le microscope peut seul décider la question.

M. A. FOURNIER. — La lésion ressemble tellement à un placard de trichophytie qu'il serait utile d'y rechercher encore le trichophyton.

M. BROCC. — L'ensemble de la lésion ne rappelle pas l'aspect clinique du lichen plan; je crois, comme M. Sabouraud, que l'examen histologique est indispensable pour appuyer ce diagnostic. Des éléments éruptifs traumatisés peuvent acquérir un aspect lichénoïde analogue. Les papules apla-

ties qu'on n'observe ci n'ont pas l'aspect néoplasique de celles du lichen plan. Je ne connais pas enfin de cas de lichen circiné ayant ces grandes dimensions, ni cette délimitation un peu vague avec la teinte rosée centrale que l'on constate ici.

M. SABOURAUD. — J'ai observé un cas de lichen plan typique ayant débuté sur la région présternale par une sorte de médaillon analogue à la plaque initiale signalée par Brocq dans le pityriasis rosé. Mais bientôt appurent d'autres éléments caractéristiques. Et ce sont eux qui assurèrent le diagnostic. Rien de semblable ici.

Sur une érythrodermie généralisée pré-lichénique avec dystrophies.

Par MM. HALLOPEAU et A. RENAULT.

L'observation qui fait l'objet de ce travail va enrichir d'une nouvelle variété le type morbide déjà si complexe qui est connu sous cette dénomination. A ce point de vue, et aussi en raison des difficultés de diagnostic et d'interprétation nosologique qu'il présente, ce fait nous paraît mériter d'attirer l'attention.

Nous résumerons son histoire ainsi qu'il suit :

Le nommé Desr..., 61 ans, garçon d'hôtel, entré le 19 avril 1903 à l'hôpital Cochin, salle 11, lit n° 73. Homme vigoureux, rien de particulier dans ses antécédents tant héréditaires que personnels.

Le 1^{er} avril 1904, sans aucun prodrome, il commence à ressentir des démangeaisons, d'abord localisées aux mains, puis généralisées; rapidement celles-ci deviennent d'une intensité extrême.

Bientôt apparaît une éruption d'apparence eczématiforme; après avoir débuté par les mains, elle se généralise à toute la surface cutanée.

Aucune intoxication accidentelle ou professionnelle ne peut être regardée comme facteur étiologique; le malade n'a jamais eu aucune affection cutanée; personne dans sa famille non plus.

Aspect objectif. — Tout le revêtement cutané est malade sans aucun intervalle de peau saine; la peau est rouge, sèche, écailleuse; les squames, de dimensions moyennes au niveau du corps, sont très épaisses au niveau des extrémités où elles se dessèchent en larges écailles; au niveau de la face, l'éruption est très intense et un peu suintante; il y a chute des cils et des sourcils, le visage est absolument glabre. Le malade se plaint de démangeaisons extrêmement vives et pénibles, entraînant une insomnie absolue.

Du côté de l'appareil digestif existe un état saburral; la langue est sale, l'anorexie à peu près complète, il y a de la constipation.

Le malade est atteint d'une bronchite.

Rien au cœur.

Les urines sont rares, foncées; il y a un léger nuage d'albumine.

Pas d'élévation de température.

Traitement. — Bains de son. Onctions au liniment oléo-calcaire alternant avec des onctions à la pommade à l'oxyde de zinc. Application d'un masque de caoutchouc sur le visage. Régime lacté.

Le masque de caoutchouc est très mal supporté; il détermine une irritation assez vive avec augmentation de la rougeur et démangeaisons.

La maladie continue à évoluer sans que le traitement paraisse exercer une influence bien marquée.

Cependant les bains de son et le liniment oléo-calcaire calment assez bien les démangeaisons. Après les onctions, le malade est complètement enveloppé d'ouate.

Il y a des rémissions de quelques jours pendant lesquelles la rougeur diminue; la peau est toujours sèche et craquelée; puis de nouveau la rougeur augmente, de larges lambeaux se détachent de toute la surface cutanée.

Au bout de quelques semaines, les ongles tombent; les paupières sont rétractées et en ectropion: d'où conjonctivite, larmoiement et photophobie. Le malade maigrit et se cachectise. Après un certain nombre d'alternatives de rémission et d'aggravation, la desquamation semble s'arrêter et le malade quitte l'hôpital après avoir été atteint d'une hémiplégié droite.

Il entre au 34 de la salle Bazin le 12 décembre.

L'aspect de l'éruption s'est considérablement modifié.

Au visage seulement persiste l'érythrodermie en nappe généralisée avec fine desquamation et ectopion.

Partout ailleurs, il y a généralement des intervalles où la peau, tout au moins à un examen superficiel, paraît exempte d'altérations.

L'éruption est très abondante sur toute la partie antérieure du tronc où il y a des plaques d'un rouge plus vif et disparaissant davantage sous la pression du doigt; les quatre cinquièmes inférieurs de la région dorsale sont occupés par une large nappe où il n'y a qu'un petit nombre d'intervalles de peau saine.

L'éruption est abondante également au siège; elle l'est moins sur la partie inférieure des fesses et la moitié supérieure des cuisses. Les taches sont également nombreuses sur toute la partie inférieure des jambes. Elles y présentent la dimension d'un grain de millet ou de chènevis. Les plantes des pieds sont aujourd'hui indemnes. Elles ont desquamé en masse. Les ongles des orteils sont tombés et actuellement ceux du gros orteil, du 2^e, et du petit orteil droit et celui du petit orteil gauche font encore défaut.

Aux membres supérieurs, l'éruption est très abondante à la partie postérieure du bras, de l'avant-bras et du dos des mains où les taches sont confluentes.

Les ongles des doigts sont tous tombés au début. Actuellement encore, on les voit profondément altérés, striés verticalement, dépolis à leur surface, érodés à leur partie inférieure. Légère desquamation de la paume des mains. La poussée de taches s'arrête nettement au niveau du poignet. Les dos des mains sont violacés et froids. Les rougeurs sont plus prononcées au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, surtout à droite.

Au niveau des coudes, on voit quelques macules décolorées d'apparence cicatricielle disposées en groupe. Il y a en outre au niveau de l'épicondyle

droit une saillie lenticulaire dure, décolorée, paraissant intéresser la face profonde du derme et des squames abondantes, nacrées, qui, lorsque le malade s'est présenté à la consultation, donnaient l'illusion d'un psoriasis. L'éruption occupe également la verge et est représentée sur le gland par des taches érythémateuses. Les cheveux et la barbe sont très raréfiés; le cuir chevelu est le siège d'une desquamation furfuracée.

Les ganglions maxillaires et inguinaux sont notablement tuméfiés.

Le malade est en proie à un prurit des plus violents et continu qui augmente par poussées et qui l'oblige à se gratter avec frénésie; il n'y a qu'un très petit nombre de croûtes de prurigo.

Pas d'altération de la bouche.

Parésie assez marquée du côté droit et peu prononcée à la face.

Le tronc et les membres sont le siège d'éléments éruptifs d'un rouge brun très sombre, ne disparaissant pour la plupart que peu ou point sous la pression des doigts, à contours polygonaux, à surface brillante, légèrement saillants, ayant ordinairement l'aspect de papules planes de lichen; d'autres papules sont en voie de régression et se présentent sous la forme de taches d'un jaune bistré pâle.

Au point de vue des dimensions, de la forme et du groupement des éléments éruptifs, on distingue les modalités suivantes :

1° de petites saillies polygonales, isolées, brillantes, brunâtres, dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet;

2° des trainées linéaires curvilignes constituées par la confluence d'éléments semblables aux précédents, atteignant 5 millimètres de largeur et 5 centimètres de longueur;

3° des placards circulaires ou elliptiques, complets ou incomplets, à bords réguliers ou sinueux, décolorés et affaissés dans leur partie centrale, nettement quadrillés;

4° de larges nappes polycycliques où des éléments décolorés sont entremêlés aux saillies brunâtres;

5° des papules décolorées et saillantes;

6° des macules décolorées et affaissées au-dessous de la peau saine;

7° des groupes de saillies prononcées irrégulièrement rectangulaires que séparent des sillons transversaux et verticaux;

8° des îlots de desquamation, simulant aux coudes le psoriasis;

9° dans l'intervalle des éléments précédents, d'innombrables petites élevures polygonales, brillantes, ayant la couleur de la peau saine;

10° au visage, une érythrodermie généralisée avec fine desquamation et ectropion;

11° aux extrémités des doigts et des orteils, des troubles trophiques caractérisés par la chute de plusieurs ongles;

12° des pustulettes centrées d'un poil.

Une biopsie a été pratiquée par M. Sabouraud; il a résumé les résultats de l'examen histologique dans la note suivante :

La lésion biopsiée est d'un lichen plan, certain, bien qu'elle présente des particularités qui ne s'observent pas constamment dans le lichen plan. La lésion enlevée est un infiltrat dermique formé de cellules jeunes dans le corps papillaire et la partie supérieure du derme.

L'épiderme est aminci contrairement à la normale et sa couche granuleuse n'est pas augmentée d'épaisseur comme dans le lichen plan à son début; mais les bourgeons interpapillaires sont amincis, effilés, raréfiés, et dessinent des ogives suivant la disposition très caractéristique du lichen plan. Enfin, il existe entre le derme et l'épiderme, au niveau du premier rang de cellules épidermiques, de petits infiltrats séreux intercellulaires, contenant une ou deux cellules migratrices suivant la disposition très particulière du lichen plan.

Dans le derme existent de grandes cellules macrophages chargées de pigment et qui ne s'observent qu'à la phase de régression de la maladie.

Il résulte de cette observation : 1° que ce malade a été atteint depuis neuf mois d'une érythrodermie exfoliatrice généralisée qui persiste encore aujourd'hui à la face, dans le dos, aux coudes et sur le dos des mains; 2° qu'il présente aujourd'hui une éruption presque généralisée de lichen de Wilson : les contours brillants des éléments, leur forme, les contours polygonaux, leur aspect brillant, leur coloration d'un rouge très sombre ne peuvent laisser de doute à cet égard. Quelles relations peut-il y avoir entre ces deux formes éruptives? telle est la question difficile que nous avons à résoudre.

Quatre interprétations différentes peuvent être formulées : 1° il n'y a là qu'une simple coïncidence; 2° il s'agit de phénomènes pré-mycosiques; 3° cette dermatose se rattache à celle qui a été décrite par R. Crocker sous le nom de lichen variegatus; 4° nous avons affaire à un début de lichen de Wilson par une érythrodermie desquamative généralisée.

1° L'hypothèse d'une simple coïncidence nous paraît peu vraisemblable : le grand placard qui recouvre presque toute la région dorsale ainsi que les larges nappes squameuses des régions fessières des coudes et du dos des mains peuvent être considérés comme représentant des intermédiaires entre les deux éruptions; il en est de même du fond érythémateux sur lequel se dessinent encore les traînées les plus élevées de l'éruption de lichen; d'autre part, une dermatose desquamative généralisée vulgaire ne disparaît pas ainsi spontanément sans laisser de traces appréciables; enfin notre observation n'est pas isolée et, dans les faits qui ont été décrits par Neisser, Jadassohn, Juliusberg et Pinkus sous le nom d'*exanthème psoriasiforme* et *lichénoïde* et par Radcliffe Crocker sous celui de *lichen variegatus*, on a observé simultanément des érythrodermies et une éruption lichénoïde.

2° Au premier abord nous avons pensé, d'accord avec notre excellent collègue Druelle, à une érythrodermie prémycosique; ce diagnostic pouvait d'autant mieux être soutenu que, dans un des cas de Jamieson qu'Unna avait rattaché à la parakératose variegata, la maladie a évolué ultérieurement sous la forme d'un mycosis fongoïde;

sauf l'hypothèse d'une coexistence, il n'en sera pas ainsi chez notre malade; nous tenons en effet de M. Sabouraud qui a bien voulu se charger de la biopsie et de l'examen microscopique, que par les lésions constatées, le diagnostic de lichen de Wilson ne peut faire l'objet d'un doute. Une fois de plus l'histologie est venue ici en aide à la clinique hésitante.

3° Est-il possible d'appliquer à ce fait l'étiquette de *lichen variegatus*? Nous objecterons que cette éruption diffère à divers égards de celle qui a été décrite sous ce nom par Radcliffe Crocker: tandis que dans celle-ci, le prurit est nul, l'érythrodermie disposée en placards, la couleur jaunâtre ou d'un jaune bleuâtre, chez notre malade l'érythrodermie a été au contraire généralisée et exfoliante, le prurit est atroce, l'éruption est d'un rouge sombre livide, il y a en outre des *dystrophies unguéales* qui n'ont pas été signalées jusqu'ici.

Si donc il s'agissait de la maladie de Crocker, cette éruption en représenterait au moins une forme nouvelle.

4° Nous croyons préférable de ne pas appliquer à ce fait la dénomination de *variegatus* qui peut donner lieu, comme l'a fait si justement remarquer M. Brocq, à la confusion avec d'autres formes morbides et nous concluons qu'il s'agit d'un *lichen de Wilson ayant débute par une érythrodermie exfoliatrice*.

En dehors de ce fait d'importance capitale, nous signalerons comme faits nouveaux dans notre observation les *dystrophies qui ont amené la chute de tous les ongles, les papules saillantes décolorées qui méritent le nom de lichen plan scléreux et non atrophique* que l'on a proposé antérieurement, et l'*atrophie interstitielle du tégument que révèle l'existence de l'ectropion*.

M. BROCCQ. — C'est un exemple très remarquable de dermatite exfoliative au cours du lichen ruber. Le fait a déjà été signalé en Angleterre, notamment par Buchanan Baxter. Pour ma part, j'ai observé plusieurs cas d'érythrodermie généralisée dans le cours ou à la fin du lichen ruber, mais je n'ai jamais vu dans cette affection de grandes desquamations analogues à celles des dermatites exfoliatives.

Sur un cas de syphilis héréditaire avec destruction partielle et malformation consécutive des maxillaires, de la voûte palatine et du pharynx.

Par MM. HALLOPEAU, LAFFITE et KRANTZ.

On peut distinguer dans la syphilis héréditaire deux catégories de manifestations bien distinctes: les unes résultent d'altération de l'embryon; elles ne sont plus en activité, ce sont des deutéro-

pathies ; il en est ainsi des malformations des dents et du squelette ; elles diffèrent suivant l'époque où l'embryon est intéressé et suivant la localisation qu'ont pu y présenter les syphilomes ; les autres, au contraire, sont des lésions en évolution comparables à celles qui appartiennent à la syphilis acquise, les unes et les autres peuvent exister concurremment.

Il en est ainsi chez la malade dont nous rapportons l'observation.

La nommée Constance M..., 18 ans, entre le 19 décembre 1904 salle Lugol, n° 27.

Père et mère inconnus ; elle a été admise à l'âge de 11 ans à l'hospice des Enfants-Assistés, on l'a considérée comme atteinte d'un lupus de la face ayant débuté trois ans plus tôt.

A 12 ans, on l'a transférée à Berck où elle est restée jusqu'à ces derniers jours. On constate actuellement sur la joue gauche une cicatrice traversée par des brides blanchâtres surtout nettes au niveau des plis naso-géniens et au niveau de la commissure des lèvres, s'étendant jusqu'à l'angle de la mâchoire en empiétant sur le cou, en bas, de 3 travers de doigt, de coloration jambonnée, plus franchement brunâtre au niveau du cou.

Le nez est un peu aplati transversalement à sa région moyenne.

La voix est nasonnée, sourde, difficilement compréhensible.

Les cuisses sont légèrement incurvées en dedans.

M. Sébilleau a bien voulu examiner les cavités de la face et résumer dans la note ci-jointe les résultats de son exploration.

« La jeune fille qui a été soumise à mon examen — Constance M. K..., 18 ans — présente 3 ordres de lésions : a) *faciales* ; b) *buccales* ; c) *nasales*. Les unes et les autres semblent avoir débuté à l'âge de 8 ans.

Les lésions *buccales* qui m'ont seules occupé portent sur :

- a) Le maxillaire supérieur ;
- b) Le voile du palais et le pharynx ;
- c) Le vestibule buccal ;
- d) Le système dentaire.

a) SUR LE MAXILLAIRE SUPÉRIEUR. — Les deux os maxillaires supérieurs sont séparés par une large fente faisant communiquer la bouche avec les fosses nasales. Cette fente, qu'à priori on prendrait pour une fissure congénitale, s'étend à toute la voûte et a entamé dans toute son épaisseur le bord alvéolaire. Elle est médiane, mais en l'examinant, on se rend compte de suite que, des deux massifs osseux qui la limitent, le massif droit est, par rapport à son congénère, considérablement atrophié.

Vers l'âge de 12 ans, la malade aurait éliminé des séquestres. De cette perte et de la destruction partielle de la voûte, il résulte une curieuse déformation que voici et qui paraît due, non seulement à ce que le massif osseux droit a perdu, mais encore aux troubles de développement qui ont suivi l'ostéite nécrogène dont il a été le siège.

1° *Raccourcissement en hauteur du maxillaire supérieur droit.* — Il est placé 2 centimètres plus haut que le maxillaire supérieur gauche. Il y a donc un dénivèlement extraordinaire des dents.

2° *Raccourcissement antéro-postérieur des deux maxillaires supérieurs*, en rapport avec la perte de l'os incisif.

3° *Raccourcissement transversal des deux massifs*. — En raison de l'absence de l'incisif et de la perte de la voûte, les deux maxillaires, porteurs des procès alvéolaires, n'étant plus soutenus, ni par leur coin antérieur (incisif), ni par leur battant (voûte), se sont rapprochées transversalement. Leur arcade décrit en conséquence une courbe de rayon plus courte que celle de la mandibule inférieure et, de plus, cette courbe perd son caractère parabolique pour devenir angulaire.

b) *LE VOILE DU PALAIS*. — Symphyse totale du voile à la paroi pharyngée par une cicatrice dure, blanche, plicaturée. Les fosses nasales n'ont plus aucune communication avec le pharynx buccal. La bouche ne communique plus avec le pharynx que par un isthme étroit, à bords cicatriciels durs, inextensibles, dévié à droite de la ligne médiane et tout juste suffisant à recevoir l'extrémité de l'index.

c) *LE VESTIBULE BUCCAL*. — Le cul-de-sac gingivo-labial inférieur est normal. Le cul-de-sac gingivo-labial supérieur gauche est également normal. A droite, il est à peine apparent, ce qu'expliquent les lésions décrites plus loin.

d) *LES DENTS*. — *Maxillaire supérieur gauche*. — Il contient : une grosse molaire (probablement la première); deux racines (probablement celles des prémolaires). En avant de ces racines, la région alvéolaire est remplacée par une crête mince et dure qui se recourbe en avant et en haut pour se perdre dans les fosses nasales de la paroi externe du méat inférieur.

Maxillaire supérieur droit. — Troisième grosse molaire; racines des première et deuxième grosses molaires avec fistule palatine; les 2 petites molaires; débris de racine de la canine. Au delà, le rebord alvéolaire va rejoindre celui du côté opposé, sur les confins des fosses nasales.

Mandibule inférieure. — Nanisme, érosions cupuliformes, racines cariées.

Absence de troisième molaire droite et gauche.

e) *L'ARTICULATION DENTAIRE*. — L'articulation dentaire n'existe plus. L'arcade inférieure correspond au vestibule supérieur. A gauche, avant la chute des molaires, les dents devaient articuler avec leur bord opposé (bord lingual contre bord vestibulaire); mais à droite, en raison de l'ascension (apparente ou réelle) du maxillaire supérieur, toute articulation dentaire est depuis longtemps impossible.

3° *Lésions nasales*. — La cloison des fosses nasales est complètement détruite; la rhinoscopie antérieure décèle son absence totale; elle montre que la sous-cloison existe encore. Par l'oroscopie, on constate qu'il reste, tout en haut, aux confins de la région ethmoïdale, un débris de septum. Les deux cornets inférieurs, le droit surtout, présentent, du côté de leur queue, un aspect cicatriciel qui montre qu'ils ont été touchés par le processus d'ulcération et de réparation qui a frappé la voûte et le voile. En avant, ils sont légèrement hypertrophiés.

L'absence de la cloison établirait, s'il le fallait, le caractère pathologique de la fissure palatine. »

Il ressort de ces faits que chez cette jeune fille les altérations embryonnaires de nature spécifique ne se sont multipliées que vers l'âge de 7 ou 8 ans, d'un côté, par des deutéropathies multiples des dents, de l'autre par des ulcérations avec destruction partielle de la voûte palatine, des troubles consécutifs dans le développement des maxillaires, des altérations profondes des téguments du visage indiquant la mise en activité des dépôts du contage restés inclus dans ces parties.

Peut-être les caractères et les localisations des lésions dentaires, rapprochés de l'absence d'autres manifestations, telles que la kératite, les lésions de l'oreille et celles du squelette, permettront-ils d'établir à quelle époque de la vie embryonnaire remontent les altérations initiales.

La radiothérapie des teignes à l'école Lailler en 1904.

PAR MM. SABOURAUD, PIGNOT et NOIRÉ.

Cette note est pour exposer le relevé des travaux de radiothérapie des teignes à l'École Lailler, en 1904, et leurs résultats.

Depuis janvier 1904, deux machines statiques actionnant chacune une ampoule de Chabaud-Villard ont fonctionné à l'École Lailler huit heures par jour, six jours par semaine. Elles font l'une, 20 à 25 séances utiles par jour, l'autre 15 environ; cette différence, provenant d'une différence dans la puissance des machines, car l'une a 12 et l'autre 10 plateaux. Ces machines n'ont pas exclusivement servi au traitement des teignes, et je rendrai compte plus tard de nos résultats accessoires et de nos recherches avec elles. Je veux simplement exposer les résultats qu'elles nous ont fournis en ce qui concerne le traitement de la teigne tondante.

I. *Nombre de guérisons.* — L'année précédente, en 1903, l'école Lailler avait guéri, par les anciennes méthodes, 404 enfants. Cette année nous avons eu 374 guérisons, du 1^{er} janvier au 31 décembre 1904, ce chiffre ne comprenant que les enfants guéris avec hospitalisation à l'École. Mais, pendant ce temps, 212 enfants du dehors ont été guéris sans être hospitalisés, ce qui porte le total des guérisons, en 1904, à l'École Lailler, au chiffre de 586.

II. *Avantages du traitement externe des teignes.* — La teigne, qui se guérissait à peine en deux ans, se guérit par les rayons X en trois mois. Beaucoup de parents, qui ne pouvaient assumer le traitement de leurs enfants pendant deux ans et plus, acceptent de s'en charger pendant trois mois. Ils amènent l'enfant à l'heure fixée pour les séances radiothérapiques et aux visites médicales de contrôle qui précèdent, pour chaque teigneux, l'obtention du certificat de guérison.

www.libtool.com.cn
 L'Assistance publique trouvera un gros avantage budgétaire à ce que l'on procède ainsi le plus possible, car un teigneux hospitalisé à Paris coûte 2 fr. 80 par jour; traité sans hospitalisation, il est guéri sans autres frais que ceux des séances radiothérapiques, de 1 à 12, suivant le nombre et la dimension des surfaces malades. Une séance radiothérapique coûte 0 fr. 50, une guérison coûte ainsi de 0 fr. 50 à 5 francs.

Le traitement d'un teigneux hospitalisé jusqu'en 1904 coûtait à l'Assistance publique une moyenne de 2 000 francs (2,80 par jour. \times 715 jours de présence moyenne, dans les différents services hospitaliers où l'on a traité les teigneux). Si l'on avait hospitalisé, avant 1904, les 212 teigneux qui ont été guéris sans hospitalisation par la radiothérapie, leur traitement aurait coûté 424 000 francs. Les séances radiothérapiques qu'ils ont demandées pour guérir n'ont pas coûté 800 francs à l'administration.

III. *Suppression d'une partie des locaux hospitaliers concédés aux teigneux.* — Le nombre des enfants teigneux, traités sans hospitalisation, étant défalqué du nombre total des teigneux traités par l'Assistance publique, les locaux affectés aux teigneux hospitalisés ont pu être diminués. Dès le mois de janvier 1904 j'ai rendu à l'Assistance publique les bâtiments dépendant de l'École Lailler et connus sous le nom d'École B.

Ils contiennent aujourd'hui 150 lits qui font deux services hospitaliers nouveaux.

Cela donne lieu à un nouveau calcul intéressant : un lit d'hôpital vaut, au minimum, 10 000 francs, 150 lits valent, au minimum, 1 500 000 francs, que la technique nouvelle a fait récupérer au budget général de l'Assistance.

IV. *Suppression des colonies provinciales d'enfants teigneux parisiens.* — Lorsqu'un teigneux demandait deux ans et plus de traitement, la création de colonies d'enfants teigneux en province s'était imposée; le coût d'une journée d'hospitalisation en province étant notablement inférieur (1 fr. 50) au coût de la même journée à Paris (2 fr. 80). Depuis 1895, il existait ainsi trois succursales de l'École Lailler, à Romorantin, à Frévent, à Vendôme; 350 enfants y étaient soignés en permanence. Les nouvelles techniques de traitement des teignes rendent ces établissements inutiles. Frévent n'a pas reçu d'enfants cette année, on procède à l'extinction progressive de la colonie de Vendôme, celle de Romorantin n'existera plus dans trois mois.

Il est possible que la conservation de 100 teigneux tuberculeux s'impose à Frévent, il n'en demeurera pas moins que 200 places d'enfants, à 1 fr. 50 par jour, seront supprimées, d'où une nouvelle économie annuelle de 108 000 francs.

V. *Guérison de la teigne chez les enfants atteints de tuberculose chirurgicale.* — Depuis 1895 il existait à l'hôpital des Enfants-Malades un service recevant les enfants teigneux, atteints en outre de tuberculoses chirurgicales diverses. D'accord avec le chef de service, l'Administration m'avait chargé du traitement de ces teigneux parmi lesquels le pourcentage de guérison annuel était des plus faibles. Aujourd'hui, tous les enfants transportables ont été amenés à l'École Lailler un par un, traités séance tenante, et ramenés aux Enfants-Malades; ainsi, une salle sur deux de ce service spécial va pouvoir être rendue à une autre destination.

J'insiste sur ce fait très important. Beaucoup d'enfants tuberculeux ne pouvaient être envoyés dans les *sanatoria* maritimes de l'Assistance, à cause de leur teigne. Cela n'est plus pour eux une cause d'exclusion; avec le traitement radiothérapique, c'est un simple retard de deux à trois mois de leur départ au bord de la mer.

VI. *Guérison d'épidémies scolaires sans licenciement des écoles.* — Je dois insister sur un résultat intéressant que la guérison rapide de la teigne tondante peut permettre désormais.

Il nous est arrivé, dans l'inspection d'une école particulière, de trouver un lot d'une vingtaine de teigneux parmi 60 enfants sains. L'école n'a été ni licenciée, ni troublée en quelque façon que ce soit. Les enfants contaminés sont venus à l'École Lailler par petits groupes au traitement radiothérapique externe. Amenés le matin, ils s'en retournaient le même jour aussitôt traités. Pendant tout le temps de leur guérison, des applications de teinture d'iode sur tout le cuir chevelu prévenaient les contaminations dont ils auraient pu être cause pour leurs camarades. Les cours n'ont pas été interrompus un seul jour. Un seul cas de contagion nouvelle s'est produit pendant toute cette longue opération, ce cas a été traité comme les autres et guéri de même.

C'est à coup sûr la première fois qu'une épidémie de teigne tondante aura été reconnue et guérie sur place sans interruption du cours et sans séparation des enfants sains et des enfants malades. Ce résultat me semble capital, car il montre ce qu'on pourra faire à l'avenir dans des cas semblables.

VII. *Prophylaxie de la teigne tondante à Paris.* — Voilà donc les résultats obtenus. Voici maintenant ce qu'il faudra obtenir :

La direction de l'enseignement primaire à la Préfecture de la Seine a bien voulu se mettre d'accord avec la Direction de l'Assistance publique pour permettre l'examen de tous les enfants des écoles et le traitement de tous ceux qui seront reconnus teigneux. C'est un total de 160000 enfants à examiner. Ce sera donc un travail de plusieurs années.

A la condition que les écoles une fois assainies ne reçoivent plus de nouveaux venus sans examen préalable, il est à croire que d'ici quatre ou cinq ans la teigne aura disparu de Paris à l'état endémique du moins, et ne s'observera plus que par cas sporadiques, aussitôt guéris qu'observés et désormais négligeables.

M. A FOURNIER. — Je serai certainement l'interprète de la Société en témoignant à M. Sabouraud notre admiration pour les beaux résultats qu'il vient de nous exposer. La science et l'humanité lui en sont reconnaissantes.

M. BROCO. — M. Sabouraud nous a dit que les lits qu'il a rendus à l'Assistance publique ont été consacrés à des services de chirurgie et de médecine générale. Je proteste contre la non-installation de nouveaux services d'enfants atteints d'affections cutanées.

M. JACQUET. — La Société ne pourrait-elle émettre un vœu à l'adresse de M. le Directeur de l'Assistance publique ?
(La Société appuie la proposition de M. Jacquet.)

Éruption pityriasiforme indéterminée pouvant faire croire à une syphilis.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un homme de 25 à 30 ans, arthritique, obèse, nerveux, qui a présenté, il y a dix-huit mois, une plaie du gland suivie de bubon suppuré de l'aîne (herpès ?) et, après le bubon, d'une angine de longue durée qui a laissé un peu de dureté de l'oreille droite. Un membre de notre Société consulté à ce moment n'a pas fait le diagnostic de syphilis. Depuis cette époque, le malade est obsédé physiquement par des poussées d'herpès préputial survenant tous les deux mois; et moralement par l'idée de la vérole; jamais, toutefois, de plaques, ni d'éruption avant ces derniers temps. Il y a trois à quatre semaines, une éruption non prurigineuse discrète s'est insidieusement développée sur le tronc et les membres. Au tronc, il s'agit de macules rouges à limites nettes, sans aucune infiltration, recouvertes, pour la plupart, d'une abondante furfuration adhérente. Sur les autres, la furfuration apparaît au grattage, mais celui-ci n'arrive pas à enlever totalement les squames, et si l'on continue, le pointillé hémorragique ne s'y produit pas plus tôt que sur la peau saine du voisinage. Au coude gauche, quelques taches d'apparence psoriasique, sur lesquelles les squames tombent toutes au grattage; sur la surface antérieure des avant-bras, quelques éléments infiltrés squameux avec ébauche de collerette de Bielt. Pas de lésions des muqueuses; pas d'alopécies ni d'engorgements ganglionnaires, pas de céphalée, etc.

Sans pouvoir donner avec certitude un nom à cette éruption, le présentateur exclut la syphilis, vu l'intégrité constante des muqueuses, l'absence d'antécédents certains, l'immunité des ganglions

et surtout ce fait que la desquamation est trop précoce et trop abondante pour une syphilide; il croit que cette dermatose est un pityriasis et rentre dans ce que Hardy décrivait sous le nom de pityriasis rouge.

M. Brocq. — On trouve ici des lésions de deux ordres. Au niveau des coudes, les éléments se rapprochent de ceux du psoriasis, mais je ne puis me prononcer à cet égard. Par contre, au niveau du tronc, il s'agit incontestablement de l'affection que j'ai décrite sous le nom de parapsoriasis en gouttes. On y retrouve les taches rosées, squameuses, à squames très adhérentes, plus adhérentes que dans le psoriasis, devenant plus nettes par le grattage; en grattant légèrement mais avec persistance, ces squames prennent l'aspect de taches de bougie; et l'on détermine l'apparition de petites ecchymoses punctiformes formant un piqueté purpurique, piqueté qui se produit aussi tout autour de la plaque sur la peau saine: il semble qu'il y ait une fragilité toute particulière des vaisseaux des papilles. C'est, encore une fois, la variété à squames adhérentes du parapsoriasis en gouttes: elle est un peu différente d'aspect du parapsoriasis en gouttes à squames en forme de pains à cacheter.

Tuberculides cutanées généralisées de forme papulo-acnéique simulant de très près la syphilide exanthématique de même nom.

Par M. DANLOS.

Malade de 25 ans, non syphilitique, infirmier, incessamment tourmenté depuis dix ans par la tuberculose ganglionnaire. Abscès, fistules et cicatrices multiples sur toute l'étendue des faces antérieure et latérales du cou. Abscès froids en activité sur la clavicule droite et la cuisse droite, taies multiples sur les yeux, etc... Tuberculose pulmonaire possible au sommet droit, mais douteuse, ainsi que les signes rationnels. Depuis trois ans, production incessante sur le tronc (faces latérales et parties inférieures surtout), les fesses et les membres d'éléments papulo-acnéiques d'évolution lente, simulant typiquement comme distribution et comme apparence, la syphilide papulo-acnéique généralisée.

L'idée de syphilis compliquant la bacillose se présente tout d'abord; mais l'absence d'antécédents, l'intégrité absolue des muqueuses suffisent à la faire rejeter. L'éruption en elle-même possède des caractères qui la spécifient bien comme tuberculide. Les éléments anciens ont une teinte foncée violacée différente de la coloration bistrée des syphilides papulo-acnéiques anciennes, et en outre deux caractères majeurs l'en distinguent absolument. L'un c'est la durée de l'évolution qui continue sans modification depuis trois ans; l'autre, la présence de cicatrices de deux ordres, disséminées en quantité innombrable au milieu des éléments en activité.

De celles-ci les unes sont de petites saillies rondes un peu chéloïdiennes ; les autres des dépressions planes discoïdes à bords arrondis très réguliers, rappelant de très près celles que l'on voit souvent dans le follicle. Ces caractères suffisent pour rendre la différenciation facile. On sait en effet que dans la forme exanthématique de la syphilide papulo-acnéique on ne voit pas de cicatrice ; et que cette éruption disparaît d'elle-même en quelques.

Note histologique du Dr Gastou :

Un élément nodulaire de la cuisse, non encore nécrosé, a été biopsié.

L'ensemble des coupes montre un petit foyer nettement limité et isolé dans la profondeur du derme. Tout autour existe une zone de tissu dermo-épidermique richement vascularisé, dans laquelle on aperçoit de petits amas d'infiltration.

La lésion correspond donc à deux aspects d'altérations tuberculeuses.

a) Superficiellement, on voit la lésion du tubercule infiltré miliaire.

b) Profondément, le tubercule congloméré caséux.

L'épiderme présente peu d'altération, il est aminci ; il y a peu d'infiltration papillaire. Dans la région sous-papillaire, il existe des dilatations vasculaires portant sur les capillaires et lymphatiques. D'une façon générale, il existe de l'endoplébite et de l'endartérite.

Les foyers miliaires sont formés d'amas lymphocytaires, dont on ne voit pas très nettement les connexions avec des vaisseaux sanguins. Leur situation, leur groupement et leur forme donnent à penser qu'ils siègent dans les lymphatiques.

Dans la profondeur des coupes, l'amas est formé surtout de lymphocytes, il existe également quelques mononucléaires, mais ce qui caractérise surtout la lésion est la présence :

1° De cellules épithélioïdes formant des amas de 4 à 6 cellules et même davantage ;

2° De cellules géantes typiques ;

3° De foyers de nécrose cellulaire.

Tout l'ensemble est groupé de telle façon qu'il constitue un nodule très nettement délimité.

La structure histologique des tuberculides explique leur aspect clinique polymorphe. Les lésions superficielles correspondent vraisemblablement à l'infiltration miliaire tandis que les cicatrices doivent résulter de la fonte du nodule profond.

Syphilis héréditaire tardive et syphilide pigmentaire.

Par M. DANLOS.

Jeune fille de 18 ans, entrée dans le service il y a deux mois pour une syphilide ulcéreuse datant de 6 à 8 mois, ayant atteint la cloison nasale, l'aile gauche du nez et fortement entamé la lèvre supérieure avec point de nécrose de la voûte palatine. La rétroces-

sion très rapide par le traitement mixte a justifié le diagnostic et la lésion est actuellement guérie. Me basant sur l'absence d'antécédents personnels et la virginité de la malade, je crois à l'existence d'une syphilis héréditaire tardive; mais une objection se présente. Sur les parties latérales du cou existe de chaque côté un réseau de pigmentation diffuse mêlé de taches achromiques *absolument identique* avec la syphilide pigmentaire commune.

La malade n'étant pas tuberculeuse, et n'ayant ailleurs aucune autre pigmentation anormale, il est naturel de rattacher celle du cou à la syphilis. Ici deux difficultés, car la syphilide pigmentaire est à peu près inconnue dans la syphilis héréditaire, et, dans la syphilis acquise, ne s'observe jamais à la dix-huitième année de la maladie. Cette anomalie suffit-elle pour faire rejeter malgré sa vraisemblance le diagnostic d'hérédité? telle est la question que je pose à la Société.

M. FOURNIER. — Cette malade présente une pigmentation du cou, mais on ne peut affirmer qu'il s'agit d'une syphilide pigmentaire. Une pigmentation semblable peut se rencontrer chez des malades non syphilitiques.

Syphilide tuberculeuse en nappe datant de 3 ans et simulant un lichen.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un homme, âgé de 50 ans, présentant depuis plusieurs années une éruption lichénienne d'aspect, prurigineuse, sans cicatrices ni tendance à la régression centrale comme cela s'observe d'ordinaire dans la syphilis. Le malade aurait eu, il y a une vingtaine d'années, une érosion sur le gland, laquelle aurait été traitée, d'après lui, par des compresses de vin aromatique.

Depuis lors, il n'aurait eu aucun accident. L'éruption actuelle a été une première fois très améliorée par le traitement mercuriel et se serait reproduite peu à peu dès la cessation du traitement. Voici les résultats de l'examen histologique fait par M. le Dr Gastou.

La biopsie a été faite sur un élément papuleux de la périphérie de la lésion.

A première vue l'ensemble des altérations rappelle les lésions du lichen avec toutefois une différence très marquée dans l'apparence des modifications épidermiques. A côté de ces lésions en existent d'autres qui, par leurs caractères, leur groupement sont nettement syphilitiques d'aspect.

En effet, en étudiant en détail les différentes parties des coupes, on voit :

1° Que l'infiltration dans les papilles est formée par des éléments cellulaires de dimensions plus considérables que les mononucléaires;

2° Que cette infiltration répond à la présence de plasmazellen très nombreuses;

3° Que ces plasmazellen se groupent autour des vaisseaux et forment nettement des plasmomes;

4° Que les vaisseaux sont très nombreux, dilatés, atteints d'épaississement et surtout de périartérite et périphlébite;

5° Qu'il n'existe en aucun point de lésions rappelant l'aspect, le groupement d'altérations tuberculeuses.

L'association de lésions rappelant à la fois les syphilides et le lichen, n'est point contradictoire en elle-même. La lésion lichénienne semble s'être surajoutée à l'altération de nature syphilitique, la première est superficielle, la seconde est profonde. Les hybrides anatomiques ont vraisemblablement une réalité d'existence que seule la multiplicité des examens histologiques pourra faire connaître.

M. BROCQ. — Une lésion syphilitique grattée peut se compliquer de lichénification; c'est ce qui s'est produit au niveau du scrotum chez ce malade.

M. RENAULT. — Les lésions syphilitiques qui siègent au niveau du pubis s'accompagnent presque toujours de démangeaisons, ainsi que j'ai eu, maintes fois, l'occasion de le constater chez les malades de mon service.

M. FOURNIER. — On retrouve ici ce que j'appelle le *signe de frontière*, c'est-à-dire la configuration circinée des limites de la lésion. Je considère ce signe comme presque caractéristique de la syphilis.

Je crois aussi que le prurit est de règle quand les syphilides occupent les régions voisines des régions pileuses, et notamment le scrotum.

Séborrhéides circinées hémorragiques sur des jambes variqueuses.

Par M. AUDRY.

Voici un curieux exemple des modifications apportées à une dermatose par la stase veineuse :

Il s'agit d'un homme de 34 ans, grand et fort, laveur de vaisselle dans un restaurant, qui n'accuse ou n'avoue aucun antécédent pathologique.

Depuis l'âge de 14 ans, il présente des varices de l'une et l'autre jambe. Celles de la jambe droite ayant pris un développement tout à fait exagéré, le malade est venu se faire opérer à la clinique chirurgicale où M. le Dr Jeannel lui a extirpé un paquet volumineux. Il vient nous montrer une éruption singulière siégeant sur les deux membres inférieurs. Cette éruption s'est produite pour la première fois, il y a 7 ans; elle reviendrait une fois chaque année. Il y a 5 ans, le malade en a présenté un placard sur la face antérieure de l'avant-bras gauche. Ce placard était plus rouge et plus irrité que les efflorescences actuelles, et n'avait pas le même rebord hémorragique.

Présentement, on constate d'abord une alopecie cicatricielle du vertex

consécutive à un ~~vavus traité~~ pendant l'enfance ; état pityriasique intense du pavillon de l'oreille et du conduit auditif externe. Desquamation grasse du cuir chevelu.

Sur tout le pourtour des deux jambes, principalement en dedans et en arrière, sont dispersés des disques régulièrement arrondis, s'insérant les uns sur les autres. Ces disques sont élégamment et nettement dessinés par une ligne d'infiltrat purpurique. La nature hémorrhagique du liséré apparaît nettement sous la pression d'une lame de verre. Au toucher, on perçoit à peine une saillie extrêmement faible. Toute l'aire comprise en dedans du liséré hémorrhagique est d'une teinte fauve, café au lait très clair, l'épiderme est un peu plus moiré, un peu plus brillant que dans les parties normales. Le liséré hémorrhagique est d'autant plus net que le disque est situé plus bas. Les varices sont très développées en apparence, limitées aux jambes. Le début de chaque élément est marqué par une tache purpurique, légèrement squameuse qui s'étend par la périphérie en se décolorant au centre. Cet aspect serait tout à fait étrange et la lésion resterait indéterminable si les efflorescences ne se continuaient sur la face interne du genou et de la cuisse gauche ; au niveau de la tubérosité tibiale, elles perdent brusquement tout caractère hémorrhagique ; ce ne sont plus que des efflorescences roses, superficielles, à peine furfureuses, un peu plus sèches, un peu plus brillantes que la peau saine, à contours faiblement figurés, mais toujours nets. On y reconnaît sans peine des efflorescences de séborrhéides eczématisante, non eczématisées, aussi caractéristiques que possible. Ainsi, l'on se rend compte que les linéaments purpuriques hémorrhagiques des disques des jambes dessinent exactement le pourtour de séborrhéides ; seulement au voisinage de varices anciennes et volumineuses, la réaction inflammatoire légère qui accompagne l'extension des efflorescences s'accompagne aussitôt d'une extravasation sanguine linéaire qui chemine excentriquement avec les bords de l'élément éruptif.

Je crois que cette petite anomalie est aussi intéressante qu'exceptionnelle.

Pseudo-chancres tysonitiques (tysonite blennorrhagique ulcéreuse).

Par MM. AUDRY et MAZoyer.

Voici l'observation d'une erreur de diagnostic qui n'a pu être rectifiée que par l'examen histologique. Nous osons croire qu'elle a pu être commise d'autres fois.

Pierre X..., cultivateur, âgé de 20 ans, entre à la clinique le 13 octobre 1904. Pas d'antécédents.

Il a contracté la chaudepisse il y a un mois. Balsamiques, tisanes. Au début d'octobre, apparition dans la rainure balano-préputiale, d'une petite tumeur dure et globuleuse, dit-il ; cette petite masse siégeait sur la ligne médiane dorsale. Cette tumeur devint grosse comme un pois, rougit, se ramollit et se rompit, laissant échapper un peu de pus. Au lieu de rétro-

céder, la petite masse s'ulcère ; quand il entra à l'hôpital, le malade offrait au point indiqué une ulcération ronde, de 0,02 de diamètre environ, légèrement saillante, rosée, faiblement bourgeonnante, à peine suintante, reposant sur une base fortement indurée. Cette induration est bien circonscrite, et ne diffère d'un chancre syphilitique vulgaire que par son épaisseur ; les bords sont ronds, un peu saillants.

Il existe en outre une uréthrite à gonocoques. Pas d'adénopathie bien accusée ; quelques petits ganglions sans caractères.

Diagnostic : chancre simple infiltré, ou chancre syphilitique infecté ? L'examen du pus de l'ulcération ne montre pas de gonocoques.

Inoculation négative. Iodoforme impuissant. Adénite toujours très faible, peu caractéristique. Est-ce de la syphilis ? L'induration persiste, profonde et circonscrite. Première biopsie : sans résultats. Lésion stationnaire.

Le 12 novembre, deuxième biopsie (excision totale sous la cocaïne). L'uréthrite est depuis longtemps guérie par les grands lavages au permanganate. Le malade quitte le service le 20 novembre, guéri. Rien ne permet de songer à la syphilis. La seconde biopsie a montré qu'il s'agissait d'une tysonite ulcéreuse qui a dû être évidemment gonococcique au début.

1^{er} *Fragment biopsié*. — Lésions d'ulcération simple, banale, sans aucun caractère et dont rien ne permet de découvrir l'origine, le point de départ ou la nature.

2^e *Fragment*. — Mêmes lésions d'inflammation ; mais cette fois, elles apparaissent groupées autour d'un tube invaginé, revêtu d'un ectoderme malpighien extraordinairement atteint et morcelé par une diapédèse d'une extrême activité.

On reconnaît facilement la couche cylindrique basale ; le corps muqueux est fenêtré, comme réticulé, par les leucocytes ; toutefois, quelques cellules ont conservé des traces de filaments d'union. Il n'y a ni stratum granuleux, ni couche cornée ; tout a desquamé ; la lumière du canal est vide, ou pleine de polynucléaires.

En somme, tysonite ulcéreuse d'origine blennorrhagique simulant un chancre simple induré, ou un chancre syphilitique infecté, ou surtout un chancre mixte.

On connaît des tysonites à forme nodulaire, des tysonites abcédées ; la précédente observation montre qu'il existe aussi des *tysonites ulcéreuses tout à fait pseudo-chancereuses*, et dont l'induration ne présente qu'un seul caractère spécial : une épaisseur, une profondeur inaccoutumée qui semble même adhérer aux caverneux, tysonites d'où le gonocoque a disparu, et qui n'affectent aucune tendance à la guérison spontanée.

www.libtool.com.cn

Le vernix caseosa, l'héredo-séborrhée et l'acné fœtales.

Par MM. JACQUET et RONDEAU.

Nous avons établi que le *vernix caseosa* du fœtus se colore en noir par l'acide osmique et contient, contrairement à l'opinion de M. Sabouraud, de la graisse *libre* en proportion notable (1).

C'est donc bien, conformément à l'opinion classique, une substance dont la provenance est *au moins* double : épidermique et sébacée. Et nous en avons donné précédemment l'analyse chimique.

Mais tous les nouveau-nés n'en sont point recouverts, comme on tend à le croire. D'une statistique soigneuse, faite à la maternité de l'hôpital de Saint-Antoine, grâce à l'obligeance de M. Bar, nous pouvons conclure que sur 287 nouveau-nés, 138 en avaient *beaucoup*, 99 *peu ou très peu*, et 50 pas du tout, et c'est là une première raison pour douter que l'*enduit fœtal* constitue une sorte de couche complémentaire *normale* de la peau du fœtus.

De plus, cette matière présente une tendance remarquable à la *systematisation* : de façon générale le plan *postérieur*, en particulier la gouttière vertébrale, les épaules, la région lombo-sacrée ; puis les sourcils, les oreilles, les plis inguinaux et axillaires, les régions palmaire et plantaire sont ses localisations préférées.

La structure histologique est moins simple qu'on avait pu le croire : les cellules épidermiques sont en général irrégulièrement *globuleuses*, *claires*, même après l'action prolongée de l'*osmium*, souvent nucléées.

La graisse libre s'y montre sous forme de granulations en amas ou trainées, et aussi sous forme de gouttelettes et de trainées liquides : elle est, en tout cas, d'*abondance très variable*, selon les enfants.

Un enduit fœtal peu riche en graisse libre en contient, en moyenne, 1 gramme pour 10.

Les coupes de peau recouvertes de vernix montrent des cellules malpighiennes en état d'altération cavitaire et, à leur surface, on voit de nombreux débris pilaires formant par places une sorte de nattage.

Le *vernix* témoigne donc d'une remarquable activité de l'appareil pilo-sébacé du fœtus.

Mais il en est un autre témoignage plus remarquable encore : un grand nombre de fœtus, dès le 7^e mois, et d'enfants à terme présentent une éruption marquée, surtout à la face, aux mêmes sièges qu'affecte la séborrhée des adolescents.

C'est une véritable *acné sébacée miliaire*.

Elle est constituée soit par la dilatation de la partie *ostiale* du

(1) Notre travail a été publié *in extenso* dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, janvier 1905, p. 33.

conduit sébacé, soit par celle de la partie profonde de ce même conduit, et dans cette variété donne lieu à des masses sébacées pseudo-kystiques énormes. La pathogénie de ces deux variétés est un peu différente, mais se ramène essentiellement dans les deux cas à la rétention du produit sécrété, ici par un opercule de surface, là par l'épaississement même du sébum.

Ces petits éléments sont parfois véritablement papuleux, entourés d'érythème et de fines télangiectasies, si bien que les diverses variétés de l'*acné non pustuleuse* s'observent à l'état d'ébauche, dès les derniers mois de la vie intra-utérine, et sont facilitées, comme d'ailleurs chez l'adulte, par l'*hypotonie* des tissus.

La *signification* du *vernix caseosa* et celle de l'*acné fœtale*, éléments connexes à certains égards, peut se dégager des faits suivants :

Le *vernix* s'observe avec prédilection aux régions où le système pileux est en état de mue ou de crise involutive : c'est le cas du plan postérieur du corps où ce système chez le fœtus a une importance considérable qu'il ne retrouvera *jamais*, et qui est intéressante à rapprocher de la prédominance pileaire permanente du *plan homologue* dans toute une série de mammifères.

Si bien, au total, que cette crise est un des nombreux faits intégrés par la célèbre loi de Baër, l'*ontogénie est une récapitulation de la phylogénie*.

Mais cet élément n'est pas le seul : il semble que la mue pileaire régionale serve, à titre d'excitation endo-cutanée, à localiser une excitation plus profonde, dont une statistique soigneusement faite nous fixe l'importance.

Si en effet nous classons 254 accouchements observés à ce point de vue en deux séries : 1° une série *pathologique* englobant les grossesses *anormales* et les géniteurs malades ; 2° une série *normale* à ces deux points de vue : nous constatons que la première fournit un pourcentage beaucoup plus élevé, d'enfants ou fœtus à *vernix caseosa* abondant, que la seconde où, par contre, le pourcentage des enfants sans enduit est beaucoup plus important, 32 p. 100 contre 5 p. 100 d'une part, et 9 p. 100 contre 29 p. 100 de l'autre.

La signification de la *miliaire sébacée* et de l'*acné fœtales* est plus aisée à dégager.

Elles présentent les mêmes localisations que la séborrhée et l'*acné* des adultes.

Elles ont des tendances nettement héréditaires : sur 274 cas divisés en deux séries, l'un où la mère est « séborrhéique », l'autre où elle ne l'est pas, la *première* série comporte 63 p. 100 d'enfants atteints d'une forte miliaire sébacée et d'*acné fœtale*, et 7 p. 100

seulement n'en présentant pas; la seconde comporte seulement 35 p. 100 d'hérédo-séborrhéiques, et 26 p. 100 qui ne le sont pas.

Ce sont des résultats frappants pour une enquête forcément unilatérale : le père restant inconnu; mais l'élément *héréditaire* est certainement insuffisant, la séborrhée n'étant qu'une fonction en *excès*, commune à tous, au moins à faible degré. Elle ne peut donc manquer d'avoir un substratum organique plus général encore.

Chez l'adolescent et l'adulte, ce substratum est connu : c'est l'excitation génitale, particulièrement lors de la *puberté*.

Chez le fœtus et le nouveau-né, c'est encore et fort nettement l'excitation génitale.

En effet, dans les derniers mois de la vie intra-utérine, il se fait parallèlement au développement sexuel, une série de modifications dans les organes connexes : il y a hypertrophie testiculaire avec parfois, comme l'a vu Bar, *hydrocèle* analogue à celle de l'adolescent; il y a hypertrophie prostatique; hyperémie de la muqueuse utérine avec, parfois, *menstruation* véritable; il y a enfin hyperactivité des glandes mammaires, et sécrétion de colostrum; après la naissance, cet ensemble fonctionnel *disparaît* : il y a donc aux derniers mois de la vie intra-utérine, une véritable *puberté en miniature*.

Eh bien, cette puberté intra-utérine comporte, elle aussi, sa *mue pilaire*; sa *séborrhée*, son *acné comédon* avec amorce de toutes les variétés d'acné non pustuleuse. Elle comporte en outre l'ébauche de la *calvitie*.

Puis ce syndrome cutané rétrocede pour se réveiller de nouveau lors de l'adolescence.

Notre conception de la séborrhée et de l'acné qui est liée à son développement, se rattache donc étroitement à celle de Rayer et de Fuchs, qui ont nettement formulé cette relation chez l'adolescent, ou, pour mieux dire, elle la confirme et la complète.

Quant au *verruca caseosa*, par son élément sébacé, il est certainement justiciable de cette même excitation génitale, si bien que la question de pityriasis et de la séborrhée, connexe d'après nous chez l'adolescent et l'adulte, est connexe également chez le fœtus et se pose *ab ovo*.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

www.libtool.com.cn

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — A propos d'un malade présenté par M. Danlos à la séance du 5 janvier 1905, par M. BROCCQ. — Kératodermie érythémateuse en plaques disséminés, par M. DUBREUILH. — Deuxième note sur un cas de lichen plan en une plaque unique à progression excentrique, par MM. HALLOPEAU et TEISSIERE. (Discussion : MM. BROCCQ et SABOURAUD.) — Sur une perforation syphilitique en dentelures de la voûte palatine, par MM. HALLOPEAU et KRANTZ. — Sur une déformation en entonnoir de la paroi thoracique antérieure, par MM. HALLOPEAU et TEISSIERE. (Discussion : MM. A. FOURNIER et E. FOURNIER.) — Cas de diagnostic de cicatrices syphilitiques probables, par MM. HALLOPEAU, LAFFITTE et KRANTZ. (Discussion : MM. DARIER, SABOURAUD, BARTHÉLEMY, BALZER, A. FOURNIER.) — Sur un eczéma œdémateux circonscrit de la région frontale, par MM. HALLOPEAU et KRANTZ. — Deuxième note sur un cas de lichen plan cutané et lingual en voie de guérison par les applications de permanganate de potasse, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. JACQUET et DARIER.) — Deuxième note sur une nouvelle espèce de dermatite vésiculeuse infantile à progression excentrique, par MM. HALLOPEAU et KRANTZ. — Épithélioma cutané guéri par la radiothérapie, par MM. GAUCHER, LACAPÈRE et DELHERM. — Sclérose circonscrite des doigts, par M. CH. AUDRY. — Psoriasis avec collerette de Bielt chez une séborrhéique et diagnostic histologique des éruptions psoriasiformes, par MM. GASTOU et GIMENO (de Barcelone). — Tuberculose papillomateuse du doigt chez un cordonnier bronchitique ancien et à répétition atteint de micropolyadénopathies diffuses, par MM. GASTOU et GIMENO. — Ulcération chancriforme du nez chez un nouveau-né, produite par une gomme tuberculeuse, par MM. F. BALZER et FRANÇOIS DAINVILLE. — Chancre de la lèvre inférieure chez une ancienne syphilitique, chancres simples vulgaires multiples, par MM. BALZER et FRANÇOIS DAINVILLE. — Dermatite bulleuse et prurigineuse de Duhring. Urémie. Lésions viscérales multiples, par MM. F. BALZER et FRANÇOIS DAINVILLE. — Syphilis tertiaire de la face dorsale de la main, par M. H. DE ROTHSCHILD. — Angine de Vincent. Herpès buccal. Banalité de la symbiose fuso-spirillaire, par M. CHOMPRET. — Ulcération tuberculeuse du pharynx et des piliers du voile du palais, par M. GAUCHER. — Discussion de la communication de M. Jacquet sur le vernix caseosa et l'hérédo-séborrhée : MM. HALLOPEAU, SABOURAUD, JACQUET, HALLOPEAU, M. SÉE, BALZER, BARTHÉLEMY.

**A propos d'un malade présenté par M. Danlos à la séance
du 5 janvier 1905.**

Par M. BROCCQ.

A la dernière séance, M. Danlos a présenté un malade qui m'avait paru atteint de deux éruptions ; l'une, sur le corps, m'a semblé être un exemple net de la forme morbide, à laquelle j'ai donné le nom de

parapsoriasis en gouttes, variété à squames adhérentes; l'autre, sur les avant-bras, me paraissait de nature douteuse. Depuis lors, l'affection a progressé et s'est totalement transformée : on retrouve bien encore sur le tronc quelques vestiges de la forme éruptive analogue au parapsoriasis en gouttes, mais la plupart de ces éléments ont disparu et ont été remplacés par une éruption papulo-squameuse un peu infiltrée, offrant une certaine tendance à la circination. Ce n'est plus là du tout le type morbide que j'ai décrit, et je tiens à le déclarer tout de suite ici pour qu'il n'y ait pas de confusion commise par les observateurs qui pourront désormais étudier ce malade.

Kératodermie érythémateuse en placards disséminés.

Par M. W. DUBREUILH.

J'observe depuis huit ans une petite malade qui présente une dermatose très curieuse dont je n'ai pas trouvé l'analogie dans la littérature médicale. Le titre que je lui ai donné définit assez exactement la maladie, mais, malgré l'analogie du nom, elle ne présente aucune parenté ou aucune ressemblance avec la kératodermie érythémateuse des paumes, décrite par Besnier, ou avec l'érythème kératosique de Brooke dont j'ai moi-même publié un cas dans le temps.

Chez ma malade, les lésions apparues dès la première année ont toujours persisté sans autre changement qu'une très lente mais constante aggravation. Elles sont constituées par des placards hyperkératosiques disséminés sur la face et les membres. L'érythème est partiel, passager, variable, disposé en macules de forme bizarre. L'examen microscopique montre une hyperacanthose pure mais très accusée dont l'hyperkératose n'est que la conséquence. J'ai cependant préféré conserver la qualification de kératodermie parce qu'elle correspond mieux à la réalité clinique.

La petite J. F... nous est présentée pour la première fois en 1896 à l'âge de 2 ans. Elle est née à terme, a été nourrie par sa mère; les lésions actuelles n'ont été constatées que vers l'âge de 1 an; cependant dès les premiers mois de sa vie on avait remarqué la dureté anormale de la peau des mains et des pieds.

La maladie actuelle s'est montrée vers l'époque du sevrage par des plaques siégeant sur la face et les fesses et qui se sont multipliées depuis, offrant tantôt une teinte rouge foncé tantôt simplement brunes.

Sur les membres inférieurs on trouve disséminées sans ordre de grandes plaques dont les dimensions varient de quelques centimètres à la grandeur de la paume de la main; elles sont de forme très irrégulière, anguleuses, limitées par des lignes droites ou courbes à grands rayons tantôt convexes

ou tantôt concaves. Ces plaques sont d'une couleur brun jaunâtre ou bistre. Elles ne sont pas saillantes ni infiltrées, mais elles donnent au toucher une sensation d'induration superficielle et de rugosité. Les plaques sont couvertes de poils plus nombreux et plus développés que sur les parties saines ; leur surface présente un quadrillage bien marqué dû à l'exagération des principaux plis normaux qui limitent des petits champs quadrilatères finement chagrinés ; les follicules pileux un peu dilatés sont marqués par des bouchons cornés noirâtres.

Sur ces plaques brunées et rugueuses se détachent des macules rouges assez foncées, irrégulières, formant des anneaux, des bandes, des taches angulaires ou étoilées, à contour parfaitement limité, qui sont passagères et ne durent généralement que quelques heures.

Dans le voisinage et sur les parties saines de la peau apparaissent quelquefois des macules rouges tout à fait semblables, légèrement saillantes, s'effaçant pour reparaitre aux mêmes points et avec la même forme et laissant quand elles pâlisent une teinte fauve très pâle.

Sur la face, on trouve au milieu de chaque joue, une plaque brune un peu dure, à la surface légèrement écailleuse et rugueuse par suite de la présence d'une foule de petits bouchons cornés folliculaires. Ces plaques sont marbrées de quelques taches rouges et sont souvent en hiver le siège de phlyctènes douloureuses.

La plante des pieds est occupée par une semelle hyperkératosique bien limitée, couvrant les orteils en totalité et s'arrêtant aux limites de l'épiderme plantaire sauf un promontoire de peau saine à la partie interne de la voûte plantaire. Il n'y a pas de bordure rouge et l'épaississement est uniquement dû à la couche cornée qui est jaune, lisse, résistante, souple et desquame en fines lamelles nacrées.

Le tiers inférieur de chaque avant-bras et la main tout entière sont occupés par une seule plaque brunâtre qui, sur la face dorsale et le poignet, est dure, rugueuse et chagrinée au toucher avec une très légère desquamation, de l'hypertrichose et des marbrures rouges. La face palmaire est couverte d'une couche cornée, épaisse, unie avec des crêtes papillaires bien marquées, desquamant en fines lamelles et donnant l'impression exagérée de la main des ichthyosiques.

Les ongles et les cheveux sont normaux, les cheveux sont blonds et la peau est généralement fine. Il y a de petits ganglions durs et indolents au cou, dans les aisselles et les aines.

L'enfant est parfaitement développée et sa santé générale est excellente.

La petite malade a maintenant 10 ans, je la suis depuis huit ans, et une biopsie faite il y a quelques mois m'a permis d'étudier histologiquement les lésions.

Pendant ce temps il n'y a eu aucune amélioration, tous les traitements sont restés infructueux, les lésions se sont même étendues. Tous les traitements internes, arsenic, iodures, etc., sont restés impuissants. Les emplâtres desquamatifs énergiques à l'acide salicylique ou au savon noir font bien tomber la couche cornée hypertrophiée mais en irritant la peau font apparaître avec plus d'abondance les taches rouges et font étendre les plaques hyperkératosiques. La glycérine résorcinée à 10 p. 100 n'a rien

fait. La mère en est arrivée à se contenter des bains fréquents et des savonnages qui, sans irriter la peau, empêchent une trop grande accumulation de squames. Ces soins sont indispensables en hiver où l'impression du froid provoque l'érythème; en été, la sueur empêche l'accumulation des squames et les macules érythémateuses sont moins fréquentes.

Actuellement, en décembre 1904, nous notons l'état suivant :

J. F... est une enfant blonde ayant le développement normal de son âge.

Face. — Sur chaque joue est une grande plaque irrégulière de 6 à 7 centimètres de large, à contour assez net, donnant au doigt une sensation d'épaississement superficiel souple; la surface est rougeâtre, masquée par une teinte brune due à l'épaississement de l'épiderme corné; elle est terne, un peu rugueuse avec une multitude de dépressions punctiformes correspondant aux orifices pilaires. Toute la surface de ces plaques est couverte d'un duvet fin plus développé que normalement.

La bordure est marquée par un liséré rougeâtre large de 2 ou 3 millimètres qui se dégrade vers les parties saines. Sur la tempe gauche une plaque analogue de 3 centimètres encore isolée. Il y avait sur la tempe droite une plaque symétrique mais qui est maintenant fusionnée avec celle de la joue. Tout le nez est occupé par une plaque qui arrive presque au contact des plaques des joues; la peau est légèrement rougeâtre sans infiltration, mais l'épiderme qui la recouvre est un peu épaissi, brunâtre; le grain normal est remplacé par un état terne, avec une infinité de dépressions folliculaires visibles seulement à la loupe. Il n'y a pas pour le moment d'hyperkératose manifeste, mais elle a existé les hivers précédents et se reproduira probablement dans le cours de l'hiver présent.

Le menton et les régions sus et sous-hyoidiennes sont couverts de macules rouge terne irrégulières, bien limitées, sans saillies, de teinte variable, parfois beaucoup plus rouges, parfois disparaissant complètement; elles donnent au toucher une sensation de sécheresse et de rudesse très différente du satiné des parties saines. Ces macules rouges sont apparues depuis un an. Le pavillon de l'oreille, de chaque côté, est presque tout entier envahi, la peau est rougeâtre, de teinte variable, car elle est devenue manifestement plus rouge au cours de l'examen, elle est souple mais recouverte d'un épiderme corné brunâtre, fendillé, desquamant difficilement en petites lamelles et formant au niveau des lobules une hyperkératose plus accentuée en pavé de petits blocs. Sur toute l'oreille le duvet est un peu plus accusé que normalement. Au niveau de la perforation du lobule l'hyperkératose est plus accusée et atteint 1 millimètre d'épaisseur. A la face postérieure du lobule droit est une chéloïde du volume d'un petit pois et consécutive au percement de l'oreille.

Membre supérieur. — Une plaque à chaque olécrâne et une grande plaque occupant la main et la moitié inférieure de l'avant-bras de chaque côté.

Sur l'olécrâne de chaque côté est une plaque ovale de 5 centimètres, bien limitée, vaguement saillante, parfaitement souple, de teinte brunâtre, due à l'épaississement de l'épiderme corné qui se détache en lambeaux épais, souples, nacrés et à structure finement gaufrée; au-dessous de ces squames, la peau offre une surface grenue produite par une multitude

de petites saillies papillaires qu'on ne distingue qu'à la loupe, mais le quadrillage de la peau normale est à peu près aboli.

Sur l'avant-bras et le poignet la grande plaque qui couvre la main comme un gant est nettement limitée supérieurement en bracelet irrégulier. La peau est bistrée avec des macules rouges irrégulières mais bien circonscrites. La peau est épaissie et se laisse moins bien plisser que normalement; elle est sèche et rugueuse au toucher, couverte d'un duvet blond, fin, long et très abondant. L'épiderme épaissi desquame en petites lamelles souples; les plis de flexion sont conservés, mais l'examen à la loupe montre un gaufrage papillaire très fin et très abondant, la desquamation fine et modérée maintenant devient très abondante et épaisse, si les soins de toilette sont négligés quelques jours. La main est dans son ensemble gonflée, épaissie, les doigts boudinés, et ce qui est très frappant, c'est que le gonflement porte plutôt sur la face palmaire que sur la face dorsale. La paume est épaissie, comme bombée, donnant une sensation de résistance pâteuse; les grands plis de flexion sont seuls marqués; elle a une teinte jaunâtre due à un énorme épaississement de l'épiderme corné qui est souple, humide, uni sans aucune desquamation, si ce n'est un peu au talon de la main, sans aucune crevasse et laissant nettement voir la série régulière des crêtes papillaires. Sur le dos de la main, rougeur terne générale avec état grenu papillaire très fin et très accusé bien que visible seulement à la loupe; les plis normaux sont diminués de nombre, seuls les grands plis persistent. La peau est épaissie dans son ensemble et, quoique souple, se laisse difficilement plisser; la desquamation est extrêmement faible, et se marque par la blancheur des plis et quelques fines lamelles collodionnées.

Les doigts sont gros et boudinés, présentant sur la face dorsale et sur la face palmaire les caractères précédemment décrits aux faces palmaire et dorsale de la main.

Les ongles très courts et de plus rongés, ont 2 à 3 millimètres de long sur 9 à 10 de large; ils sont recouverts en grande partie par un très large repli épidermique sus-unguéal. Pas d'hypertrichose sur la main ou les doigts. Hyperhidrose très manifeste dans les paumes.

Membres inférieurs. — Sur les fesses et à la partie postérieure des cuisses est une douzaine de grandes plaques de 2 à 15 centimètres et se correspondant d'un côté à l'autre avec une certaine symétrie, toutes très irrégulières et contournées, parfaitement bien limitées et constituées par une hyperkératose brune se détachant en lambeaux assez épais, accompagnés d'une légère hypertrichose et reposant sur une peau souple et très légèrement épaissie. Ces plaques sont généralement d'une teinte rougeâtre et terne, mais parfois maculées de taches franchement rouges, irrégulières, bien limitées, souvent anguleuses ou avec des contours concaves; elles sont parfois bordées d'un liséré rouge. On voit en outre, çà et là sur la peau, saine des taches anguleuses rougeâtres s'effaçant à la pression, passagères et qui marquent le début des plaques hyperkératosiques. Sur toutes ces plaques la loupe montre encore l'état grenu papillaire déjà signalé.

Au-devant de chaque genou une grande plaque de 15 centimètres sur 7 ou 8, irrégulière, bien limitée et analogue aux précédentes

Les deux extrémités inférieures sont occupées par une vaste plaque qui occupe comme une chaussette le pied, le cou-de-pied et remonte en avant jusqu'au tiers inférieur de la jambe et en arrière presque jusqu'au jarret. La région malade est très nettement limitée, rougeâtre, parfois maculée de rouge vif ou complètement rouge. Actuellement elle est plutôt d'une teinte bistre due à un épaissement considérable de la couche cornée qui est brunâtre, rouge, desquamant très peu en ce moment, mais parfois encore plus épaisse et divisée en petits blocs, surtout si les soins de toilette sont négligés quelques jours. On y retrouve partout le même état grenu et une certaine hypertrichose. Au-dessus de la malléole interne, un flot de peau saine, déprimé par rapport aux parties malades, tranche nettement sur elles par sa blancheur, sa finesse et son satiné. Le pied présente des altérations correspondant exactement à celles de la main, mais le gonflement y est moins frappant. Les ongles sont normaux; l'hyperkératose générale est la même avec desquamation très modérée, presque nulle à la plante, mais parfois assez accusée ainsi que sur le dos du pied. Hyperhidrose constante.

Toutes les plaques sont un peu douloureuses spontanément et à la pression ou sous l'influence du froid, la malade y éprouve alors une sensation de brûlure. La marche est un peu gênée par la sensibilité des plantes à la pression.

En résumé, la maladie, qui date de la première enfance, a été lentement et constamment progressive. La lésion débute par de l'érythème survenant sous forme de macules rouges bien limitées, sans infiltration ni saillie et de forme bizarre, jamais arrondies, mais toujours anguleuses ou limitées par des festons concaves. Ces macules sont passagères, durent quelques heures et reparaissent spontanément ou sous l'influence du froid, de la chaleur, des irritations mécaniques ou chimiques. Elles se reproduisent aux mêmes endroits, mais non toujours avec la même forme ou la même dimension. Elles amènent au bout d'un certain temps des altérations fixes : la peau prend une teinte brunâtre à peine visible au début; elle perd son grain normal dû aux plis de flexion; elle devient plus dure et plus âpre au toucher et finalement la couche cornée devient manifestement épaisse.

Les placards d'hyperkératose ont une forme assez régulière, sont multiples, ils occupent la face et les membres et enveloppent entièrement les mains et les pieds. Ils ont des contours arrondis; ils ont souvent une bordure érythémateuse aux dépens de laquelle ils s'étendent et il y apparaît souvent des molécules rouges anguleuses et passagères identiques à celles qui sur la peau saine ont précédé l'hyperkératose. Elles sont couvertes d'un enduit squameux, épais, brunâtre qui se détache en lambeaux épais et parfois assez étendus et les soins de toilette minutieux ne parviennent pas à le faire disparaître complètement. Sur les paumes et les plantes la couche cornée plus compacte et résistante prend une épaisseur considérable et ne desquame qu'en lamelles minces et souples. Ces placards sont durs et rugueux au toucher, ils font une légère saillie, mais une palpation attentive montre qu'il n'y a pas d'infiltration profonde, que l'induration est entièrement due aux lésions superficielles et épidermiques et qu'il en est peut-être de même de la saillie. Les plis cutanés sont en grande partie abolis, seuls les plus grands persistent. Sur les placards bien développés on

voit un état grenu qui n'est bien discernable qu'à la loupe et qui est dû à une papillomatose extraordinairement fine et abondante et une légère dilatation des orifices folliculaires occupés par un bouchon corné.

Sur toutes les plaques hyperkératosiques, il y a un certain degré d'hypertrichose, il y a un duvet très abondant, fin et beaucoup plus long que sur les parties saines, bien que la petite malade soit d'une façon générale assez velue. Les sueurs normales sur le reste du corps sont exagérées aux paumes et aux plantes qui sont constamment humides.

Il y a un peu de sensibilité à la pression sur toutes les plaques quand elles sont excitées et érythémateuses.

Il a été excisé à la partie antérieure de la jambe un fragment de peau comprenant d'un côté une portion d'un placard franchement hyperkératosique et d'autre part une plaque érythémateuse contiguë, sans hyperkératose appréciable. La plaie de la biopsie s'est fermée par première intention et a cependant donné lieu à une cicatrice dure et saillante.

La pièce a été fixée par l'alcool, incluse dans la paraffine et colorée par les méthodes les plus variées.

Dans la partie hyperkératosique l'épiderme est épaissi dans toutes ses parties; les saillies papillaires sont très nombreuses, de sorte que la limite de l'épiderme et du derme présente une ligne très onduleuse et très accidentée. Il n'y a à aucun endroit de ligne droite: les papilles et les enfoncements interpapillaires se succèdent sans interruption et avec une valeur égale; leur hauteur est égale à l'épaisseur de l'épiderme. Ces ondulations se traduisent jusqu'à la surface de la couche épineuse et même de la couche cornée. La couche génératrice est bien accusée avec des cellules en palissade très longues, ce qui donne à cette couche une épaisseur très notable. La couche épineuse est épaissie, mais ses cellules ont un protoplasma très dense, très granuleux et fortement coloré, elles sont petites et tassées, de sorte que l'hyperplasie de la couche épineuse est plus grande en réalité que ne l'indique son épaisseur pourtant double de la normale. La couche granuleuse est extrêmement développée; il y a 6 ou 8 rangées de cellules toutes très chargées de granulations de kératohyaline. Enfin la couche cornée atteint un demi-millimètre d'épaisseur: elle est formée de cellules lamelleuses, toutes dépourvues de noyaux, mais formant une couche feuilletée peu compacte avec de nombreuses lacunes, contenant des amas de granulations.

Dans le derme, les altérations sont à peu près nulles. Le réseau élastique un peu grêle et clairsemé est partout conservé. Le tissu fibreux du derme proprement dit est normal. La limite du derme et de l'épiderme est parfaitement nette et fortement sinuose. Le derme, en général, ne contient pas plus de cellules que normalement et les follicules et les glandes sont normaux. On peut seulement remarquer que, dans la couche vasculaire sous-papillaire, les vaisseaux sont entourés d'une gaine de cellules plus accusée. Ce sont des cellules lymphoïdes à un seul noyau ovalaire, petits bien coloré, à protoplasma rare et clair. Absence complète de cellules plasmatiques ou de mastzellen. Les vaisseaux ou les espaces lymphatiques ne sont pas dilatés.

Dans la partie de la coupe qui correspond à la plaque simplement érythémateuse on trouve les mêmes altérations, mais à l'état d'ébauche. On trouve encore les plis normaux de la peau qui ont complètement disparu dans la zone précédente. La limite dermo-épidermique est finement onduleuse ; ces ondulations sont aussi nombreuses et rapprochées que les papilles de la zone précédente, mais sont moins accusées. L'épiderme est également moins épais dans toutes ses parties, la couche cornée n'est guère que le tiers ou le quart de ce qu'elle est dans la zone hyperkératosique. Toutes les couches, quoique bien plus épaisses que normalement, sont cependant loin d'atteindre l'épaisseur signalée dans la première partie de la coupe. Le derme paraît tout à fait normal.

Les altérations histologiques correspondent donc exactement aux lésions cliniques, sauf en ce qui concerne l'érythème qui n'est pas appréciable sur les préparations microscopiques. Il y a une hyperacanthose pure, avec hyperplasie de l'épiderme entier qui a naturellement son origine dans les couches vivantes et proliférantes. Le derme est tout à fait normal, seule la couche papillaire est un peu altérée, non dans sa structure, mais dans sa forme, ce sont des altérations purement passives et causées par l'hyperplasie épidermique. Celle-ci se traduit par l'augmentation d'épaisseur de toutes ses couches et notamment de la couche cornée, et aussi par le bourgeonnement dans la profondeur. Ce bourgeonnement produit la papillomatose, qui est le résultat de l'activité, non pas du derme, mais de l'épiderme, ainsi que l'ont soutenu Auspitz, Unna et moi-même, pour expliquer la production des papilles normales et anatomiques de la peau et des papilles pathologiques de la verrue vulgaire.

Deuxième note sur un cas de lichen plan en une plaque unique à progression excentrique.

Par MM. HALLOPEAU et TEISSIERE.

Des doutes ont été émis dans la dernière séance relativement au diagnostic de lichen plan circonscrit porté par nous chez ce malade; M. Sabouraud qui a pratiqué une biopsie, se prononce pour la négative. Nous n'avons pas eu connaissance jusqu'ici des faits qui l'ont amené à cette négation, mais nous tenons à déclarer dès à présent que, quelles que soient les observations histologiques, nous maintenons ferme, de par la clinique, le diagnostic de lichen de Wilson. Nous avons suivi, en effet, le malade depuis le mois dernier et constamment nous avons constaté dans la zone d'envahissement de la plaque qui continue à s'étendre, des papules lisses, brillantes, polygonales que nous considérons comme caractéristiques de cette maladie.

Le critérium qui a permis d'établir le genre lichen a été purement clinique : ni Erasmus Wilson, ni Vidal, n'ont fait intervenir l'anatomopathologie lorsqu'ils ont établi l'existence, celui-là du lichen plan,

www.libtool.com.cn

celui-ci du lichen circonscrit, et il en sera sans doute ainsi tant que l'on n'aura pas découvert les agents pathogènes de ces dermatoses.

La plaque atteignait, il y a huit jours, 23 centimètres verticalement sur 13 transversalement; on n'y trouve pas de trichophytions ni d'autres parasites; le traitement iodé a été inefficace.

Ces faits sont des arguments en faveur de la nature parasitaire de cette maladie, bien que le microbe n'ait pas été encore déterminé.

La note ci-jointe que M. Sabouraud va vous communiquer à l'instant ne nous paraît pas de nature à modifier nos conclusions.

M. BROCO. — Si nous avons fait à la dernière séance quelques réserves sur le diagnostic de ce malade, c'est qu'il nous a paru un peu insolite d'aspect bien qu'il y ait des éléments éruptifs qui ressemblent aux papules aplaties minuscules du lichen plan. Nous pensions qu'on n'était autorisé à porter ce diagnostic d'une manière ferme qu'autant que l'examen histologique l'aurait confirmé. Au point de vue clinique ce cas est en effet difficile à déterminer; on pourrait à la rigueur l'interpréter comme une dermatose ayant l'aspect du lichen, parce qu'elle est secondairement lichénifiée; mais tout cela ne nous satisfait pas beaucoup, et nous avouons ne pouvoir nous prononcer d'une manière ferme.

M. SABOURAUD. — La biopsie montre une lésion n'ayant pas les caractères du lichen plan. Elle comporte une infiltration dermique de cellules jeunes par *petits paquets* à centre vasculaire, et non pas un infiltrat unique sous-tendant toute la lésion.

Il y a hyperacanthose et épaissement épidermique des bourgeons interpapillaires, ce qui est le contraire de la transformation que ces mêmes bourgeons présentent dans le lichen plan où ils sont effilés en ogive et disparaissent. En outre, il y a effusion leucocytaire à travers l'épiderme, et hyperkératose.

Si donc on résume les caractères de cette lésion, ils la rapprochent des infections épidermiques chroniques bénignes : pityriasis à squames grasses, trichophyties épidermiques, érythrasma, etc. et l'éloignent du lichen plan dont ils ne présentent ni l'infiltrat sous-jacent à la lésion et comme tiré au cordeau, ni l'effilure et la disparition des bourgeons épidermiques interpapillaires.

Je ne parle pas des caractères encore moins connus ou considérés comme moins absolus dans le lichen plan, à savoir les cellules géantes et les décollements interdermo-épidermiques dont la lésion examinée ne montre nulle trace.

M. HALLOPRAU. — Les résultats que vient de nous faire connaître M. Sabouraud ne sont nullement contradictoires avec le diagnostic de lichen plan. On sait combien cette dermatose varie d'aspect dans ses caractères cliniques, depuis sa forme érythrodermique jusqu'aux variétés désignées par les noms de lichen plan, acuminé, corné, verruqueux, scléreux, moniliforme, etc. Les variétés histologiques ne sont pas moins nombreuses. Parmi celles qui

ont été discutées, il en est qui se rapportent précisément à la description de M. Sabouraud : consultez en effet, à cet égard, le remarquable article de Riecke dans le traité en cours de publication de Mracek, vous y verrez que dans cette maladie, d'après plusieurs auteurs, l'altération initiale est une infiltration périvasculaire de cellules et non un infiltrat unique sous-tendant toute la lésion, que l'on y a trouvé dans de jeunes papules des prolongements hypertrophiques interpapillaires, qu'il s'y ajoute souvent une émigration de cellules lymphoïdes dans l'épiderme et enfin que la couche cornée peut y présenter une consistance anormale. Nous concluons de ces faits que les lésions observées par M. Sabouraud sont toutes en faveur d'un lichen de Wilson.

Pour ce qui est d'une lichénification secondaire, je ne puis l'admettre, car j'ai pu m'assurer, par des examens réitérés, que la lésion initiale est une papule typique.

Sur une perforation syphilitique en dentelures de la voûte palatine.

Par MM. HALLOPEAU et KRANTZ.

C'est sur l'aspect dentelé de la lésion gutturale que nous désirions appeler l'attention; la luette est accolée au pilier antérieur; de petites bandelettes larges d'un millimètre environ s'étendent du bord gauche de cet organe au pilier postérieur droit, on en compte trois : les deux plus élevées se dirigent presque horizontalement ; la troisième est oblique et se bifurque en forme d'Y; ainsi se trouvent circonscrits trois orifices, les deux supérieurs ovalaires, l'inférieur triangulaire, les premiers atteignent 7 millimètres de diamètre.

Sur une déformation en entonnoir de la paroi thoracique antérieure.

Par MM. HALLOPEAU et TEISSIERE.

Le nommé Léon D..., 47 ans, boucher, présente une déformation profonde du thorax. Le sternum, au niveau de l'angle de Louis, s'infléchit rapidement en bas et en arrière, entraînant avec lui la partie antérieure des côtes, depuis la deuxième jusqu'à la neuvième; il en résulte une dépression en entonnoir d'une profondeur de 8 centimètres, complétée en avant et en bas par la saillie que font les dernières côtes sous la peau. Les rapports du cœur avec la paroi sont très modifiés : la *pointe* bat dans la ligne axillaire à 18 centimètres au-dessus du sommet de l'aisselle, au niveau du huitième espace intercostal. L'orifice aortique (d'après l'auscultation) paraît correspondre au troisième espace intercostal gauche. Le foie n'est pas abaissé. L'expansion thoracique est égale des deux côtés et paraît normale. Les échanges respiratoires sont suffisants, le malade n'accusant, ni oppression, ni palpitations. Il n'y a pas d'autres signes de rachitisme ; il est intéressant de voir une déformation aussi considérable ne provoquer aucun trouble dans les fonctions du cœur ni des poumons.

M. A. FOURNIER. — Chez plusieurs malades de cet ordre que j'ai eu l'occasion d'examiner, j'ai trouvé l'hérido-syphilis nettement accentuée. Il est important de chercher si d'autres causes peuvent être l'occasion de cette malformation.

Ce cas est une preuve nouvelle de la multiplicité des symptômes de l'hérido-syphilis. Je n'ai pas trouvé la mention de cette anomalie dans des livres d'anatomie descriptive.

M. EDMOND FOURNIER. — J'ai eu, à différentes reprises, l'occasion d'observer de semblables malformations thoraciques, et toujours je les ai observées chez des individus notoirement entachés d'hérédité syphilitique.

J'ai cité dans ma thèse trois observations que je dois à l'obligeance du D^r Legrain.

Elles sont relatives à des Arabes porteurs de stigmates de syphilis héréditaire et pour l'un d'eux au moins de lésions de syphilis en nature, et qui, tous trois, présentaient cette curieuse malformation du thorax en entonnoir.

Depuis lors, j'ai pu recueillir une dizaine de cas semblables ; je n'en ai que trois présents à la mémoire.

Le premier, relatif à un malade affecté d'une splénomégalie volumineuse avec une formule sanguine qui, d'après des hématologistes comme Bensaude et Dominici, ne devait pas permettre au malade une survie de plus de trois ou quatre mois. Or, chez ce malade, une malformation du thorax fit soupçonner une hérédité syphilitique possible et ce stigmate joint à deux ou trois autres, m'autorisa à instituer un traitement spécifique intensif ; et cela presque à l'encontre des maîtres éminents que j'avais appelés au chevet du dit malade.

Il y a de cela près de quatre ans et, sous l'influence du traitement, au moins je l'imagine, non seulement le pronostic fatal qui avait été formulé ne s'est pas réalisé, mais le malade est aujourd'hui plein de vie et de santé.

Chez deux autres malades dont je pourrais vous relater encore l'observation, qui tous deux sont des hérido-syphilitiques certains, et dont je puis vous montrer seulement aujourd'hui les photographies, vous voyez que semblable malformation du thorax en entonnoir existe.

Voilà donc six observations certaines de cette curieuse malformation existant chez des hérido-syphilitiques, observations qui semblent autoriser à regarder cette malformation comme un des stigmates éventuels de la syphilis héréditaire.

Cas de diagnostic de cicatrices syphilitiques probables.

Par MM. HALLOPEAU, LAFFITTE et KRANTZ.

Les cicatrices multiples que présente ce malade sont d'un diagnostic difficile et des avis opposés ont été émis par plusieurs de nos collègues des plus compétents.

Nous résumerons ainsi qu'il suit l'histoire du malade : Tr., âgé de 34 ans ; père et mère morts tuberculeux ; depuis l'âge de 15 ans, il a servi en qualité de cuisinier à bord de paquebots, et il a fait vingt traversées aux

Antilles et au Mexique; en mai 1904, il a eu une ulcération douloureuse de la paupière inférieure gauche, suivie d'une ulcération de la conjonctive, puis d'une cataracte; en même temps, il a ressenti pendant trois mois une douleur dans le fond de la gorge; elle paraît avoir cédé à un traitement ioduré.

En mai 1903, après quelques jours de fièvre, apparaît une éruption de saillies atteignant les dimensions d'œufs de pigeon, larges, dures, prurigineuses; on en compte une quinzaine; elles sont disséminées sur les membres et le tronc; elles s'agrandissent, puis s'ulcèrent; le malade rentre en France: une nouvelle masse se développe sur la ligne axillaire; elle est d'aspect corné; elle s'ulcère ultérieurement comme l'avaient fait les précédentes.

Considéré alors comme syphilitique, Tr. est traité successivement par des injections et des pilules mercurielles ainsi que par l'iodure de potassium dont il a ingéré jusqu'à 10 grammes par jour.

Malgré ce traitement intensif poursuivi pendant plusieurs mois, les ulcérations persistent.

Tr... entre en juin 1904 dans le service de M. Queyrat; notre collègue porte le diagnostic de tuberculose cutanée; il prescrit un traitement par le sirop de raifort iodé ainsi que par le glycéro-phosphate de chaux, en même temps que par l'application locale d'emplâtres de Vigo; en vingt jours, la cicatrisation est complète; actuellement il n'y a plus que des cicatrices qui, toutes, offrent des caractères semblables et insolites: arrondies ou ovalaires, elles atteignent jusqu'à dix centimètres de diamètre; elles sont pour la plupart entourées d'un bourrelet circulaire de consistance ferme et de coloration violacée; on voit à sa périphérie une zone pigmentée pâle; l'aire qu'il circonscrit est, tantôt d'un brun pâle, tantôt presque entièrement décolorée; l'épiderme y est très finement plissé; elle est cloisonnée, dans plusieurs des cicatrices, par des saillies rouges, analogues au bourrelet périphérique; il semble s'agir de lésions confluentes; dans plusieurs cicatrices ce bourrelet est très incomplet et indiqué seulement par quelques saillies isolées; d'autres cicatrices enfin sont tout à fait planes, mais dans l'une d'elles, on voit, près de la périphérie, un anneau plus pigmenté représentant le bourrelet affaissé; la sensibilité est partout intacte.

Le malade vient d'éprouver à nouveau de violentes douleurs gutturales; elles ont abouti à l'expulsion de matières sanguinolentes et visqueuses, filantes. L'examen du pharynx donne actuellement des résultats négatifs. Du côté de l'œil gauche, il persiste une synéchie avec cataracte. Le malade assure qu'un médecin du Havre l'a guéri en six semaines d'une iritis par l'iodure. L'épididyme droit est légèrement induré, depuis des blennorrhagies multiples.

La palpation du rebord du gland nous donne la sensation d'une induration partielle.

L'examen histologique, qu'a bien voulu pratiquer M. Sabouraud après biopsie, n'a montré qu'un épais tissu de sclérose semblable à celui des cicatrices chéloïdiennes.

Comment doit-on interpréter l'ensemble de ces altérations? Six hypothèses ont été formulées: ce sont celles d'une tuberculose, d'une

lèpre, d'une syphilis, de boutons des pays chauds, d'une maladie tropicale inconnue, et d'une farcinose.

Nous objecterons, à celle d'une lèpre, l'absence complète de troubles de la sensibilité et la cicatrisation si rapide de larges ulcérations, ainsi que la guérison complète des lésions cutanées alors qu'il persiste des accidents pharyngés et oculaires; cette guérison rapide et complète ne nous paraît non plus compatible avec l'idée d'une farcinose non plus que d'une tuberculose: on ne voit pas des tuberculides ulcéreuses de dix centimètres de diamètre disparaître en vingt jours de traitement par l'emplâtre de Vigo: les caractères de l'altération oculaire et l'absence d'adénopathies la contredisent aussi. Le noyau épидидymaire s'explique par les blennorrhagies antérieures.

La coïncidence des altérations oculaires et pharyngées suffit également à éliminer la possibilité d'ulcères des pays chauds.

C'est donc vers l'idée d'une maladie tropicale inconnue que nous devrions incliner, si l'exclusion d'une syphilis possible s'imposait. Or, les localisations à la fois cutanées, oculaires et pharyngées s'observent dans cette maladie. Les bourrelets cicatriciels représentent les zones d'expansion de chaque processus local. La principale objection provient de l'impuissance du traitement général; elle ne paraît pas avoir été absolue, car le malade rapporte à cette médication la guérison des manifestations oculaires et pharyngées et, d'autre part, c'est l'application locale d'une préparation mercurielle qui paraît avoir été l'agent essentiel de cette guérison si rapide des ulcérations dans le service de M. Queyrat. (Nous avons signalé des faits dans lesquels le traitement spécifique local a amené rapidement la guérison de syphilomes qui résistaient depuis des mois au traitement général). Enfin, si nos sensations ne nous trompent pas, il persiste une induration dans une partie du gland.

Par ces diverses considérations, et aussi par suite de l'impossibilité où nous nous trouvons de formuler un autre diagnostic, nous considérons comme au moins très vraisemblable l'existence chez ce malade d'une syphilis à évolution anormale.

M. DARIER. — Je vois sur la biopsie de ces lésions un tissu de cicatrice et du tissu chéloïdien. Cliniquement je n'aurais pas hésité à faire le diagnostic de syphilis ulcéreuse à cicatrices chéloïdiennes.

M. SABOURAUD. — Il serait indispensable de voir les coupes de la biopsie qu'on a faite au début de cette évolution morbide. On aurait fait, paraît-il, sur ces coupes le diagnostic de tuberculose?

M. BARTHÉLEMY. — Il faut bien savoir que la tuberculose ne fait pas seule de chéloïde; que la syphilis fait, elle aussi, parfois, de véritable chéloïde dans les cicatrices qu'elle laisse. De ce qu'on voit des chéloïdes, il n'y a donc

pas de raison de conclure d'emblée à la tuberculose. J'ajoute qu'ici les groupes éruptifs du jarret, constitués par des tubercules isolés les uns des autres, mais groupés d'une manière circonscrite ou hémicirculée, plusieurs cercles étant même concentriques, il est permis de conclure à la syphilis plutôt qu'à la tuberculose ou qu'à la lèpre. La pigmentation de certains éléments, la coloration de certains autres, la disposition hémicirculée sur laquelle M. Fournier a toujours insisté avec tant de raison, symptômes que l'on retrouve même sur les placards du dos, militent également en faveur du diagnostic « syphilis ».

M. BALZER. — On peut deviner la nature et l'évolution de la syphilis à l'aspect des lésions cicatricielles.

M. A. FOURNIER. — Je crois que l'opinion générale est qu'il s'agit ici de syphilis.

Sur un eczéma œdémateux circonscrit de la région frontale.

Par MM. HALLOPEAU et KRANTZ.

En approchant cette malade, on est frappé par la présence, au milieu de son front, d'une saillie médiane, rouge, d'aspect grenu, nettement limitée de chaque côté par une dépression; il y a également de la rougeur avec tuméfaction des régions pariétales et des joues: il s'agit d'un eczéma chronique; ce qui donne lieu à la saillie médiane du front n'est autre que la présence, de chaque côté, d'un sillon obliquement dirigé de haut en bas et de dedans en dehors en forme de courbe: ces dépressions correspondant aux insertions du sourcilier existent normalement chez beaucoup de sujets, mais elles sont notablement plus prononcées chez cette femme, d'où cet aspect insolite de la région simulant au premier abord une néoplasie.

Deuxième note sur un cas de lichen plan cutané et lingual en voie de guérison par les applications de permanganate de potasse.

Par M. HALLOPEAU.

Les altérations linguales, d'ordinaire si rebelles, n'ont pas reparu et l'éruption des mains a en grande partie rétrogradé: toutes les papules se sont affaissées; il n'en reste d'appréciable qu'un très petit groupe, il n'y a plus à invoquer aujourd'hui la possibilité d'une illusion d'optique due au gonflement qu'auraient provoqué les topiques, car la malade vient d'interrompre pendant quinze jours son traitement. C'est donc un nouveau fait à l'actif du permanganate de potasse.

M. JACQUET. — Je crois que l'on peut obtenir des résultats plus favorables par d'autres méthodes et qu'en particulier, la méthode d'hydrothérapie *siede* telle que je l'ai établie, peut les fournir.

M. DARIER. — J'ai employé sans résultat avantageux le permanganate de potasse dans un cas de lichen plan buccal.

Deuxième note sur une nouvelle espèce de dermatite vésiculeuse infantile à progression excentrique.

Par MM. HALLOPEAU et KRANTZ.

Nous avons continué à suivre le jeune R... régulièrement, jusqu'à la fin de l'évolution de sa dermatose ; son caractère le plus remarquable a été son grand développement excentrique qui a reculé graduellement et progressivement ses limites, sur la partie antérieure du tronc jusqu'à près de dix centimètres au-dessus des mamelons, en arrière à la région lombaire, en bas aux jambes. Pendant toute sa durée, il y a eu contraste entre les éléments anciens, en voie de régression, représentés successivement par des papules de couleur, d'abord rouge sombre, puis de plus en plus pâles et par de simples macules et les éléments jeunes formant au pourtour de la grande plaque éruptive une zone qui a atteint huit centimètres de rayon : ces derniers étaient constitués comme précédemment par des vésicules, les unes développées dans la peau saine, les autres entourées d'une aréole érythémateuse, saillante ou non. Leur contenu, d'abord citrin, s'est troublé rapidement sans devenir franchement purulent. Comme précédemment, un certain nombre d'entre elles se sont ombiliquées. Contrairement à ce que nous avons observé dans les régions inguinales, ces nouvelles vésicules sont restées discrètes. Au visage, les lésions, devenues croûteuses, se sont peu à peu desséchées ; elles ne sont plus représentées aujourd'hui que par de simples macules.

Partout, l'évolution a été constamment la même : apparition de nouvelles vésicules dans une région de plus en plus excentrique, régression des éléments développés antérieurement. L'éruption est presque partout éteinte ; cependant, on voit encore, au-dessus de l'épigastre ainsi que sur les jambes, de jeunes vésicules. Les macules représentant les éléments primitifs pâlissent de plus en plus ; le derme est souvent légèrement plissé, à leur niveau ; leur partie centrale est souvent plus colorée et légèrement déprimé.

Cette marche, si régulièrement et progressivement excentrique, sous forme de vésicules discrètes, ombiliquées, persistantes, envahissant successivement la plus grande partie du tronc et des membres, sépare nettement cette dermatose des syphiloïdes érosives de M. Jacquet et nous ne connaissons pas de dermatose dans laquelle elle ait été signalée avec ces caractères : il s'agit donc là d'une espèce morbide nouvelle dont les traits essentiels peuvent être résumés ainsi qu'il suit : *apparition dans la région abdomino-génitale, de*

vésicules qui augmentent progressivement de volume, ombilication d'une partie d'entre elles, aspect papuleux et lenticulaire de la plupart, affaissement consécutif et transformation de ces vésicules, après état lichénoïde, en de simples macules pâles et légèrement déprimées dans leur partie centrale, leur extension progressive au thorax, à la région lombaire et aux membres inférieurs, les premières rétrocedant en même temps que de nouvelles se développent. Au visage, la plupart des boutons sont devenus le siège de croûtes minces, brunâtres. *Constamment, on a eu sous les yeux le contraste des jeunes éléments en activité de la périphérie et des éléments plus anciens en voie de régression. L'aire primitivement envahie s'est montrée en état d'immunité contre de nouvelles inoculations. La santé générale est restée indemne.*

Les résultats des inoculations à un cobaye ont été négatifs.

La marche progressivement excentrique de cette dermatose ne peut éveiller de doute relativement à sa nature parasitaire; son microbe pathogène n'a pu être déterminé.

Épithélioma cutané guéri par la radiothérapie.

Par MM. GAUCHER, LACAPÈRE et DELHERM.

Bien que le nombre des épithéliomas cutanés guéris par la radiothérapie soit aujourd'hui considérable, il ne nous a pas paru sans intérêt de présenter à la Société le cas de M. B... guéri, par cette méthode, d'un épithélioma de la région temporale. Ce malade a, en effet, essayé de différentes méthodes thérapeutiques, restées toutes sans effet, avant de s'adresser à la radiothérapie.

C'est du mois de décembre 1903 que date l'apparition de la tumeur. A cette époque, B... constata, au niveau de la queue du sourcil gauche, la présence d'un bouton qui grossit rapidement jusqu'à présenter le volume d'un très gros pois. Le diagnostic d'épithélioma fut alors posé, et la tumeur fut enlevée au bistouri au mois de février 1904. Elle récidivait peu de semaines après, s'accroissait rapidement et nécessitait une seconde intervention qui fut également pratiquée au bistouri le 9 avril 1904.

Une seconde récurrence se reproduisit sur la cicatrice et, le 13 mai, le malade se présentait à l'hôpital Saint-Louis, porteur d'un épithélioma papillaire hémisphérique de la région temporale gauche, affleurant la commissure palpébrale et présentant environ un centimètre de diamètre. Il n'existait aucune adénopathie satellite.

La tumeur fut détruite complètement par carbonisation au thermo-cautère; on constatait cependant quinze jours plus tard que la lésion, devenue ulcéreuse, avait tendance à s'étendre.

Malgré une série de cautérisations profondes, pratiquées de façon à détruire la totalité du néoplasme, la surface ulcérée continuait à s'agrandir.

Devant l'insuccès de cette méthode, le malade fut adressé au Dr Delherm pour être traité par les rayons X. Le Dr Delherm traita le malade par la méthode des séances courtes et rapprochées. Trois séances de radiothérapie furent pratiquées chaque semaine : L'ampoule était placée à 10 centimètres de la lésion ; l'étincelle équivalente était de 3 à 4 centimètres. La durée des quinze premières séances ne dépassa pas sept à huit minutes. Les six dernières séances furent espacées et leur durée portée à quinze minutes.

Les modifications de la lésion ne se montrèrent qu'après les six ou sept premières séances. A partir de ce moment, la régression fut rapide. Le 6 octobre 1904, l'ulcération s'était complètement cicatrisée ; dans le courant du mois, le centre de la lésion s'ulcérait de nouveau, pour s'épidermiser rapidement sous l'influence de nouvelles séances de radiothérapie.

Le 1^{er} et le 27 décembre, deux séances préventives de quinze minutes chacune étaient faites. Depuis cette époque, tout traitement a été cessé et la région est aujourd'hui presque normale ; on constate l'existence d'une cicatrice blanche et lisse, parfaitement souple et mobile sur les plans profonds.

Sclérose circinée des doigts.

Par M. CH. AUDRY.

La note récente de MM. Brocq, Lenglet et Boisseau et celle de M. W. Dubreuilh m'amène à rapporter brièvement l'observation suivante :

Une belle fille de 18 ans et demi, est amenée à la clinique par sa mère. Elle n'a point d'antécédents héréditaires ni personnels ; elle a eu beaucoup d'engelures pendant les deux dernières années, et elle en accuse son métier de blanchisseuse. La maladie actuelle a débuté pendant l'hiver dernier ; elle l'attribue à ce qu'elle lavait des linges provenant d'une clinique particulière.

L'affection a débuté sur le bord externe de l'index gauche ; après quelques semaines, elle s'est manifestée sur la même partie de l'index droit. Pendant l'été dernier, efflorescence sur le bord postéro-interne du pouce gauche. Enfin, une lésion débute actuellement sur le bord interne du médius droit. En examinant ce dernier, on voit que la maladie commence sous forme d'une petite élévation blanche, ronde, grosse comme une petite tête d'épingle, à peine saillante, enclavée dans l'épaisseur de la couche cornée, et complètement dépourvue d'inflammation. Jamais de prurit ni de douleurs.

Ces élevures se développent, deviennent un peu plus larges, un peu plus saillantes, toujours blanches ; leur consistance est dure, presque chéloidienne. Elles se multiplient, se rangeant l'une à côté de l'autre, de manière à former des dessins en cercle et en segment de cercle. La couche cornée n'est pas modifiée ; elle conserve des sillons superficiels. Il se forme ainsi trois ou quatre petits cercles incomplets de 0,015 de diamètre circonscrivant un épiderme à peu près normal. Il faut examiner la lésion développée à la base du pouce, et sur la base dorso-latérale interne pour bien en prendre connaissance ; à ce niveau, en effet, elle n'est plus recouverte et déformée par l'épaisseur de la couche cornée. Le rempart circulaire est continu ; blanc, dur, très légèrement fendillé.

L'aire centrale est un peu rouge, bleuâtre ; l'épiderme paraît lisse, légèrement parakératosique ; il a perdu sa souplesse.

Pas d'hyperhidrose ; pas d'anomalie de la sensibilité.

Il existe une verrue vulgaire typique sur le bord postéro-interne du pouce droit.

Amélioration notable, en trois semaines, par le collodion salicylé.

Si je donne ici cette observation un peu incomplète, c'est pour la rapprocher de celle dont j'ai parlé tout à l'heure. C'est aussi pour rappeler que j'ai étudié ces faits parmi les érythémato-scléroses. J'en ai déjà vu un cas, et C. Fox, W. Dubreuilh les ont antérieurement décrits ; je les ai classés sous le nom de : érythémato-scléroses circonscrites du dos des mains. Je me suis toujours demandé et je me demande encore si elles rentrent dans le même cadre que les *érythémato-scléroses disséminées à type plus ou moins angioneurotique*. Si l'on s'en tient aux lésions des doigts seuls, il apparaît que non ; car, dans ce cas, elles ont un caractère hyperkératosique d'autant plus frappant que la malade de Brocq, Lenglet et Rousseau, comme la précédente, offre une verrue véritable au voisinage des anneaux blancs. Mais si l'on observe les cercles développés sur le tégument du dos des doigts, ce caractère paraît beaucoup moins net. Quoi qu'il en soit, je crois avoir montré que cette lésion est tout à fait distincte de l'erythema elevatum et diutinum. Au reste, je renvoie à mon article afin d'éviter des redites (*Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, janvier 1904).

Psoriasis avec collerette de Bielt chez une séborrhéique et diagnostic histologique des éruptions psoriasiformes.

Par MM. GASTOU et GIMENO.

La malade que nous montrons à la Société est atteinte de psoriasis, il n'y a aucun doute sur la nature de l'éruption, mais celle-ci étant caractérisée en certains points par de petites taches psoriasiques au début, quelques-unes même ayant toutes les allures de syphilides

avec collerette de Biett, il nous a semblé intéressant au point de vue du diagnostic des psoriasis de mettre en parallèle l'étude anatomique et l'élément éruptif figuré. D'après M. Sabouraud, on rencontrerait toujours dans le psoriasis vrai de petits amas leucocytaires entre les lamelles parakératosées constituant la desquamation du psoriasis. Il donne à ce caractère histologique qu'il considère comme pathognomonique le nom d'exocytose. Si la réalité et la constance de l'exocytose sont démontrées d'une façon absolue, le diagnostic différentiel du psoriasis, avec les parapsoriasis, les séborrhéides et les syphilides desquamatives psoriasiformes, deviendra des plus faciles par la biopsie. Or il ne semble pas en être ainsi chez la malade actuelle qui est séborrhéique, de par son cuir chevelu et nettement psoriasique dans les autres parties du corps, exception faite pour une série d'éléments éruptifs qui tiennent autant cliniquement des séborrhéides que des syphilides.

L'histoire clinique de la malade est courte :

Agée de 20 ans, elle n'a jamais été malade et ne se rappelle pas qu'il y ait eu dans sa famille de maladie particulière et surtout de maladies de la peau. Elle est plutôt frêle, petite et maigre. Aucune lésion organique n'est découverte chez elle. Séborrhée intense du cuir chevelu. Elle est accouchée il y a 2 mois d'un garçon qui est bien portant et qu'elle nourrit.

L'affection actuelle remonte à un an environ. Elle s'est montrée d'emblée sur tout le corps, et la malade a sur le front des taches érythémato-squameuses qu'il est difficile de classer dans la séborrhée ou les psoriasis. L'éruption s'est faite par poussées. Les éléments les plus anciens sont épais, squameux, à écailles épaisses. Beaucoup d'entre eux sont comme eczématisés à leur surface. A côté des placards psoriasiques existent de tout petits éléments ; les uns rappellent des taches rosées lenticulaires sur lesquelles existerait une légère desquamation, les autres plus larges, de même surface que les précédents, ou doubles de largeur, ont à leur centre de petites croûtelles jaunâtres ou bien à leur périphérie une véritable collerette de Biett. L'affection est légèrement prurigineuse.

Pas de lésions unguéales, pas d'éruptions palmaires ou plantaires.

Telle est l'histoire clinique. Une biopsie a été faite dans le dos, au niveau d'un tout petit élément éruptif du début et affectant l'apparence d'une syphilide avec collerette de Biett.

Examen histologique. — L'épiderme, dans son ensemble, n'est pas épais. En deux points opposés de la surface épidermique, la couche cornée est épaisse. Cet épaississement correspond à la collerette de Biett, il est formé par des cellules épidermiques tuméfiées, gonflées, globuleuses, œdémateuses, rappelant la structure de l'épithélium pavimenteux des muqueuses dermo-épidermiques. Dans les autres points, l'épiderme est plutôt atrophié, la parakératose est très faible, on ne note en aucun point la présence de leucocytes en amas.

La région papillaire est très infiltrée par places. Autour des vaisseaux, aussi bien dans les papilles que dans le derme sous-jacent, existent des amas de cellules lymphoïdes volumineuses. Ces cellules forment même des groupes d'apparence épithélioïde.

Il n'y a pas d'altération folliculaire manifeste, les glandes sébacées sont normales, aux orifices pilo-sébacés existent des amas kératosiques volumineux.

En résumé, il n'y a dans ces lésions ni caractères de séborrhée, ni caractères de psoriasis typiques. L'infiltration semble venir de la profondeur de la peau, et fait plutôt penser à une cause provocatrice du psoriasis d'origine interne que d'origine externe. L'ensemble des lésions histologiques ne peut faire porter le diagnostic ferme de psoriasis si l'on s'en tient aux caractères donnés comme pathognomoniques par M. Sabouraud. Il y a lieu de bien spécifier dans l'étude histologique du psoriasis sur quels éléments éruptifs porte la biopsie; quel est l'aspect, l'ancienneté du placard biopsé; quelles en ont été l'évolution et les conditions de développement: terrain séborrhéique, pygène, eczémateux.

Tuberculose papillomateuse du doigt chez un cordonnier bronchitique ancien et à répétition, atteint de micro-polyadénopathies diffuses.

Par MM. GASTOU et GINERO.

Le nommé X... est âgé d'une trentaine d'années, il est cordonnier et s'est aperçu il y a deux ans environ qu'il lui était venu, à la suite d'une blessure avec son tranchet, une petite saillie sur la face externe de la phalange de l'index droit. Bientôt cette saillie s'est développée, étalée, a bourgeonné, s'est étendue et a gagné le métacarpien voisin. Le développement s'est fait sans douleurs, sans gêne au début, puis, plus tard, le mal s'étant épaissi, a entraîné de la difficulté dans le travail.

Aujourd'hui la phalange et le métacarpe à leur face externe et dorsale, sont recouverts de masses grisâtres, saillantes, végétantes, cornées d'aspect. Sur la face palmaire du pouce, dans la paume de la main, existent également des végétations analogues mais isolées.

Sur l'éminence thénar on voit des callosités épidermiques assez volumineuses.

En palpant la région axillaire droite, on sent plusieurs ganglions volumineux. Dans les autres régions on sent, au contraire, de tout petits ganglions roulant sous l'extrémité des doigts.

Le malade est pâle, il ne se plaint ni de tousser, ni de cracher, mais il raconte qu'étant au régiment, il a contracté une bronchite, dont il n'a jamais pu se débarrasser complètement et qui revient tous les ans. Il ne présente rien à l'auscultation, tous ses organes fonctionnent régulièrement.

Il n'a aucune ~~hérédité bacillaire, rien~~ dans son histoire n'est en rapport avec une contamination bacillaire.

L'examen histologique démontre cependant nettement le caractère tuberculeux de ce papillome végétant, sans toutefois qu'on puisse déceler le bacille de Koch dans les coupes.

Examen histologique. — L'ensemble des coupes, en tant que lésion épidermique, est un papillome dans lequel seraient inclus des amas volumineux kératinisés où existe une parakératose intense. Dans les points où n'existent pas ces amas, qui siègent surtout au niveau des ostiums folliculaires, les parties superficielles de l'épiderme prennent l'apparence d'une muqueuse dermo-papillaire.

Les coupes sont parsemées de dilatations vasculaires très marquées. Tous les vaisseaux sont intéressés. Une infiltration de lymphocytes très serrée occupe les papilles et les régions dermiques sous-jacentes. L'infiltration semble s'être surtout cantonnée au niveau des lymphangites sous-papillaires et dermiques. Au milieu des amas lymphoïdes existent des cellules géantes volumineuses. Il n'y a pas de zones ou foyers de nécrose bien marqués.

Les glandes sudoripares sont bien distendues, dilatées, hypertrophiées presque, et autour d'elles, il y a des cellules géantes volumineuses. L'ensemble des altérations rappelle les lésions des tuberculoses cutanées bacillaires et des toxi-tuberculides.

Nous avons cherché à expliquer le mode de début et le développement de cette lésion. Nous n'avons trouvé aucune cause de contamination, aucune infection locale. Le malade, cordonnier, se blesse fréquemment avec ses outils, il est soumis dans les régions malades à des frottements professionnels continuels.

En présence de ces faits, nous nous demandons si on ne peut penser qu'il s'agit, dans ce cas, d'une localisation *bacillaire développée* à l'occasion du traumatisme chez un malade en puissance d'une tuberculose atténuée, latente, démontrée par les accidents broncho-pulmonaires anciens et par l'existence de la micro-polyadénopathie.

Ulcération chancriforme du nez, chez un nouveau-né, produite par une gomme tuberculeuse.

Par MM. F. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.

Simonne Per..., âgée de 4 mois, est apportée par sa mère à l'hôpital Saint-Louis, le 18 janvier 1905, pour une ulcération de l'extrémité du nez datant déjà de deux mois et demi. A cette époque, au dire de la mère, est apparu sur ce point du nez un bouton imperceptible qui s'est agrandi peu à peu, a blanchi, s'est ramolli, puis s'est ouvert. La matière puriforme, jaune verdâtre, s'est aussitôt concrétée en croûtes recouvrant les lésions.

L'enfant portait fréquemment ses mains à sa figure, et écorchait la lésion. Le mal s'étendait ainsi peu à peu, malgré les soins donnés. Le traitement a consisté en applications de vaseline et plus tard d'une poudre dont la mère ne se rappelle plus le nom.

L'enfant n'a jamais eu aucune autre affection ni éruption. La mère n'a jamais eu d'accidents pouvant faire penser à la syphilis. Elle a eu un premier enfant il y a 4 ans. Cet enfant, né après un accouchement très laborieux, est mort une heure après la naissance.

Le père est sain, mais a quelques habitudes d'alcoolisme. Un oncle de l'enfant toussait beaucoup et a été soigné comme poitrinaire; il jouait souvent avec l'enfant et l'embrassait fréquemment, détail qui semble ici avoir son importance.

Examen. — Sur la partie antérieure de l'extrémité du nez, et empiétant un peu à gauche, on voit une ulcération arrondie de la dimension d'une pièce de un franc. La surface est recouverte par une croûte jaune, sèche, noirâtre par endroits. Le pourtour est rouge violacé, et légèrement sur-élevé sur les tissus voisins.

Pas d'induration marquée à la palpation.

En détachant la croûte, on voit au-dessous une surface purulente blanc jaunâtre. Après avoir nettoyé la plaie, on aperçoit des bourgeons charnus saignant facilement. Les bords sont peu élevés et non décollés. Le pourtour de l'ulcération est infiltré et cette infiltration se continue encore un peu sous l'œil gauche sous la forme d'un cordon épais, évidemment lymphangitique, qui semble se rendre au ganglion préauriculaire.

Sur le trajet de ce cordon de lymphangite, on voit encore un noyau rouge violacé et fluctuant, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

A la partie supérieure et antérieure de l'oreille gauche, on voit une autre masse d'infiltration rouge violacé et fluctuante, située à la hauteur du ganglion préauriculaire. A droite du nez, existe aussi un autre cordon lymphangitique moins apparent, qui paraît se rendre aux ganglions sous-maxillaires.

Sous le maxillaire inférieur à gauche, on sent et on voit une masse ganglionnaire dure et nondouloureuse. Il existe encore d'autres ganglions sous-maxillaires notablement augmentés de volume.

L'état général de l'enfant est bon, sur tout le corps on ne note aucune éruption suspecte.

L'examen bactériologique du pus de l'ulcère du nez est resté absolument négatif; nous n'avons pas trouvé de bacilles de Koch, ni d'autres microbes caractéristiques.

L'enfant est pansé au permanganate de potasse à 1/1000.

25 janvier. — On ouvre les deux abcès de la joue gauche. Issue de pus jaune, très liquide. Examen bactériologique négatif.

30 janvier. — L'ulcération chancriforme du nez va mieux. Les deux abcès de la joue sont en voie d'amélioration.

Nous avons successivement cherché à la surface de l'ulcère du nez le streptobacille de Ducrey et le bacille de Koch et nous n'avons trouvé ni l'un ni l'autre. D'autre part, l'aspect de l'ulcère, sans indu-

ration, ne pouvait guère être rapporté à la syphilis, malgré l'existence de la lymphangite. Il était donc beaucoup plus rationnel, malgré l'absence du bacille de Koch, de songer à la tuberculose, d'autant plus que nous apprenions la possibilité d'une contagion provenant d'un parent de l'enfant, atteint d'une affection probablement tuberculeuse de la poitrine et qui avait l'habitude d'embrasser souvent la petite fille. Cependant cette origine ne peut pas être affirmée avec certitude pour une bonne raison, c'est que nous n'avons pas vu le parent de la petite malade, et que nous ne tenons ce renseignement que de la mère. Le renseignement n'a donc pas une valeur absolue.

Cependant, le diagnostic nous paraît certain, en raison de l'apparence de l'ulcère qui est bien celle que l'on observe dans les ulcères consécutifs à l'ouverture des gommés tuberculeuses. D'autre part, si l'on hésitait, les autres gommés qui se sont formées sur le trajet de la lymphangite et qui se sont abcédées, présentent un aspect nettement caractéristique qui suffirait à déterminer le diagnostic. Il est vrai que là encore nous n'avons pas pu trouver le bacille de Koch dans le pus des gommés après leur incision. Mais on sait que cette recherche est souvent infructueuse ou bien ne réussit qu'après un certain nombre d'examen. L'inoculation au cobaye donnerait certainement des résultats positifs, mais nous croyons que l'examen clinique donne ici des résultats suffisamment explicites pour ne pas nous croire obligés d'y avoir recours. Notre diagnostic est donc : gomme tuberculeuse de l'extrémité du nez, avec lymphangite consécutive et formation de nouvelles gommés tuberculeuses abcédées sur le trajet de cette lymphangite.

Chancre simple de la lèvre inférieure chez une ancienne syphilitique, chancres simples vulvaires multiples.

Par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.

Blanche Bas..., blanchisseuse, 27 ans, entre le 24 janvier 1903, salle Alibert, lit n° 2, pour une ulcération de la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, datant d'une quinzaine de jours.

Cette malade fit dernièrement un séjour dans le service (1 octobre-16 octobre 1904) pour deux chancres mous situés de chaque côté du sillon interfessier et un chancre mou de la fourchette et de la petite lèvre gauche. Elle quitta l'hôpital avant leur complète guérison, et contracta ultérieurement l'ulcération de la lèvre inférieure pour laquelle elle entre de nouveau à Saint-Louis, salle Alibert, n° 2.

D'autre part, cette malade est une ancienne syphilitique; sa syphilis remonte à l'année 1896; elle eut à cette époque un enfant né à terme, mais qui présenta une éruption syphilitique à sa naissance.

Elle fit plusieurs séjours à l'hôpital Saint-Louis.

Le 21 octobre 1897, elle entre pour une éruption papuleuse généralisée et polymorphe, et pour céphalée intense. Elle revient le 4 novembre 1898, pour de nombreuses macules pigmentées sur les membres, et des syphilides papulo-ulcéreuses aux deux jambes.

Le 7 juillet 1899, elle entre accompagnée de son deuxième enfant, alors âgé de 3 mois : elle a une ulcération de la paroi postérieure du thorax.

Le 30 août 1901, elle revient encore pour une perforation gommeuse du voile du palais, survenue depuis 10 mois, et, en plus, une exostose syphilitique du sternum, des macules atrophiques au cou et aux bras, des cicatrices de gommès à la jambe droite et à la joue droite.

Actuellement les gommès ont laissé des cicatrices blanches, légèrement déprimées.

Sur la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, on voit une ulcération irrégulièrement ovale, à pointe se prolongeant en dedans vers la bouche, à bords irréguliers. L'ulcération est nettement creusée, les bords sont taillés à pic et décollés; le fond est recouvert d'un enduit jaune et purulent. La base de l'ulcération est parfaitement souple.

Se prolongeant vers la cavité buccale, on voit deux ulcérations très petites, d'inoculation plus récente, qui ne vont pas tarder à se fusionner avec l'ulcération principale. A la palpation, on trouve sous le maxillaire inférieur, un petit ganglion à gauche, peu douloureux.

A la vulve, la malade a un chancre à la fourchette, présentant des bords décollés et irréguliers, un fond creusé assez profondément et recouvert d'un enduit jaunâtre. Le bord inférieur de la petite lèvre gauche présente une ulcération analogue, il en est de même du bord supérieur de la grande lèvre gauche, où l'ulcération est de date plus récente et mesure un centimètre sur deux environ.

De chaque côté du sillon interfessier, à trois centimètres de l'anus, et dans les plis radiés qui en partent, on voit deux autres chancres mous ovaires qui se touchent lorsque la malade a les jambes rapprochées. Ces ulcérations ont les mêmes caractères que les précédentes; ce sont les premières en date, et ont été observées lors du dernier séjour de la malade à Saint-Louis, elles n'ont pas guéri depuis.

Toutes ces ulcérations sont douloureuses et saignent facilement.

L'examen bactériologique a révélé dans toutes le bacille de Ducrey.

Cet examen a été fait le jour même de l'entrée de la malade, après coloration par la thionine phéniquée; depuis cette époque les ulcérations se sont modifiées lentement sous l'action du traitement local, et le bacille de Ducrey semble aujourd'hui disparu ou est très rare.

Le diagnostic du chancre simple labial, avant la découverte du bacille, aurait présenté des difficultés insurmontables, surtout chez une malade affectée, comme celle-ci, de multiples lésions tertiaires. La présence même des chancres simples vulvaires aurait *laissé des doutes*.

www.libtool.com.cn
Dermatite bulleuse et prurigineuse de Duhring. Urémie. Lésions viscérales multiples.

Par MM. F. BALZER et FRANÇOIS DAINVILLE.

Louis Lo..., 68 ans, entre le 10 janvier 1905 à l'hôpital Saint-Louis, pour une affection prurigineuse intense, accompagnée d'éruption bulleuse sur les membres supérieurs et le thorax. Le malade, très anémié, a une teinte jaunâtre terreuse. Il est très affaibli. Depuis plusieurs années il est épuisé par des fatigues et des privations de toutes sortes. Son interrogatoire révèle en outre qu'il a fait autrefois abus pendant longtemps des boissons alcooliques. Il ne se rappelle pas de maladies antérieures, il n'a jamais eu la syphilis.

Sa dermatite prurigineuse remonte à deux ans, et a procédé par poussées successives.

Actuellement, il vient d'avoir une poussée légère; sur le bras gauche, on voit plusieurs grosses bulles de la grosseur d'une lentille, disposées assez irrégulièrement en corymbe, plusieurs sont confluentes et arrivent à se fusionner complètement. Toutes sont remplies d'un liquide citrin, transparent. Ces bulles sont surtout abondantes à la face postérieure du coude gauche. Sur la face postérieure du bras gauche, on voit plusieurs grosses bulles de la grosseur d'un noyau de cerise. Dans le voisinage des bulles, on voit des lésions de grattage et un épaissement de la peau avec petites papules rouges et sèches. Cet épaissement dermique témoigne des démangeaisons vives éprouvées par le malade. Sur le bras droit on voit des éléments disposés semblablement; mais ils sont moins nombreux et prédominent surtout à la face postérieure. Sur le tronc, on voit quelques rares éléments bulleux disséminés, moins volumineux. Aux membres inférieurs, les bulles sont éparées, çà et là, et moins nombreuses qu'aux membres supérieurs.

Rien d'apparent dans les autres organes. Urine claire. Pas d'albuminurie ni glycosurie.

A l'examen histologique, éosinophilie très exagérée du sang et du liquide des bulles.

12 janvier. — Le malade se sent pris de malaise général, faiblesse, céphalalgie; diarrhée abondante.

13 janvier. — A 7 heures du matin le malade est tout à coup privé de la parole. Il tombe dans le coma. On croit remarquer une paralysie de la moitié gauche du corps. Pas de stertor, pouls à 90. Pupilles rétrécies.

14 janvier. — Même état. Perte involontaire des urines et des matières fécales.

15 janvier. — Mort dans le coma pendant la nuit.

16 janvier. *Autopsie.* — Cadavre non infiltré; pas d'ascite.

Encéphale. — Pas d'augmentation notable de la sérosité des méninges, pas de foyer d'hémorragie cérébrale ou de ramollissement.

Poumons. — Poumon gauche. Base congestionnée et très œdémateuse; poumon droit, un peu œdémateux.

Cœur. — Hypertrophie très nette du ventricule gauche, valvules épaissies; athérome artériel.

Foie, déformé, rétracté, pesant 1440 grammes. Périhépatite fibreuse ; à la coupe, sclérose annulaire très accentuée caractérisant très nettement une cirrhose de Laënnec typique. Coloration jaunâtre du tissu hépatique indiquant la dégénérescence adipeuse.

Rute : 740 grammes, très hypertrophiée, dure à la coupe. Périsplénite fibreuse en placards très épais.

Reins, rouges ; décortication assez difficile. Atrophie de la substance corticale ; néphrite interstitielle, sans diminution de volume marquée des deux reins.

Examen histologique : Coloration des coupes par le micro-carminate, et par l'éosine et l'hématéine. — Reins : sclérose périvasculaire et péritubulaire peu avancée, les infiltrations cellulaires dans les espaces conjonctifs sont beaucoup moins marquées que dans le foie ; glomérules fibreux en petit nombre. Épithéliums des tubuli peu altérés ou même normaux sur la plus grande étendue des coupes.

Foie. — Cirrhose annulaire classique ; travées conjonctives épaisses infiltrées de nombreuses cellules embryonnaires ; périhépatite scléreuse très marquée. Un certain nombre de cellules hépatiques présentent des gouttelettes adipeuses.

Peau, sectionnée au niveau d'une bulle : Le décollement de l'épiderme s'est prononcé surtout au voisinage de la couche claire de l'épiderme. Dans le réseau de Malpighi on voit çà et là des cellules offrant un commencement de dégénérescence cavitaire. Dans le derme existent de nombreux foyers d'infiltration de cellules, autour des follicules pilo-sébacés, des glandes sudoripares et des vaisseaux. Mais ces infiltrations sont limitées à la partie superficielle du derme. L'hypoderme et les parties profondes du derme ne présentent rien d'anormal.

Il est assez rare d'avoir l'occasion de faire l'autopsie d'individus ayant succombé au cours de la dermatite herpétiforme de Duhring.

Le plus souvent ces malades meurent hors de l'hôpital. Notre malade était gravement atteint et très cachectique lorsqu'il est entré à la salle Devergie. Le diagnostic de son affection cutanée, en raison du prurit violent qui l'accompagnait et de la présence des bulles, ne présentait pas de grandes difficultés. Il trouva encore une confirmation dans l'examen microscopique du contenu séreux des bulles et du sang, que nous trouvâmes riches en cellules éosinophiles.

La dermatite datait déjà de deux ans, au dire de notre malade, et notre attention fut tout d'abord exclusivement fixée dans cette direction. Au moment de l'entrée, l'urine n'étant pas albumineuse, nous ne songeâmes pas à une affection rénale. D'ailleurs les événements se brusquèrent par cette perte de connaissance soudaine, ressemblant à un ictus, qui nous fit croire à une hémorragie cérébrale ou à un ramollissement. Le malade succomba sans être sorti du coma.

Pendant la vie, le malade n'avait pas présenté d'ascite. Aussi fûmes-nous surpris de rencontrer les graves altérations viscérales que nous

avons énumérées : hépatite avec sclérose de Laennec, sclérose de la rate avec périsplénite, néphrite interstitielle avec hypertrophie du cœur gauche et athérome artériel.

La mort nous paraît devoir être expliquée par des accidents d'urémie à forme comateuse, qui ont été précédés de diarrhée, et qui ont entraîné rapidement la mort d'un sujet cachectique et très affaibli.

Nous nous demandons aussi s'il ne faut pas tenir compte pour l'étiologie de la maladie de Duhring des multiples affections viscérales dont notre malade était porteur. C'était un ancien alcoolique et à son dire, les premières manifestations de la dermatite bulleuse avaient commencé depuis deux ans. Les diverses scléroses viscérales qu'il présentait avaient sans doute débuté avant cette date, mais vraisemblablement elles avaient évolué principalement pendant ces deux dernières années.

Ont-elles provoqué le développement de la dermatite bulleuse? Celle-ci a-t-elle eu des relations plus ou moins directes avec elles? Ce sont des questions auxquelles il serait difficile de répondre, avec une observation aussi courte que la nôtre a dû l'être forcément.

Nous voulons seulement aujourd'hui, par notre observation, appeler encore l'attention sur les troubles viscéraux qui peuvent accompagner les dermatites bulleuses du genre de celle que nous avons observée. Il y a eu là, pensons-nous, quelque chose de plus qu'une simple coïncidence, car la dermatite a évolué précisément au moment où les lésions viscérales devenaient importantes. Par les troubles qu'elles causent dans la nutrition générale et dans l'hématopoïèse, par les substances toxiques qu'elles retiennent ou qu'elles produisent, les affections viscérales, notamment celles du rein, peuvent avoir un rôle très important dans la pathogénie des dermatites bulleuses. Nous nous bornerons à rappeler à ce propos, les recherches de Winfield, celles de Tenneson et Vilenski, ainsi que celles de Gaucher, Barbe et Claude, etc. Notre cas vient à l'appui des faits publiés dans ce sens.

Comme on peut le voir dans l'examen histologique mentionné plus haut, les lésions rénales n'étaient pas très accusées chez notre malade. Il a succombé avec des accidents attribuables à l'urémie comateuse, mais, sans doute, l'insuffisance hépatique a dû jouer un rôle important dans la pathogénie des accidents terminaux.

Syphilis tertiaire de la face dorsale de la main.

Par M. H. DE ROTHSCHILD.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment un cas de syphilis qui présente ce fait intéressant, que l'accident tertiaire, remarquable

par sa localisation à la face dorsale de la main, paraît avoir été l'unique manifestation de cette maladie, passée jusqu'alors inaperçue, et qu'une série de six injections sous-cutanées d'huile grise a réussi à cicatrifier une plaie ulcérée, contre laquelle tous les topiques employés pendant trois ans sont restés inefficaces.

Marie F..., âgée de 48 ans, vient le 14 mai 1904 à la consultation des maladies de la peau de la Polyclinique H. de Rothschild, pour une large plaie ulcérée de la face dorsale de la main gauche, qui suinte depuis trois ans.

Prise d'abord pour une lésion épithéliomateuse ulcérée, cette plaie nous a paru ensuite être une lésion syphilitique, bien qu'il n'y eût rien dans les antécédents qui pût faire soupçonner chez la malade l'existence de la vérole : diagnostic d'ailleurs confirmé par le professeur Fournier, à qui nous avons soumis ce cas et qui le déclare une manifestation d'une syphilis ignorée.

L'état général de la malade est assez bon ; son père et sa mère sont morts à l'âge de 55 et 65 ans, de maladies du cœur.

Réglée à l'âge de 13 ans, elle ne compte dans son passé pathologique que la rougeole et une attaque de rhumatismes articulaires aigus vers l'âge de 14 ans.

Actuellement elle est atteinte depuis deux ans de coliques hépatiques et de diabète phosphaté. Elle s'est mariée une première fois à l'âge de 21 ans ; ayant divorcé après 13 ans de mariage, elle s'est remariée il y a 12 ans. D'après ses dires, son premier mari aurait eu une maladie qu'il tenait cachée et qu'il soignait en prenant des pilules prescrites par un médecin. Cette maladie (comportant maux de gorge, éruptions sur le front, chute des cheveux) paraît avoir été la syphilis ; la patiente n'est pas affirmative à ce sujet, n'ayant jamais vu le médecin traitant. Son deuxième mari est bien portant. Elle n'a jamais eu de grossesses.

Elle-même n'a jamais présenté de symptômes pouvant faire soupçonner la syphilis ; elle n'a jamais eu ni fausses couches, ni maux de tête ou maux de gorge, ni bouton ou éruption quelconque affirmé par un stigmate ancien ou récent.

La lésion actuelle paraît bien être l'unique manifestation syphilitique.

Début : Il y a trois ans, la malade était prise pour la première fois de céphalée violente, surtout la nuit. En même temps, sur la face dorsale de la main droite, apparaissaient, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, des ulcérations profondes analogues à des crevasses et qui suintaient beaucoup. Celles du pouce et de l'index se sont peu à peu étendues en surface et n'ont pas tardé à se rejoindre, formant dans toute la région correspondant au premier espace inter-métacarpien une large plaie ulcérée ; le processus morbide poursuivant sa marche envahissante, a fini par s'étendre à toute la face dorsale de la main, qu'il a transformée, en quelques semaines, en la vaste plaie ulcérée que représente la planche III.

Cette plaie est formée d'une agglomération de gros bourgeons charnus, exubérants, rouge vif, saignant facilement et se détachant sur un fond œdématié, douloureux à la pression, dénotant en cette région une infection secondaire; entre ces bourgeons se trouvent çà et là des anfractuosités encombrées de matières gris jaunâtre et des flots de tissu sain, mais œdématié.

Elle a une forme vaguement circonscrite et mesure 7 centimètres dans le sens longitudinal et 12 centimètres dans le sens transversal; elle paraît se localiser aux régions correspondant aux quatre derniers métacarpiens et au large espace compris entre le premier et le deuxième, car elle n'envahit pas la région du carpe et s'arrête à la racine des doigts. Ceux-ci sont privés de leurs mouvements de flexion, ce qui entraîne une impotence complète de la main, et les essais de mobilisation des doigts sont douloureux.

Depuis trois ans, l'état est stationnaire, mais sans aucune tendance à la cicatrisation, malgré tous les moyens employés.

Traitement. — On fait un lavage de la plaie avec de l'eau oxygénée et on commence une série d'injections sous-cutanées d'huile grise.

14 mai. — Première injection de 7 centigrammes de principe actif (ou 7 divisions de la seringue de Barthélemy) dans la région fessière, et pansement aseptique quotidien, suivi d'un bain local dans une solution de permanganate de potasse.

21 mai. — Deuxième injection: les bourgeons commencent à s'affaïsser et, sur les bords de la plaie, apparaît un liséré cicatriciel blanchâtre.

28 mai. — Troisième injection: la plaie est déjà beaucoup moins étendue, par suite du rapprochement, vers le centre, du liséré cicatriciel.

4 juin. — Quatrième injection: sur la partie médiane de la plaie, on constate de petits flots blanchâtres, formés de tissu cicatriciel, ayant apparû autour des lambeaux persistants de tissu sain.

11 juin. — Cinquième injection: le liséré cicatriciel périphérique inférieur a rejoint les flots du centre, de telle sorte que l'aspect de la plaie s'est totalement modifié (Pl. IV); elle se présente sous forme d'une traînée transversale autour de laquelle on voit une large zone de tissu cicatriciel très mince.

21 juin. — Sixième injection: la malade présentant quelques phénomènes d'hydrargyrisme (salivation abondante, gingivite ulcéreuse), on interrompt les injections; d'ailleurs la plaie est complètement cicatrisée, sauf quelques flots sanguinolents qu'on cautérise au nitrate d'argent (Pl. V).

30 juin. — La plaie est complètement fermée, une guérison parfaite a donc été obtenue en six semaines, au moyen de six injections sous-cutanées d'huile grise. Il persiste de la raideur dans les mouvements de flexion des doigts, mouvements qui, d'ailleurs, reviennent peu à peu.

La malade part à la campagne et revient en septembre parfaitement guérie et dans un état général excellent.

17 décembre. — Elle revient à la consultation; au milieu du tissu cicatriciel, un nodule rougeâtre s'est reproduit; on prescrit aussitôt du sirop de Gibert et de l'iode de potassium.

Huit jours après, le nodule s'est effacé et entièrement cicatrisé.
La guérison est complète et se maintient depuis.

Angine de Vincent. Herpès buccal. Banalité de la symbiose fusospirillaire.

Par M. CHOMPRET.

Les deux observations que je vous présente sont celles des lésions fort communes et bien connues de vous, l'*angine de Vincent* et l'*herpès buccal*, mais leur rapprochement m'a semblé pouvoir donner lieu à quelques considérations ne manquant pas absolument d'intérêt.

M^{me} B. H..., âgée de 23 ans, plumassière, est une pauvre débile à la colonne vertébrale déformée congénitalement, n'ayant marché qu'à 6 ans, réglée à 16 ans, mariée peu après à un tuberculeux dont elle eut trois grossesses : la première à 17 ans, terminée par un avortement de 3 mois ; la deuxième à 20 ans, donnant le jour à terme à un enfant qui mourut 2 ans plus tard de tuberculose pulmonaire ; la troisième à 22 ans, une fille à terme qui a 15 mois aujourd'hui et ne marche pas encore.

M^{me} B. H... fut toujours malade et eut toute sa vie des poussées inflammatoires de ses amygdales dont, paraît-il, on lui fit une ablation partielle à l'âge de 13 ans.

C'est pour de la dysphagie intense qu'elle vient nous trouver le 28 janvier 1905 à la consultation stomatologique de l'hôpital Saint-Louis. Elle nous raconte que, depuis quelque temps, elle souffre des gencives, et que trois jours auparavant seulement elle a ressenti de la gêne douloureuse à la déglutition.

Son état général est bon. L'examen de la bouche nous fait voir des arcades dentaires malformées, le maxillaire supérieur atrophié, certaines dents désorientées. Les dents sont en général couvertes de tartre limoneux qui descend sur les gencives et en provoque l'inflammation, principalement dans les régions des incisives supérieures et inférieures et au niveau des molaires inférieures droites. Ici nous reconnaissons l'aspect des stomatites dites ulcéro-membraneuses.

Toute l'arrière-bouche est nettement enflammée et, sur le bord antéro-supérieur de l'amygdale droite, siège une ulcération assez profonde pour contenir une noisette, ulcération cratériforme, chancriforme, à bords taillés à pic, déchiquetés, indolores ; le fond est recouvert d'un magma gris jaunâtre ; la lésion repose sur un gonflement œdémateux, rouge, dur au toucher, surtout selon un croissant qui borderait la partie supérieure.

Haleine fétide, salivation considérable.

Pas d'adénite cervicale, à peine quelques petits ganglions sous-maxillaires très difficilement perceptibles et non douloureux.

D'après la marche rapide de l'affection, la coïncidence de la stomatite, l'absence d'adénite cervicale et d'autres manifestations syphilitiques, nous portons le diagnostic d'angine de Vincent.

Notre ami Gastou nous donne comme résultat de l'examen microscopique d'un prélèvement fait sur le fond de la lésion amygdalienne : « Leucocytes polynucléaires, spirilles, bacilles fusiformes, presque sans association d'autres espèces ».

A la même consultation stomatologique, nous rencontrâmes une femme atteinte d'*herpès buccal* tant interne qu'externe.

Je lui avais donné rendez-vous ce matin et je regrette qu'elle ne soit point venue, car vous auriez pu juger de la typicité, si j'ose m'exprimer ainsi, de ses lésions; d'une part, 3 ou 4 vésicules sur le bord interne de la lèvre inférieure, puis quelques très superficielles ulcérations ou mieux érosions de la muqueuse, provenant de l'éclosion de vésicules; d'autre part, sur la peau de la lèvre dans le voisinage immédiat des atteintes muqueuses, un groupe de vésicules d'*herpès* et une large croûte impétigineuse. Notons que les gencives sont congestionnées et que le collet des dents est recouvert de tartre sanieux, infect.

Tout cela est fort banal et le seul intérêt de la présentation est tiré du résultat de l'examen microbiologique de ces diverses lésions herpétiques.

1° Sous la croûte impétigineuse nous trouvons du staphylocoque pur; 2° dans le dépôt sanieux gingivo-dentaire, il existe quantité de microbes d'espèces les plus variées, tels qu'on les rencontre d'ordinaire dans la bouche, quelques cocci prenant le Gram, des leptothrix et quantité de spirilles; 3° sur les érosions muqueuses, des leucocytes polynucléaires, quelques diplocoques, des spirilles en quantité et des bacilles fusiformes.

Voilà donc deux affections bien différentes, angine ulcéreuse chancriforme et *herpès buccal* qui, à l'examen bactériologique, donnent exactement les mêmes résultats. Le laboratoire ne saurait donc remplacer la clinique pour le diagnostic parfois si difficile des ulcérations buccales et, si nous nous basions uniquement sur ses données, nous arriverions à de grossières erreurs de diagnostic.

La symbiose fuso-spirillaire ne me paraît pas avoir grande valeur spécifique et il nous semble, d'après de nombreux examens microscopiques, qu'elle peut se rencontrer dans toutes les variétés d'ulcérations buccales. Notons cependant que cette symbiose nous a paru exister à l'état de pureté, sans associations d'autres espèces, lorsque les lésions ulcéreuses étaient très profondes — comme dans le cas de l'angine de notre premier malade; au contraire, lorsque le polymicrobisme ordinaire buccal se trouve associé avec les spirilles et les bacilles fusiformes, il semblerait que les lésions soient moins profondes, quoique d'étendue fort variable.

Pour terminer, je vous ferai remarquer qu'un des symptômes pathognomoniques de l'angine de Vincent tels que les ont décrits Vincent lui-même, Niclot et Marotte, Darier, Lesueur, etc., fait défaut dans notre observation. Ces auteurs nous disent, en effet, que dans cette affection, les ganglions sous-maxillaires sont fortement tuméfiés et douloureux. Nous avons vu que notre pauvre malade,

débile, para-tuberculeuse, ayant donné le jour à des enfants tuberculeux, ne présentait point d'adénite de ce genre.

Il est donc difficile, cliniquement aussi bien que bactériologiquement, d'établir l'entité de l'angine dite de Vincent.

Ulcération tuberculeuse du pharynx et des piliers du voile du palais.

Par M. GAUCHER.

Nous présentons, à la demande de M. Castex, ce malade atteint d'une ulcération du pharynx et des piliers du voile du palais qui s'avance jusqu'aux fosses glosso-épiglottiques sans entrer dans le larynx. Cette ulcération est sans doute de nature tuberculeuse. Il existe en outre une ulcération arrondie de même nature, mais d'aspect un peu anormal, sur la face interne de la lèvre supérieure.

Discussion de la communication de M. Jacquet sur le vernix caseosa et l'hérédo-séborrhée (1).

M. HALLOPEAU. — J'ai écouté et lu avec un vif intérêt la communication de M. Jacquet; elle nous paraît avoir une importance considérable, car elle apporte, comme l'a très judicieusement indiqué notre collègue, un nouveau fait en faveur de l'origine atavique de l'homme : la séborrhée fœtale doit prendre place désormais, dans cet ordre d'idées, à côté des mamelons supplémentaires dont nous voyons plusieurs exemples à chacune de nos consultations et fournir un des arguments les plus démonstratifs en faveur de cette doctrine d'ailleurs évidente d'elle-même; nous ne pouvons donc que nous associer pleinement à M. Jacquet pour toute la partie de son travail où il étudie si minutieusement les caractères de cette séborrhée fœtale.

Nous sommes heureux également de constater que l'histoire de cette séborrhée fœtale ruine complètement la théorie parasitaire de la séborrhée; elle nous confirme dans cette opinion, maintes fois exposée par nous, que ce trouble de sécrétion est primitivement fonctionnel et que les invasions microbiennes que l'on y trouve sont secondaires.

Je demande à mon collègue la permission de regretter que sa communication ne s'arrête pas là et qu'il ait cherché, en vain, suivant nous, à établir la pathogénie de cette séborrhée fœtale.

M. Jacquet attribue une origine pathologique à la séborrhée fœtale : il a constaté à plusieurs reprises que des nouveau-nés présentant cet enduit étaient issus de parents syphilitiques ou tuberculeux : or, les plus belles statistiques ne me convaincront pas que l'agent pathogène de la syphilis, non plus que l'invasion du bacille de Koch, soient pour quoi que ce soit dans la genèse de cet état morbide.

On peut dire, d'une manière générale, que nous sommes dans une igno-

(1) Voir *Annales de Dermatologie*, janvier 1905, p. 33.

rance absolue relativement à la sélection qui détermine, chez un certain nombre de sujets seulement, des manifestations ataviques ; il en est ainsi pour les tétons supplémentaires, pour la polydactylie, pour l'hypertrichose, pour les muscles peauciers et aussi pour la séborrhée fœtale.

Pour ce qui est du rapport avec la séborrhée de l'adulte, il est curieux de voir que le même trouble fonctionnel coïncide chez le fœtus avec l'hypertrichose et chez l'adulte avec la calvitie : il y a là quelque chose d'un peu déconcertant.

Quant à la relation entre cette séborrhée fœtale et la puberté, elle ne nous paraît être qu'un jeu d'esprit : si, en effet, l'hypertrichose fœtale est un phénomène atavique, l'histoire des ascendants nous montre que l'état velu est une règle pour tous et n'a rien à faire avec le développement génital. C'est commettre d'ailleurs un abus de langage que d'appeler puberté le développement des organes génitaux pendant la vie intra-utérine.

M. SABOURAUD. — Il ne faut pas prendre parti dans des questions aussi importantes sans les avoir davantage approfondies. M. Jacquet nous apporte des faits nouveaux, nous parlons sans faits, du haut de la tête, nous parlons trop tôt. Une étude préalable minutieuse peut seule permettre de se ranger aux opinions de M. Jacquet ou de les discuter.

Le sébum existe aussi à la paume des mains. Il ne faut compter comme sébum certain que celui qu'on trouve dans les glandes sébacées.

Il n'y a aucun rapport précis à établir entre la séborrhée de l'adulte et la présence de graisse en très médiocre proportion dans le vernix caseosa. La graisse extraite du vernix par MM. Jacquet et Rondeau ne peut pas ne pas comprendre toute la graisse contenue dans l'épiderme corné en déhiscence et déliquescence. Dès lors on confond des faits qui ne devraient pas être confondus.

M. SÉR. — Je constate journallement ce fait que l'on remarque cette séborrhée chez des gens qui ont la peau sèche et même ichthyosique ; il semble donc que ce soit là un effet pathologique et cette séborrhée locale est beaucoup plus en rapport avec l'idée d'un processus morbide particulier parasitique ou autre qu'avec celle de simple exagération d'une fonction normale.

M. BALZER. — Je me suis autrefois occupé de cette question et j'ai peu trouvé de graisse dans le vernix caseosa.

M. BARTHÉLEMY. — Je pense aussi qu'il ne faut pas prendre la parole quand on est aussi peu préparé que je le suis en face des nouvelles recherches de M. Jacquet.

Je ne parlerai donc qu'avec réserve pour dire que je crois de nature différente les graisses dont il s'agit, les huiles sécrétées par les glandes sudoripares et la matière sébacée sécrétée par les glandes sébacées, cette dernière matière grasse ayant déjà subi la modification que nous désignons cliniquement sous le nom de séborrhée, et enfin les graisses qui sont à la surface de la peau chez l'adulte, l'enfant et le fœtus. Je crois, en effet, que ces graisses peuvent être différenciées, en attendant mieux, par la diversité des milieux de culture qu'elles constituent, les maladies dont

elles permettent le développement étant fort différentes. Par exemple, j'ai démontré en 1889 qu'il n'y avait pas d'acné sans séborrhée préalable et préexistante. Or, il n'y a pas d'acné dans la première enfance, pas plus chez le nouveau-né que chez le jeune enfant ; c'est là un réactif clinique qui vaut bien les réactifs chimiques. Il y a fort peu de sébum dans les glandes sébacées du fœtus, je parle de sébum *en tout comparable* à celui qui s'écoule des glandes sébacées de l'enfant pubère ; c'est là une conclusion à laquelle nous étions déjà arrivés jadis avec M. Balzer.

Je pense que les accoucheurs ont aussi des idées spéciales sur le vernix caseosa ; c'est du moins ce qui me semble résulter de conversations à propos de quelques cas de séborrhée congénitale totale. M. Bar ne pense-t-il pas que ces matières grasses sont comme une sorte de glycérine provenant de la condensation des liquides amniotiques et de la macération des couches épidermiques superficielles. M. Bar m'avait même dit il y a plus d'un an qu'il comptait faire à la Société de dermatologie une communication à propos du vernix caseosa du fœtus. Je sais que, pendant plusieurs mois, des recherches ont été faites dans le laboratoire de M. Bar sur le sujet qui nous occupe par lui et par un de ses élèves. A en juger par les quelques lignes qui se trouvent dans le numéro de décembre 1904 du *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, les idées de Bar ne sont pas, il me semble, absolument semblables à celles qui viennent de nous être exposées d'une manière si remarquable par M. Jacquet.

Il sera donc plus profitable de reprendre un peu plus tard cette discussion quand nous aurons pu, les uns et les autres, mieux nous documenter, mieux réfléchir, mieux contrôler.

M. L. JACQUET. — Je demande à nos collègues la permission de leur répondre collectivement. Je leur demande aussi de bien vouloir relire avec plus d'attention notre travail : bien des malentendus qui encombrant la discussion se dissiperaient alors d'eux-mêmes.

Ainsi MM. Balzer et Barthélemy n'en seraient plus à contester la présence de la graisse dans le vernix caseosa, car on l'y voit, et on l'y pèse ; et M. Sée ne m'objecterait pas les séborrhées partielles de l'adulte, car celle du fœtus et du nouveau-né s'observe *régionalement* aussi, et ses localisations, parfois héréditaires, se superposent *exactement* à celles de l'adulte.

Ceci dit, j'ose affirmer à M. Sabouraud, qui reconnaît aujourd'hui *en fait* l'existence de la graisse libre du vernix, qu'il sera forcé de reconnaître aussi, dans sa juste mesure, l'origine *sébacée* de cette graisse.

Je crains que M. Hallopeau, en déclarant « évidente d'elle-même » l'origine *animale* de l'homme n'étonne et ne scandalise un nombre notable de nos contemporains.

(M. Hallopeau parle de l'origine *atavique* de l'homme, voulant parler de l'origine *animale* : les deux termes ne sont point synonymes.)

Pour moi, si j'ai apporté une contribution fort modeste à la grande hypothèse de Lamarck et de Darwin, je ne vois pas pourtant là tant d'évidence. Je rappelle aussi à M. Hallopeau que des auteurs, point méprisables, pensent que l'homme, originellement, était glabre et je propose à ses méditations cette boutade de Duclaux : « C'est parce que la science n'est jamais sûre de rien, qu'elle progresse sans cesse. »

M. Hallopeau refuse d'admettre que nos statistiques aient la plus mince importance démonstrative, en ce qui concerne l'influence des états pathologiques des géniteurs, sur la production du *vernix caseosa*.

« Les plus belles statistiques ne le convaincront pas, dit-il : que l'agent pathogène de la syphilis non plus que l'invasion du bacille de Koch soient pour quoi que ce soit dans la genèse de cet état morbide. » Soit. Pour mon compte, je me borne à observer les faits, sans parti pris, et à modifier, sous leur pression, mes idées préconçues, alors même qu'elles m'apparaîtraient évidentes d'elles-mêmes.

M. Hallopeau est « déconcerté » en constatant que le même trouble fonctionnel coïncide, chez le fœtus, avec l'hypertrichose et chez l'adulte avec la calvitie. Il le serait moins, en songeant que la séborrhée de l'adulte accompagne fréquemment l'hypertrichose, et que les chauves très souvent sont d'anciens hypertrichosiques.

Enfin la relation entre la séborrhée fœtale et la puberté lui semble « un jeu de l'esprit et un abus de langage ». Je me permettrai de lui faire remarquer que nous avons parlé de puberté en *miniature*, et en *raccourci*.

Mais la vraie question est de savoir si M. Hallopeau admet ou conteste les faits que j'allègue, à savoir la synergie fonctionnelle qui se retrouve chez le fœtus comme chez l'adolescent entre l'évolution sexuelle et celle des glandes et appareils mammaires et cutanés. Si M. Hallopeau reconnaît l'exactitude de ces faits, je me demande comment il pourrait éviter le rapprochement entre les deux périodes, et je lui déclare que mon hypothèse à ce sujet est d'une audace médiocre.

M. Sabouraud m'objecte l'existence du *vernix caseosa* à la paume des mains où il n'y a point de glandes sébacées. Mais il y a des glandes sudoripares, et je ne reconnais point aux glandes sébacées le monopole de l'enduit fœtal. Il est vrai que mon contradicteur n'admet pas que les sudoripares excrètent de la graisse, en quoi, je pense, il erre absolument.

Pour moi, j'estime qu'une crise de l'appareil sudoripare peut jouer au point de vue de la production du *vernix* un rôle analogue à celui d'une crise de l'appareil pilo-sébacé. Je n'ai recueilli à cet égard qu'un seul fait, mais très frappant. Le voici : J'ai vu un nouveau-né avec du *vernix* localisé à peu près exclusivement aux paumes et aux plantes ; on eût dit que les régions étaient gantées de peau blanche, analogue à la peau de daim.

J'examinai la mère : elle avait les mains moites. Je la questionnai sur le père : il avait aussi, me dit-elle, les mains toujours en sueur. Et les pieds, demandai-je ?

Oh ! me dit-elle, « c'est une infection ! »

Il y avait donc dans ce cas hyperhidrose et bromidrose palmaire et plantaire, chez les deux géniteurs. Et je tends à admettre que cette double hérédité provoqua *in utero* chez l'enfant une crise glandulaire, actionnant elle-même le fonctionnement épidermique régional : d'où l'accumulation épithéliale et grasse.

M. Barthélemy « pense qu'il ne faut pas prendre la parole, quand on est aussi peu préparé », et il la prend abondamment, ce dont je ne me plains pas, car il est le plus aimable des contradicteurs. Mais il croit à une différence de nature entre les graisses sudoripares et sébacées, ce qui est pos-

sible, mais nullement démontré, et ce qui n'est point une objection à notre manière de voir.

Il attribue aussi à M. Bar une théorie sur la nature du vernix, fort éloignée de la nôtre, j'en conviens; mais un peu bien étonnante, je dois l'en prévenir. Peut-être convient-il, avant d'imputer cette théorie à M. Bar et de la discuter, d'attendre qu'elle ait pris corps autrement qu'en des « conversations » avec notre collègue.

Le Secrétaire :

E. LENGLET.

www.libtool.com.cn



www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn



www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn



www.libtool.com.cn

SÉANCE DU 2 MARS 1905

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — A l'occasion du procès-verbal : Sur le vernix caseosa, par M. HALLOPEAU. — Éruption lichénienne d'aspect à marche extensive centrifuge, par M. BROCCQ. — Chancre de la gencive, par M. CHOMPRET. — Lupus tuberculeux de la face, datant de 15 ans, guéri en 3 mois par des injections de tuberculine, par M. DARIER. (Discussion : MM. BROCCQ, HALLOPEAU, BALZER, JACQUET, DARIER.) — Tuberculides faciales et cervicales papulo-séborrhéiques chez un malade atteint d'engelures (acnitis de Barthélemy), par MM. GASTOU et SÉMINARIO. (Discussion : M. DARIER.) — Syphilides granuleuses miliaires ressemblant à la kératose pileaire, par MM. GAUCHER et LOUSTE. (Discussion : MM. DARIER, JACQUET, GAUCHER.) — Acrodermatite continue (forme suppurative), par MM. HUDELO et HÉRISSE. — Sur un second cas d'une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face, par MM. HALLOPEAU et KRANTZ. (Discussion : M. BROCCQ.) — Sur un nouveau cas d'acrodermatite suppurative, par MM. HALLOPEAU et KRANTZ. — Insuccès du xéroforme dans le traitement du chancre simple, par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE. — Cas d'iodisme avec nodules intra-dermiques localisés aux derniers plis articulaires des deux annulaires, par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE. — Sur un cas d'hydrargyrisme avec lésions des conjonctives, par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE. (Discussion : MM. DARIER, BARTHÉLEMY, SULZER, MOTY.) — Sur un troisième cas d'urticaire pigmentée cyclique, nouvelle espèce d'angionévrose, par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE. (Discussion : M. DARIER.) — Pemphigus successif à kystes épidermiques, par MM. GAUCHER et TOUCHARD. — Tabes avec mal perforant buccal et résorption osseuse du maxillaire supérieur, par MM. GAUCHER et TOUCHARD. (Discussion : M. CHOMPRET.) — Syphilides nodulaires hypodermiques (phlébite nodulaire syphilitique) dans un cas de syphilis secondaire à manifestations profuses, par MM. DARIER et CIVATTE. (Discussion : MM. A. FOURNIER, DARIER, BEAUDOUIN, BALZER, GASTOU.) — Alcoolisme et xanthome plan miliaire généralisé, par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE. — Végétations syphiloïdes développées sur un eczéma, par M. DANLOS. (Discussion : MM. A. FOURNIER, DARIER, JACQUET, MILIAN.) — Fréquence du parasitisme fusospirillaire dans les lésions buccales, par M. VINCENT. (Discussion : M. CHOMPRET.)

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur le vernix caseosa, par M. HALLOPEAU.

Je n'ai nullement l'intention de continuer la discussion avec M. Jacquet relativement à la séborrhée fœtale : je dirai seulement que je maintiens intégralement les objections que je lui ai présentées. Il n'est qu'un point sur lequel je suis obligé de lui répondre : il exprime la crainte qu'« en déclarant évidente d'elle-même l'origine animale de l'homme je n'étonne et ne scandalise un nombre notable de nos contemporains » ; mais je n'ai

rien dit de semblable et j'ai la conscience de n'avoir pu en quoi que ce soit froisser des convictions que je respecte profondément : c'est à bon escient en effet que j'ai employé l'expression d'*atavique* qui ne préjuge rien.

Éruption lichénienne d'aspect, à marche extensive centrifuge.

Par M. Brocq.

Le hasard fait souvent bien les choses en pathologie. Vous vous souvenez sans doute d'un malade que M. le D^r Hallopeau vous a présenté pour la première fois le 5 janvier 1905 comme étant un cas de lichen de Wilson circonscrit en un placard unique ayant évolué à la façon d'une trichophytie, malade dont le diagnostic fut contesté par mon ami M. le D^r Sabouraud, et regardé comme douteux par nous-même. Ce malade vous a été présenté de nouveau le 2 février par M. Hallopeau, avec l'étiquette de lichen plan en une plaque unique à progression excentrique ; une nouvelle discussion s'est engagée à ce sujet : M. Hallopeau a maintenu son diagnostic ferme de lichen plan, M. Sabouraud son diagnostic d'éruption de nature incertaine, mais n'étant pas un lichen plan ; nous-même nous sommes resté dans le doute, tout en reconnaissant qu'il y avait chez ce malade des éléments éruptifs qui ressemblaient aux papules aplaties, minuscules, du lichen plan.

Or, le lendemain même, 3 février 1905, nous avons vu à notre consultation une personne qui nous était envoyée par notre excellent confrère M. le D^r Courcoux et qui présentait exactement le même type morbide éruptif que le malade de M. Hallopeau.

Nous regrettons infiniment de n'avoir pu ni biopsier, ni faire mouler, ni photographier ce cas ; mais il s'agissait d'une femme du monde qui repartait tout de suite pour une province éloignée, et nous avons dû nous contenter de recueillir les quelques notes que voici :

Il s'agit d'une femme âgée de 37 ans, très nerveuse et ayant quelques sérieux motifs pour l'être. La santé antérieure a été cependant excellente, sauf des crises de rhino-bronchite spasmodique qu'elle a eues d'une manière incessante depuis son adolescence jusqu'à l'âge de 33 ans. A cette époque les accès de « rhume des foins » disparurent, et sa nervosité augmenta. Il y a environ un an et demi, à l'âge de 35 ans environ, elle commença à avoir des crises de prurit. Peu à peu, ces crises de prurit augmentèrent d'intensité, se précisèrent, et elle constata que d'ordinaire elle en avait deux par 24 heures, l'une vers les 5-6 heures du soir, l'autre quelque temps après s'être couchée.

Au bout de quelques semaines elle remarqua sur les téguments, aux points qui étaient le siège du prurit, de petites taches rosées, qui avaient l'aspect assez nettement circulaire, puis qui s'agrandirent lentement par

leurs bords en tache d'huile avec affaissement graduel de leur centre qui devenait jaunâtre et avait l'air de guérir. Les bras furent d'abord atteints, puis les aines et les cuisses.

L'affection cutanée continuant sans cesse à gagner, elle se décida enfin à venir consulter un spécialiste à Paris.

Quand la malade s'est dévêtue devant nous, à un premier coup d'œil, nous avons cru avoir affaire à une séborrhéide psoriasiforme à marche extensive, ou à un pityriasis circiné et marginé de Vidal géant. L'aspect général de l'éruption est en effet celui d'éléments d'un rouge rosé, annulaires ou ovalaires, à périphérie en activité, à centre jaunâtre affaissé.

Mais à un examen plus précis on ne tarde pas à reconnaître que cette première impression n'est pas exacte. La bordure externe des plaques est en effet composée d'une multitude de petits éléments miliaires, de la grosseur d'une petite tête d'épingle, très voisins, comme serrés les uns à côté des autres à la partie la plus accentuée de la zone externe, mais nullement confluents, restant distincts, plus disséminés à la partie externe de la zone d'extension, affaissés vers la partie interne de cette zone. Leur aspect est celui de papules minuscules de lichen plan; elles semblent être légèrement néoplasiques, font une saillie très modérée à la surface de la peau, sont assez nettement limitées, d'un rouge pâle un peu jaunâtre, aplaties et brillantes à leur surface. Nous n'avons pas vu d'ombilication. Le centre des plaques est jaunâtre au niveau des petites plaques nouvelles, ou à peu près complètement sain au niveau de très grandes plaques anciennes. Il existe un peu de desquamation fine au niveau des éruptions. Il n'y a pas de lichénification bien nette.

Les lésions sont assez exactement bilatérales symétriques. Les deux bras sont occupés par une immense plaque ayant débuté vers le pli du coude et qui peu à peu s'est étendue en haut presque jusqu'à l'épaule, en bas jusqu'à 3 à 4 centimètres du poignet. Les bordures d'activité ont de 4 à 5 centimètres d'étendue. Les deux aines ont été atteintes: les plaques qui y ont pris naissance forment maintenant, à la face interne et supérieure des cuisses, deux demi-cercles considérables à concavité supérieure situés à 12 ou 15 centimètres environ du pli inguinal. Tout autour de ce demi-cercle, sur la face antérieure et interne des cuisses se voient d'assez nombreux points d'attaque nouveaux de 3 à 7 centimètres de diamètre, arrondis ou ovulaires, à périphérie active, à centre affaissé. A la face externe des cuisses, vers les hanches, il existe deux très larges plaques anciennes qui atteignent la région externe des fesses.

En résumé, notre malade présente, depuis un an et demi, une éruption prurigineuse à foyers multiples, symétriques, à progression lentement excentrique, caractérisée au point de vue objectif par la présence sur les zones d'extension d'une lésion élémentaire analogue comme aspect à des papules minuscules de lichen plan.

Elle se rapproche donc beaucoup du malade de M. Hallopeau; elle en diffère par la multiplicité et la symétrie des placards.

Par cette symétrie, par les crises de prurit, par l'élément névropathique si accentué qui existe chez la malade, cette éruption se

rapproche des dermatoses d'origine interne, autotoxiques et névropathiques; elle s'en distingue par l'extension en tache d'huile des placards éruptifs qui évoluent comme une trichophytie bien qu'avec infiniment plus de lenteur et qui imposent invinciblement à l'esprit l'idée d'une affection parasitaire.

Ces intéressantes particularités nous ont paru légitimer cette courte note : elles semblent caractériser un type clinique spécial très proche des lichens plans, si les histologistes déclarent qu'au point de vue anatomo-pathologique ce n'est pas un vrai lichen plan.

Chancre de la gencive.

Par M. CHOMPRET.

Voici une jeune femme mariée depuis 6 mois à peine, qui s'aperçut il y a 20 jours qu'elle avait, au-dessus de ces incisives supérieures droites, une ulcération : elle vint nous consulter et nous reconnûmes à première vue l'aspect clinique type du chancre gingival; érosion superficielle en forme de croissant à convexité inférieure d'un développement de 1 centimètre, et reposant sur le collet des incisives droites.

Pas de rebord, pas d'induration; la surface ulcérée recouverte d'une couche pseudo-membraneuse limitée par une zone rouge tranchant avec la couleur rosée des gencives.

Lésion indolore s'accompagnant d'une légère adénoopathie sous-maxillaire à droite. La dentition est parfaite.

Voilà bien le chancre type tel que nous le trouvons *toujours* lorsque la gencive est saine. Ajoutons que son aspect est tout autre lorsqu'il se développe sur un terrain déjà malade et que des infections secondaires le compliquent et le rendent méconnaissable. Dans ce dernier cas il provoque souvent de graves accidents osseux du voisinage, tandis qu'il guérit fort bien dans les cas normaux comme celui que nous présentons aujourd'hui.

La malade, fort intelligente, institutrice, ne peut nous mettre sur aucune voie étiologique de son affection. Elle n'a pas vu de dentiste, ne s'est point servi de cure-dent et ne se rappelle aucun traumatisme ou contact suspect dans cette région. Son mari, d'aspect fort robuste, nie avoir jamais eu aucun accident syphilitique.

Lupus tuberculeux de la face, datant de 15 ans, guéri en 3 mois par des injections de tuberculine.

Par M. J. DARIER.

Voici un homme de 22 ans qui, vers l'âge de 6 ou 7 ans, a été atteint d'un lupus de la face et du cou, consécutivement à une tumeur

blanche de l'épaule et à des abcès froids ganglionnaires. Le lupus a envahi progressivement toute la hauteur du cou et les deux tiers inférieurs de la face, y compris le nez et les deux oreilles.

On voit sur ces photographies qu'à l'entrée du malade, le 16 novembre, une bonne partie des lésions cutanées s'étaient cicatrisées spontanément ; il n'avait été traité qu'au moyen de pommades. Mais il subsistait huit foyers lupiques en activité, dont un détruisant le nez, un sur chacune des oreilles, dont il ne reste plus qu'une minime portion, et 5 sur les joues et le menton, de la grandeur moyenne d'une pièce de 5 francs. Il s'agit de lupus diffus, végétant-ulcéreux, suppurant et couvert de croûtes épaisses. Le tissu cicatriciel qui sépare et entoure ces foyers est, suivant les points, de couleur blanche et de surface lisse, ou rosé et couturé de dépression et de brides, ou encore violacé et parcouru par des télangiectasies ; on n'y trouve pas de nodules lupiques disséminés.

Les muqueuses accessibles à la vue sont intactes. Il y a de nombreux ganglions indurés sous-maxillaires. Le sommet droit du poulmon est manifestement atteint de tuberculose au premier degré.

Guidé par mes observations antérieures, dont les premières ont deux ans et demi de date, dans lesquelles j'ai vu des injections de tuberculine de Koch, pratiquées en vue d'assurer le diagnostic, amener des améliorations rapides et ultérieurement des guérisons complètes et solides de lésions tuberculeuses de la peau, j'ai soumis ce malade à une série de ces injections.

Je me suis servi de la tuberculine ancienne de Koch, exactement dosée, qui m'a été fournie libéralement par l'Institut Pasteur, auquel j'adresse mes plus sincères remerciements.

J'ai injecté au début des doses croissantes de 1/2 à 3 milligrammes qui produisaient régulièrement une réaction locale et générale typique sans phénomènes inquiétants. Au bout de 5 semaines, 5 injections ayant été faites, l'amélioration était surprenante, 2 des foyers cicatrisés, les autres réduits des trois quarts.

Avec la cessation des injections, pendant près de 2 mois, l'amélioration a continué au début, s'est arrêtée ensuite, et à la fin de janvier les ulcérations ont commencé à s'étendre. Dans cet intervalle j'ai employé divers topiques, du permanganate de potasse, du perborate de soude et du peroxyde de zinc, sans avantage marqué.

A partir du 10 février j'ai recommencé les injections à dose minime et fixe, sans chercher à obtenir de réaction ; la cicatrisation a repris avec une frappante régularité et vous pouvez constater qu'aujourd'hui elle est presque totalement achevée. L'état général est excellent, le malade a augmenté de poids et se trouve enchanté du résultat.

Je me borne pour aujourd'hui à prier mes collègues de constater

la matérialité du fait de cette guérison. Je me garde bien de prôner pour le moment le retour à la médication par la tuberculine qui a laissé dans cet hôpital de bien sombres souvenirs. Si je crois qu'on peut y trouver une ressource précieuse, j'estime qu'il y a lieu de procéder dans ces expériences avec une prudence extrême, et qu'il faudra tout d'abord déterminer quelles sont les indications et les contre-indications de la méthode; c'est à quoi je travaille depuis plus de deux ans et je demande un crédit de plusieurs années encore avant de pouvoir vous apporter des conclusions.

J'ajouterai un seul mot relatif au processus histologique de cette guérison. Sur une biopsie faite le 22 décembre, au moment où l'amélioration marchait à grands pas, j'ai constaté que le tissu lupique avait subi une fonte cellulaire des plus extraordinaires. Dans des cas ultérieurs je m'efforcerai de suivre de près ce processus.

M. BROCCQ. — Le diagnostic de lupus me paraît d'autant moins indiscutable qu'il existe encore actuellement des vestiges de tubercules; on ne peut donc pas parler ici d'une guérison complète, mais d'une amélioration considérable et rapide. Comme M. Darier, je crois qu'on a trop vite abandonné l'emploi de l'ancienne tuberculine. Au moment où son usage fut expérimenté dans cet hôpital, nous avons tous observé des cas d'amélioration considérable; malheureusement aussi nous avons constaté des accidents fréquents et graves. Peut-être aurait-il fallu étudier de plus près dans quelles conditions survenaient d'une part les améliorations, d'autre part les accidents, pour arriver à préciser les indications et les contre-indications de cette méthode. Je suis en effet de plus en plus convaincu qu'il ne faut pas être systématique dans le traitement du lupus. Les nouvelles méthodes, photothérapie, radiothérapie, etc..., pas plus que les anciennes, ne peuvent convenir à tous les cas et il est de toute nécessité de varier les procédés de traitement pour les approprier aux indications spéciales de chaque cas particulier.

M. HALLOPEAU. — Je constate comme M. Brocq que ce lupus est amélioré mais non guéri; c'est un fait que nous avons signalé plusieurs fois au moment où nous avons expérimenté la tuberculine; mais des accidents graves et même mortels nous ont décidés à rejeter absolument cette médication.

M. BALZER. — J'ai employé assez souvent la nouvelle tuberculine TR, qui m'a donné des résultats assez bons mais pas définitifs. Je me rappelle notamment un lupus du nez qui paraissait guéri complètement; cette guérison dura tout l'été, mais l'hiver suivant, avec le premier coryza le lupus reprit sa marche. En somme, la tuberculine peut donner de bons résultats à titre de méthode adjuvante, mais il est nécessaire de lui associer toujours d'autres procédés de traitement.

M. JACQUET. — Avec M. Brocq je proteste contre la tendance actuelle à trop systématiser le traitement du lupus. Ainsi, j'ai eu dans mon service une malade qui avait été traitée par diverses méthodes et en particulier par

la photothérapie pendant trois mois. Les résultats étaient déplorables, l'aile du nez était à peu près détruite. J'ai guéri cette femme par les cautérisations et les scarifications. Pourquoi donc ai-je réussi là où d'autres avaient échoué? c'est, je crois, qu'on avait négligé chez cette femme les soins accessoires. Ainsi, elle souffrait de troubles digestifs, elle avait des dents cariées infectées : je me suis appliqué à remettre en état son estomac et sa bouche; j'ai protégé son nez contre le froid et la poussière, et, grâce à ces mesures, le traitement du lupus a abouti à un succès qui se maintient depuis un an. Je me crois donc autorisé à insister sur l'importance des soins accessoires dans le traitement des lupus.

M. DARIER. — Je suis d'accord avec les orateurs précédents sur la nécessité d'individualiser le traitement des lupus. Pour ce qui est de mon malade, je reconnais que la guérison n'est pas encore complète, mais je suis convaincu qu'elle le sera prochainement. J'ai un autre malade traité par la même méthode et guéri depuis deux ans. Mais je me hâte d'ajouter que ces heureux résultats sont loin d'être constants. D'autres fois la guérison n'est que passagère, et, enfin, dans bon nombre de cas on échoue complètement.

Tuberculides faciales et cervicales papulo-séborrhéiques chez un malade atteint d'engelures (Acnitis de Barthélemy).

Par MM. P. GASTOU et SÉMINARIO.

Le cas actuel nous a paru digne d'intérêt à cause, d'une part, de la structure histologique des éléments éruptifs qui est celle des tuberculides, et, d'autre part, de la rapidité d'apparition sans qu'aucune cause bacillaire ou toxi-bacillaire héréditaire ou acquise puisse être invoquée, sans même qu'il y ait aucun signe ou stigmate chez le malade qui soit en rapport avec la bacilliose, sauf peut-être l'existence d'engelures depuis l'enfance et l'état rouge oedémateux et légèrement squameux des lobules de l'oreille.

L'histoire clinique du malade est brève :

Il a 48 ans et présente depuis quelques semaines seulement l'éruption actuelle. Cette éruption est apparue sans cause provocatrice. Il est gazier, vit chez lui, ne boit jamais et n'a jamais été malade. Il dit seulement être sujet depuis son enfance à des engelures qui occupent les mains, les pieds, les oreilles. Aucun antécédent héréditaire digne d'être relevé. Il est de constitution robuste, bien musclé. Tous ses organes sont en bon état. Nulle part on ne découvre de cicatrices ou ganglions.

L'éruption siège à la face et au cou, il n'y en a pas ailleurs. La face est colorée, couperosée et l'ensemble apparaît comme recouvert d'un exanthème de rougeole papuleuse qui serait en voie de desquamation.

L'exanthème est formé de petits boutons papuleux, de dimensions variables, miliaires où allant jusqu'à la dimension d'une lentille. Leur saillie est assez manifeste, mais en les palpant ils donnent surtout l'impression d'enchâssement profond. A leur sommet est une squame très

mince, très fine. En passant le doigt sur la face on a une sensation de surface grenue ou râpeuse.

Sur le cou, les boutons sont encore plus saillants. Quelques-uns d'entre eux semblent sur le point de se nécroser à leur partie élevée, mais il n'en est aucun qui soit papulo-nécrotique ou suppuré. Le malade dit avoir quelques démangeaisons, mais surtout une sensation de brûlure et de picotements. La muqueuse buccale est normale. Pas d'adénopathies en aucun point.

L'impression donnée par l'éruption étant celle d'une tuberculide probable, une biopsie est faite sur un élément du cou pour confirmer le diagnostic.

L'ensemble des coupes présente quelques particularités frappantes à première vue :

- 1° L'épiderme est atrophié;
- 2° Il existe dans le derme des nodules bien circonscrits et limités;
- 3° Les glandes sébacées, surtout dans l'espace compris entre les lobules et l'extrémité, sont entourées totalement ou partiellement par des amas d'infiltration;
- 4° Tout le système vasculaire du derme et de l'hypoderme est fortement dilaté et chaque vaisseau occupe le centre d'un amas infiltrant.

A part l'atrophie de ses éléments, l'épiderme n'a pas de lésions spéciales; on y trouve cependant des amas cornés correspondant à l'ouverture des glandes sébacées, ces amas cornés s'enfoncent dans le conduit excréteur de la glande. On n'y voit pas de graisse. Leur forme et leur structure expliquent l'aspect séborrhéique pris par l'ensemble de l'éruption. Le conduit excréteur de la glande sébacée est peu dilaté; mais autour de lui, entre les lobules qui sont sains et l'ostium folliculaire en un ou deux points le plus souvent latéraux au conduit, les vaisseaux qui avoisinent ont leurs parois très épaissies, leur endothélium bourgeonnant et autour d'eux, les engageant, sont des cellules lymphoïdes formant de véritables nodules périvasculaires.

Cet aspect nodulaire se retrouve dans les papilles, dans les zones sous-papillaires, dans le derme où les vaisseaux sont partout très dilatés et engainés de même façon.

A côté de ces nodules périvasculaires lymphoïdes existent par coupes, 2 à 3 gros nodules tout autrement constitués. Ici, ce ne sont plus des lymphoïdes mais de grosses cellules d'aspect épithélioïde, dont la plupart se colorent mal et ont subi une dégénérescence nécrotique partielle. Ces nodules ne sont pas en rapport avec les glandes, ne semblent pas se rattacher davantage aux vaisseaux. On ne peut préciser s'ils sont développés au niveau de lymphatiques.

Il n'existe pas de bacilles de Koch dans les coupes.

Tel est résumé l'ensemble des lésions dans lesquelles à côté de l'élément d'infiltration périvasculaire glandulaire, il y a lieu d'insister sur l'altération séborrhéique qui semble bien ici secondaire à l'altération glandulaire, elle-même conséquence des troubles vasculaires profonds.

M. DARIER. — Au premier examen de cette coupe et avant que j'aie vu ce,

malade, la localisation de la lésion au voisinage d'un follicule pilo-sébacé, l'aspect tuberculoïde de ce nodule constitué par des cellules épithélioïdes et géantes m'ont immédiatement donné l'impression qu'il s'agissait d'acnitis. L'examen objectif du malade confirme tout à fait ce diagnostic. On sait que Barthélemy repousse énergiquement la théorie qui veut faire de l'acnitis une tuberculose; il n'admet aucune relation étiologique entre l'acnitis et la tuberculose.

Syphilides granuleuses miliaires, ressemblant à la kératose pileaire.

Par MM. GAUCHER et A. LOUSTE.

Nous pensons intéressant de rapporter un fait d'éruption spécifique, qui, par sa rareté, aussi bien que par ses caractères spéciaux, peut facilement passer inaperçu.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, syphilitique. L'accident primitif est inconnu et actuellement, l'exploration des régions ganglionnaires ne permet pas de faire un diagnostic rétrospectif.

Une première fois, il y a deux mois, le malade a été traité à l'hôpital Saint-Louis pour des accidents secondaires, syphilides buccales et périanales, non accompagnées d'éruption cutanées.

Il est entré une seconde fois dans notre service pour des accidents analogues le 1^{er} février; ces accidents ont aujourd'hui disparu sous l'influence du traitement.

Mais il présentait à cette époque la lésion spéciale qui nous a frappé. Le malade nous dit qu'il a fréquemment remarqué l'apparence rugueuse et sèche de la face externe des bras et des cuisses, caractéristique de la kératose pileaire. Mais, en outre, nous constatons que tout le dos, les lombes, les fesses présentent des lésions analogues mais plus caractéristiques.

Nous avons vu sous nos yeux les lésions gagner les lombes et augmenter au niveau du dos.

Au début, elles étaient caractérisées par de petites papules miliaires, arrondies siégeant au niveau de la base d'un poil. Leur coloration était presque violacée. Elles ne déterminent aucune démangeaison. Depuis trois semaines, en même temps qu'elles se généralisaient, on voyait par places des éléments papuleux prendre une coloration rouge foncé, d'autres s'affaisser et laisser une petite dépression. Nous pensons qu'il s'agit ici d'une éruption spécifique secondaire connue et décrite sous le nom de syphilide granuleuse miliaire.

On retrouve aussi, comme dans les observations antérieures, des lésions d'acné au niveau des épaules et du dos.

Malgré l'application d'un traitement actif (injections quotidiennes de 2 centimètres de benzoate de mercure) qui a fait disparaître toutes les autres lésions, nous constatons une fois de plus combien est persistante cette manifestation syphilitique; localisée au niveau des follicules pileux.

M. DARTIER. — C'est un fait bien connu que ces formes de syphilides miliaires sont toujours greffées sur une kératose pileaire préexistence.

M. JACQUET. — Est-ce que l'amélioration a été rapide sous l'influence du traitement spécifique ? Il est en effet de notion classique que les syphilides miliaires sont peu influencées par le traitement. Il est intéressant de savoir si dans ce cas on obtiendra la disparition complète de l'éruption.

M. GAUCHER. — L'amélioration de l'éruption miliaire est certaine, mais elle a été beaucoup moins rapide et moins complète que celle des autres lésions concomitantes.

Acrodermatite continue (forme suppurative).

Par MM. HUDELO et HÉRISON.

La malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est atteinte d'une de ces affections suppuratives dermo-épidermiques, récidivantes, des deux mains, aujourd'hui bien connues depuis que M. Hallopeau les a différenciées cliniquement sous le nom d'acrodermatites suppuratives.

Voici résumée l'observation de cette malade :

M^{me} Mart..., 23 ans, est atteinte de l'affection actuelle depuis un an. Cette affection a commencé à la paume des mains, aux pouces et aux index, puis, plus tard, 3 mois après, les auriculaires furent pris.

Tout d'abord il apparut des crevasses persistantes sur un fond de rougeur inflammatoire des mains. Puis des squames se formèrent sur la région enflammée. Cet état dura 7 mois sans se modifier : il s'agissait d'une dermite eczématiforme simple.

Depuis 5 mois, l'affection a pris une autre modalité. Elle se caractérise par des éruptions pustuleuses récidivantes se reproduisant jusqu'à 10 fois par mois. Des phlycténules purulentes naissent à la région malade, de dimensions lenticulaires, d'abord isolées, se fusionnant ensuite par groupes et formant ainsi des nappes purulentes sous-épidermiques, dont certaines ont la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Les pustules crèvent, laissant des excoriations qui se recouvrent de squames.

Actuellement, la malade présente une éruption de ce type datant de deux jours.

Elle occupe la plus grande partie de la paume des deux mains, la face palmaire des deux pouces, des index et des auriculaires. *Les lésions sont parfaitement symétriques.*

Elles sont constituées par des pustules sous-épidermiques de dimensions et d'âge très différents. Les unes sont grosses comme des grains de mil ou de chènevis, d'autres déjà fusionnées sont irrégulières de contour et plus larges ; d'autres enfin, plus âgées, se recouvrent d'une croûte jaunâtre. A côté des pustules, des excoriations squameuses.

Toutes ces lésions reposent sur un *fond érythémateux* et sont entourées

d'une zone également érythémateuse dépassant largement les limites de l'éruption.

Il existe des *altérations des ongles* : irrégularité de surface, rugosités, pointillé en creux. Mais ces altérations ne se rencontrent pas sur le pouce et l'auriculaire gauches, lesquels présentent des lésions cutanées, et existent sur le médius et l'annulaire gauches, lesquels sont indemnes de lésions cutanées.

La malade se plaint de *démangeaisons*, parfois assez violentes, surtout le matin.

L'affection est restée *rebelle à tous les traitements* tentés depuis 9 mois : pâte de zinc, huile de cade, glycérolé d'amidon, *nitrate d'argent au 100°*, sous-nitrate de bismuth en poudre.

Comme *notion étiologique*, il semble avoir existé au début une irritation externe. La malade avait l'habitude de faire sa lessive et sa vaisselle ; des crevasses lui étaient venues aux mains et aux doigts pendant l'hiver dernier et c'est sur ces crevasses que se sont greffées les lésions actuelles.

En présence des heureux résultats obtenus dans des cas semblables par le traitement radiothérapique, nous avons l'intention de prier M. Danlos de vouloir bien soumettre notre malade à l'action des rayons Röntgen, espérant de cette méthode plus de succès que n'en ont donné les traitements déjà suivis.

Sur un second cas d'une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face.

PAR MM. HALLOPEAU ET KRANTZ.

L'un de nous a décrit, en avril 1891, dans une communication faite avec M. P. Claisse à la Société, ce nouveau type morbide ; depuis lors aucun autre cas n'en a été signalé ; peut-être a-t-il été confondu avec l'acnitis de Barthélemy ; nous verrons en quoi il en diffère.

La nommée X... en offre un second exemple bien typique : âgée de 29 ans, sans antécédents héréditaires, elle n'est atteinte d'aucune manifestation tuberculeuse ; son éruption a débuté soudainement il y a trois mois ; d'emblée, le placard que nous voyons aujourd'hui au menton a été intégralement constitué ; depuis lors, quelques boutons, en petit nombre, se sont développés à son pourtour ; un autre a paru sur la joue gauche, un autre sur la paupière.

Le groupe principal, localisé dans la partie médiane du menton, mesure 5 centimètres verticalement sur 3,45 transversalement ; il est formé par l'agglomération de boutons rouges, hémisphériques, de consistance ferme, gros comme des grains de chènevis, entourés d'aréoles érythémateuses, restant distincts ; plusieurs sont déprimés dans leur partie centrale ; certains sont translucides, mais ce sont de fausses apparences de vésicules, car la piqûre n'en fait sortir que du sang ; un seul d'entre eux est aujourd'hui

d'hui en suppuration; d'autres, d'après le dire de la malade, l'ont été antérieurement. La forme du placard est celle d'un croissant, à diamètre très épais, mesurant les trois quarts d'un cercle; au-dessus, on voit trois boutons plus volumineux. Il n'y a pas d'adénopathies.

Ce fait a une frappante analogie avec celui que l'un de nous a publié avec M. P. Claisse sous le même titre : dans les deux cas l'apparition a été comparable à celle d'un pseudo-exanthème; dans les deux cas, les boutons durs, indolents, ne suppurant pas constamment, agminés en un ou plusieurs placards zoniformes, sont restés exclusivement limités à la face.

Ce qu'il y a de particulier chez notre seconde malade, c'est l'ombilication que présente une partie des boutons sans qu'ils se soient ouverts : elle indique une résorption partielle de l'exsudat.

Cette éruption diffère de l'*acnitis* de M. Barthélemy par le siège intra-dermique et non sous-cutané des boutons, par le groupement des éléments en nombre considérable, par leur siège exclusif au visage, par leur localisation qui paraît, sauf contrôle biopsique, extra-folliculaire, par l'absence de poils dans leur partie centrale, par le défaut de signes de tuberculose : *c'est donc bien tout au moins à une variété nouvelle que nous avons affaire.*

M. Baocq. — Cette affection dont j'ai eu l'occasion d'observer quelques cas, correspond, je crois, à ce qui a été décrit, en Autriche, sous le nom d'acné colloïde.

Sur un nouveau cas d'acrodermatite suppurative.

Par MM. HALLOPEAU et KRANTZ.

La dermatose que l'un de nous a fait connaître sous cette dénomination est loin d'être une rareté pathologique; presque tous les ans des cas s'en sont présentés dans notre service; en voici un nouveau que nous croyons devoir vous présenter, car il est tout à fait typique.

La maladie cutanée de M^{me} Pas..., âgée de 31 ans, a débuté en septembre dernier par l'annulaire de la main droite; des phlyctènes, d'abord translucides, puis purulentes, se sont développées au pourtour de l'ongle; bientôt l'auriculaire et le médius ont été envahis à leur tour par l'éruption; un des ongles est tombé; au pied droit, le mal a envahi d'abord la plante, puis le bord interne et la face supérieure: le gros orteil a été également intéressé.

Actuellement, à la main droite, les cinquième, quatrième et troisième doigts sont complètement dépouillés de leur épiderme et les lésions s'étendent sur les faces palmaire et dorsale de la main; dans toutes ces

parties le tégument est d'un rouge vif, parsemé de petites traînées purulentes que recouvre une mince couche d'épiderme : il s'en écoule un liquide louche ; la malade accuse des sensations très pénibles de prurit et surtout de cuisson revenant par accès, souvent dans la soirée ; il n'y a pas trace de croûtes ; les ongles des doigts malades sont profondément altérés ; ils ont perdu leur poli ; leur surface est rugueuse, parsemée de dépressions et de saillies anormales.

A la main gauche, des altérations semblables occupent l'extrémité du petit doigt et une partie de la région palmaire ; aux pieds, les gros orteils, et à droite toute la région moyenne de la face plantaire et le bord interne, à gauche le milieu de la plante sont le siège des mêmes lésions suppuratives.

L'un de nous a attribué ces localisations à l'épaisseur considérable que présente l'épiderme dans ces parties, et à la gêne qui en résulte, d'une part, pour l'élimination des produits de suppuration, d'autre part pour la mise en action des topiques médicamenteux.

Naguère encore, le pronostic de cette dermatose eût été fâcheux en raison de sa durée indéfinie et de sa résistance opiniâtre à tous les agents médicamenteux ; il n'en est plus ainsi aujourd'hui ; nous allons confier notre malade à notre collègue M. Danlos qui, par les rayons X, aura selon toute vraisemblance raison, en quelques semaines, de ces dermatoses jusqu'ici si rebelles. Nous en donnons le témoignage en montrant de nouveau à la Société cet autre malade chez qui cette même dermatose avait résisté pendant plus de 26 ans à tous les topiques et qui peut être aujourd'hui considéré comme guéri ; il ne reste d'autres traces de sa dermatose invétérée que l'impossibilité d'étendre complètement les doigts et la chute des ongles.

Comme nous avons dit déjà, l'on peut s'expliquer en pareil cas les effets curatifs des rayons X par leur action bactéricide qui, grâce à leur puissance de pénétration, peut s'exercer profondément et va vaincre ainsi l'obstacle opposé par l'épiderme épais de cette région.

Nous rappellerons qu'à côté de la forme suppurative de cette acrodermatite nous en avons décrit une forme eczémateuse également localisée et résistante aux traitements ordinaires ; nous nous proposons de la traiter également par les rayons X.

Insuccès du xéroforme dans le traitement du chancre simple.

Par MM. HALLOPEAU et TRISSEIRE.

Nous sommes toujours à la recherche d'un bon topique non odorant contre ce chancre et nous nous attachons à expérimenter tous ceux

auxquels on attribue des effets favorables ; c'est ainsi que nous avons traité localement ce malade par l'application permanente de la poudre de xéroforme ; or, au bout de peu de jours, il s'est produit, malgré ce traitement, toute une série de nouvelles inoculations : il nous a fallu revenir à l'iodoforme.

Cas d'iodisme avec nodules intradermiques localisés aux derniers plis articulaires des deux annulaires.

Par MM. HALLOPEAU et TEISSIERE.

Le malade a eu un chancre il y a 4 ans ; il a commencé l'année suivante à prendre de l'iodure et dès lors, chaque fois qu'il y est revenu, c'est-à-dire à une dizaine de reprises, il s'est développé, au niveau de la face palmaire de la dernière articulation phalangienne des annulaires, de petits nodules ; c'est au bout de 4 à 5 jours de cette médication qu'ils surviennent ; ils mettent deux ou trois semaines à rétrocéder ; leur volume est celui d'un petit pois ; ils sont un peu allongés transversalement ; leur dureté est intermédiaire entre celle d'un tissu fibreux et celle d'un cartilage ; mobiles sur les plans profonds, ils siègent dans le derme ; ils sont strictement localisés à la région indiquée ; on ne voit rien de semblable se produire dans les autres parties du corps ni au niveau des autres articulations phalangiennes ; la cause de cette localisation constamment récidivante et de ses caractères spéciaux, insolites nous échappe complètement.

Sur un cas d'hydrargyrisme avec lésions des conjonctives.

Par MM. HALLOPEAU et TEISSIERE.

Nous montrons ce malade convalescent d'une hydrargyrie provoquée par des frictions réitérées d'onguent napolitain sur le scrotum, pour faire voir qu'il est actuellement encore, trois semaines après la cessation des frictions, atteint d'une conjonctivite intense avec saillie de la membrane sur le pourtour de la cornée ; il y a eu un exsudat séro-purulent : cette localisation n'est pas habituellement indiquée dans les descriptions.

M. J. DARIER. — L'hydrargyrie n'a probablement agi qu'en créant des portes d'entrée à l'infection ; dans l'hydrargyrie cutanée, on trouve dans les petites pustulettes du staphylocoque virulent.

M. BARTHÉLEMY. — Les cas d'*hydrargyrie externe* sont toujours très intéressants à observer, surtout quand ils surviennent, non pas à la suite de frictions où l'action irritative locale peut toujours intervenir et jouer un rôle, mais dans les cas où l'éruption survient, à la suite d'injections intramusculaires, d'huile grise, par exemple ; dans ce cas, il n'y a pour causer l'éruption que l'action seule du mercure sur un sujet déterminé. L'idiosyn-

crasie joue un rôle important; c'est chez les mêmes sujets que des doses même au-dessous de la moyenne déterminent des accidents; je me hâte de dire que ceux que j'ai vus n'ont jamais rien eu de grave. Une éruption scarlatiniforme, érythémateuse, puis pityriasique, se produisit, à peu près généralisée mais plus intense à la face interne des cuisses et des bras, dans les plis des coudes et des jarrets, aux aisselles, au cou et à la plante des pieds. Quelques douleurs dans les jointures, une légère hyperthermie complètent la ressemblance avec l'érythème infectieux ou avec une légère dermatite exfoliatrice. Je me souviens avoir vu autrefois, après l'ingestion stomacale de mercure, une éruption généralisée, croûteuse, d'une extrême intensité. Dans les deux cas auxquels mon souvenir se reporte actuellement, à la suite d'injections intramusculaires d'huile grise, sans la moindre friction d'une pommade quelconque, l'éruption se termina au bout de huit jours par une desquamation scarlatiniforme dont j'ai hâté l'élimination par des bains quotidiens d'amidon. La dose d'huile grise n'avait été que de six centigrammes de mercure métallique, et après la troisième piqûre, c'est-à-dire après la troisième semaine. Ces cas furent donc très simples mais prouvèrent les conséquences qu'eussent pu avoir, chez des sujets ainsi si prédisposés, les doses énormes qu'accidentellement certains autres sujets ont bien tolérées. Dans ces deux cas, il n'y avait, il n'y eut que de l'érythème et de la desquamation et pas la moindre vésicule staphylococcique ni autre. Or, dans les deux cas, il y eut de la conjonctivite qui évolua parallèlement à l'éruption. Je crois être en mesure de conclure que l'hydrargyrie peut être parfois conjonctivale. On se demande, d'ailleurs, pourquoi les téguments cutanés étant parfois si touchés, les téguments muqueux resteraient absolument indemnes. Ces conjonctivites médicamenteuses se voient, d'ailleurs, avec les éruptions de copahu, de santal, d'antipyrine, etc. Elles guérissent vite, facilement et complètement par les simples lotions adoucissantes et chaudes.

M. SULZER. — Il est difficile de faire le départ entre les conjonctivites syphilitiques qu'on observe à toutes les périodes de la vérole, de préférence chez les malades non traités, et une conjonctivite attribuable au mercure.

M. BARTHÉLEMY. — Il n'y avait aucune lésion oculaire d'origine syphilitique dans les cas auxquels je fais allusion et toute confusion était absolument impossible avec une affection quelconque conjonctivale, sclérotique, ou oculaire superficielle, de nature soit syphilitique, soit vénérienne coexistant. L'érythème palpébral et oculaire parut avec l'éruption hydrargyrique, disparut avec elle, et le diagnostic de l'origine médicamenteuse de la conjonctivite ne pouvait en ces cas laisser aucune espèce de doute dans l'esprit de l'observateur.

M. MORY. — J'ai eu l'occasion d'observer, il y a une vingtaine d'années, des accidents cutanés aigus, à forme d'eczéma transitoire généralisé, chez un officier général auquel j'avais administré, la veille, un gramme de calomel pour des troubles intestinaux. Il s'excusa lui-même très aimablement de cet accident inattendu et très pénible pour lui, en me disant: « Je vous demande pardon, j'ai oublié de vous dire que je ne supportais pas le calomel. » La poussée cutanée généralisée, fébrile et s'étendant à la

muqueuse buccale, disparaît rapidement comme dans les atteintes précédentes de cette forme rare d'hydrargyrisme cutané de cause interne.

Sur un troisième cas d'urticaire pigmentée cyclique, nouvelle espèce d'angio-névrose.

Par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE.

Le diagnostic chez ce malade présente de grandes difficultés, car son éruption ne ressemble identiquement à aucune de celles qui ont été décrites jusqu'ici : nous essaierons cependant d'établir l'exactitude du titre que nous venons d'écrire.

Son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

Agé de 19 ans, il entre, le 24 février, au 55 de la salle Bazin, après avoir séjourné quelques jours dans le service de M. Danlos. Son père est épileptique ; lui-même souffre d'engelures et de cyanose avec refroidissement des extrémités des membres. L'éruption qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a 9 ans ; après avoir siégé primitivement au cou, puis au pli du coude gauche, elle a progressivement envahi diverses parties du corps ; elle s'est, à une certaine époque, accompagnée d'éruptions bulleuses. On compte aujourd'hui une dizaine de placards qui occupent le côté gauche du cou, le membre supérieur gauche, la fosse iliaque droite, la cuisse et la fesse correspondante, le gland, les pieds, peut-être aussi la muqueuse buccale ; ces plaques s'avivent par poussées pendant l'hiver : chacune de ces poussées, d'après le malade, dure environ huit jours, puis s'efface tout en laissant des traces pour se reproduire une quinzaine de jours après ; au moment des poussées, le malade accuse des sensations très pénibles de cuisson ; la sensibilité est amoindrie au niveau des plaques ; les poussées se font constamment dans les mêmes parties. Nous assistons à l'une de ces poussées : chaque placard est constitué par une aréole d'un rouge vif, circonscrivant une aire non colorée dans laquelle l'aréole périphérique envoie des prolongements déliés qui s'épanouissent en taches plus étendues de formes irrégulièrement arrondies ; ces cloisons divisent l'aire principale en compartiments secondaires représentant surtout des ellipses mal tracées ; on voit, dans d'autres placards, des taches à contours arrondis d'environ 2 millimètres de diamètre.

L'aréole érythémateuse s'efface partiellement sous le doigt ; il reste une teinte pigmentée. La sensibilité est affaiblie dans tous ses modes au niveau de toutes les plaques : elle est indemne dans les autres parties de la surface cutanée. Les diamètres de ces placards, irrégulièrement arrondis ou elliptiques, mesurent de 2 à 11 centimètres ; certains d'entre eux forment des courbes incomplètement fermées. Au premier abord, les parties non colorées de ces placards semblent en état d'achromie, mais ce n'est là qu'une apparence.

A la région fessière, deux taches d'origine récente ne mesurent guère que 15 millimètres de diamètre : leur coloration est d'un rouge uniforme ; la sensibilité y est amoindrie ; ce sont, d'après le malade, de nouveaux pla-

cards en voie d'évolution. Les extrémités sont constamment cyanosées et tuméfiées. Rien à noter dans l'état général. La langue est nettement scrotale.

Le 26 février, une friction avec une lotion excitante amène en quelques instants une rougeur avec saillie ortiée des plus nettes de toutes les aréoles érythémateuses : elle s'accompagne d'une sensation très pénible de cuisson. Le 1^{er} mars la poussée est éteinte ; il ne reste que des aréoles et des taches pigmentées qui ne disparaissent pas sous la pression du doigt : le malade nous affirme catégoriquement, à diverses reprises, que ces macules persistent constamment dans l'intervalle des poussées aussi bien, contrairement à des assertions antérieures, l'été que l'hiver.

Nous nous sommes assurés qu'une friction pratiquée sur les placards dans les phases de pure pigmentation y amène de la rougeur avec une légère saillie des parties érythémateuses.

Il n'y a pas d'autographisme.

En résumé, depuis 9 ans, ce malade présente des plaques curvilignes devenant à intervalles érythémateuses, constamment pigmentées, circonscrivant des aires cloisonnées par leurs prolongements. Elles sont partiellement anesthésiées

Le gland ainsi que, d'après les assertions du malade, la voûte palatine sont affectés des mêmes éruptions.

Soit spontanément, soit sous l'influence d'irritations locales, il se produit au niveau de ces plaques des élevures urticariennes.

Urticaire et pigmentation, tels sont deux des principaux caractères de cette éruption. Or, l'un de nous a déjà présenté à la Société deux malades, l'un en 1898, l'autre en 1901, avec M. M. Sée, chez lesquels ces deux particularités étaient les phénomènes dominants et qui présentaient concurremment du refroidissement des extrémités.

Comme autres phénomènes communs, nous trouvons, dans le premier de ces faits, la dissémination asymétrique de l'éruption, l'aspect annulaire, le centre restant indemne, d'un grand nombre d'éléments, l'accentuation de leur couleur en même temps que leur légère élevure sous l'influence de l'air ambiant, la persistance pendant plus d'une année des éléments qui souvent pâlissent et deviennent à peine visibles sans disparaître jamais complètement, la production par instants d'un léger prurit.

Dans notre premier fait, les placards étaient curvilignes ; une teinte bistrée vint y doubler la coloration rouge et persista après la disparition de cette dernière ; par places, les plaques prenaient l'aspect ortié ; des poussées secondaires se sont faites dans leur aire.

Dans les deux premiers cas, la sensibilité a été intacte.

Il n'y a donc pas identité absolue avec notre nouveau fait ; mais les caractères communs que nous considérons comme primordiaux, c'est-à-dire les contours curvilignes des plaques, leur coloration pigmentée avec poussées érythémateuses et reliefs ortiés, le cloisonne-

ment des aires circonscrites, la reproduction constante des poussées dans les mêmes foyers, la disparition apparente des placards, leur reviviscence sous l'influence des excitations locales, la coïncidence avec l'algidité des extrémités constituent un ensemble symptomatique qui nous conduit à rattacher ces trois faits à un même type que nous proposons de dénommer *urticaire pigmentée cyclique*.

Il diffère de l'urticaire pigmentée vulgaire par son début tardif, par l'absence des colorations bistrées, par la disposition annulaire des placards, par le peu d'intensité des cuissons ortiées.

Notre cas actuel présente comme caractères n'appartenant pas aux précédents l'atténuation des sensibilités au contact, à la douleur et à la température, ainsi que le cloisonnement des aires par des tractus érythémato-pigmentés.

L'existence, chez Lam., d'anesthésies limitées aux placards impose un diagnostic différentiel à une lèpre : l'absence de tout autre symptôme de cette maladie et le fait que le jeune homme, né dans l'Yonne, n'a jamais séjourné dans un pays à lèpre, nous permettent d'éliminer cette hypothèse. La coïncidence avec l'asphyxie locale des extrémités est d'accord avec l'idée d'une angio-névrose.

Nous résumerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail : il y a lieu de différencier, sous le nom d'*urticaire pigmentée cyclique*, une nouvelle espèce morbide caractérisée par la production de placards érythémato-pigmentés, circonscrivant des aires indemnes ou cloisonnées, rougissant et devenant saillants, soit spontanément, soit sous l'influence d'excitations diverses, étant susceptibles de s'effacer incomplètement, se renouvelant pendant des années coïncidant avec une asphyxie locale des extrémités et pouvant s'accompagner d'anesthésies : il s'agit d'une angio-névrose.

M. J. DARIER. — Il n'est pas difficile de vérifier si l'on a bien affaire ici à une urticaire pigmentée. Cette affection présente, en effet, comme caractère constant la possibilité de provoquer une saillie urticarienne par la friction des plaques pigmentées ; en second lieu, la structure du tissu morbide est tout à fait pathognomonique : l'infiltration y est en effet constituée presque exclusivement par des Mastzellen.

Pemphigus successif à kystes épidermiques.

Par MM. GAUCHER et TOUCHARD.

Il s'agit d'une fillette de 2 ans et demi, chez laquelle l'affection a débuté à l'âge de 3 mois.

Les antécédents héréditaires de la petite malade permettent de relever quelques faits intéressants : toute sa famille, aussi bien du côté paternel que du côté maternel est arthritique, es sujette aux manifestations variées de

cette diathèse. — La grand'mère maternelle est atteinte de déformations articulaires généralisées qui ont abouti aujourd'hui à une ankylose complète des membres et de la colonne vertébrale. La mère de l'enfant semble en excellente santé malgré une certaine tendance à l'obésité.

Quelques mois après son mariage elle fit une fausse couche de deux mois qui, d'après les renseignements rétrospectifs, semble avoir donné lieu à l'expulsion d'une môle hydatiforme.

Une seconde grossesse donna naissance à un enfant, qui dès l'âge de 3 mois fut atteint de la même affection que la malade qui fait l'objet de cette observation. — L'affection débuta par des bulles de pemphigus. On les attribua à des brûlures, dont on rendit responsable la nourrice chez qui l'enfant était à la campagne. A 4 mois (un mois après l'apparition du pemphigus) l'enfant succombait à une cachexie rapide associée et peut-être due à une gastro-entérite infantile.

Une nouvelle grossesse se termina par la naissance de notre malade.

Une autre fille enfin naquit depuis. Elle a aujourd'hui 14 mois et ne présente rien de semblable à l'affection que présente sa sœur.

Notre malade vint au monde à terme et, à part son affection cutanée, elle présente l'aspect d'un bel enfant, qui est bien portant. C'est vers l'âge de 3 mois que fut signalée pour la première fois par la nourrice la première apparition de bulles ; mais la mère de l'enfant ne peut préciser ni la date exacte, ni le mode particulier du début de la maladie. Ce qui semble certain cependant, c'est que ce début coïncida avec l'apparition de gastro-entérite infantile. Depuis cette époque, les bulles n'ont jamais cessé de se reproduire, sauf pendant quelques rares périodes, d'ailleurs très courtes.

Ces bulles surviennent spontanément et ne semblent pas être précédées de prurit. La maman de l'enfant remarqua depuis déjà longtemps qu'une contusion un peu violente de la peau est suivie presque immédiatement de l'apparition d'une bulle au point contus.

Chacune de ces phlyctènes se forme très rapidement et très souvent on en constate le matin au réveil en un point qui la veille au soir ne présentait aucune altération.

Elles atteignent en moyenne la dimension d'une noix ou d'une mandarine. Elles sont remplies d'un liquide jaunâtre, clair, citrin. Chacune d'elles dure huit à quinze jours et disparaît en se flétrissant tantôt après rupture spontanée, tantôt après avoir conservé son enveloppe intacte pendant toute la durée de son évolution.

A aucun moment l'enfant ne semble accuser de douleur, ni même de prurit.

Les kystes épidermiques surviennent au siège des anciennes bulles un temps assez long après la disparition de celles-ci.

Au moment où nous présentons l'enfant, on peut observer :

1° Des traces de bulles récentes, ouvertes et flétries au niveau du coude et du poignet droits.

Leur circonférence d'implantation a la dimension d'une pièce de 5 francs environ ; elle est recouverte par l'épiderme ridé et desséché qui constituait la paroi des phlyctènes ;

2° Des taches érythémateuses, plus ou moins larges, plus ou moins foncées

disséminées à peu près sur toute la surface du corps. Elles représentent les traces de phlyctènes anciennes ;

3° Des kystes épidermiques, de la dimension d'une tête d'épingle. Quelques-uns sont réunis en groupes plus ou moins confluent.

Ils siègent toujours sur l'emplacement d'une ancienne bulle de pemphigus. Ils sont de consistance dure, de couleur blanc grisâtre, et contiennent une matière blanche, ayant la consistance du suif et qu'il est facile d'énucléer par pression sur les parois du kyste. Examinée au microscope, cette substance est constituée par des cellules épidermiques agglomérées.

Les kystes sont surtout nombreux au niveau des mains (surtout de la face dorsale), des avant-bras, des genoux. Enfin, le cuir chevelu en est presque complètement couvert.

4° Les ongles présentent des altérations : ils sont hypertrophiés et déformés au niveau des deux gros orteils ; ils sont dystrophiques et noirâtres aux autres orteils et aux doigts.

Il n'y a jamais eu de traces d'hémorrhagie rectale ou nasale, ainsi qu'on l'a constaté dans quelques observations.

Enfin nous insistons sur ce point que l'état général de l'enfant est excellent.

Tabes avec mal perforant buccal et résorption osseuse du maxillaire supérieur.

Par MM. GAUCHER et TOUCHARD.

Une femme de 46 ans, Antoinette C..., n'ayant présenté dans son passé pathologique aucun accident qui puisse faire soupçonner la syphilis, vit tomber en une semaine 14 dents, spontanément, sans aucune douleur névralgique. — Cela se passait au commencement de 1903. — A cette époque, dit-elle, elle était en excellente santé, à part quelques douleurs dans les jambes qu'elle attribuait à du rhumatisme, qui avaient fait leur apparition depuis près d'un an et n'étaient autre chose que des douleurs fulgurantes.

Un mois environ après cet incident, la malade était obligée d'entrer à Lariboisière pour un violent point de côté persistant, avec troubles respiratoires, mais bon état général. On lui déclara qu'elle était atteinte d'une pleurésie (qu'on ne ponctionna pas d'ailleurs). Pendant son séjour à Lariboisière, on constata en outre, qu'elle urinait en grande quantité, qu'elle accusait une soif constante, l'obligeant à absorber plusieurs litres d'eau par jour. Cependant les urines examinées ne contenaient aucune trace de sucre.

Fin 1903, la malade vit apparaître sur l'extrémité antérieure de la voûte palatine du côté gauche une fistule qui fut d'abord très petite, de la dimension d'une tête d'épingle pendant un an. Cependant depuis le commencement de janvier 1905 cette perforation augmenta rapidement et notablement de dimension, ce qui amena notre malade à venir à l'hôpital Saint-Louis.

Au moment de son entrée à l'hôpital cette fistule palatine est située tout

près du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur gauche. Elle est allongée dans le sens antéro-postérieur, représentant une sorte de fissure d'un centimètre de long environ sur deux millimètres de large.

Il arrive fréquemment que les liquides et même les solides peuvent refluer par cet orifice de la bouche dans les fosses nasales. Mais ce n'est pas tout : sur tout le côté gauche de la mâchoire supérieure, toutes les dents sont tombées; le rebord alvéolaire supérieur est atrophié en masse, par résorption osseuse; il n'est plus représenté que par un très petit bourrelet osseux recouvert d'une gencive pâle et elle-même atrophiée. La voûte du palais de ce côté est comme refoulée vers les fosses nasales, formant une sorte d'entonnoir dont l'orifice est justement représenté par la fistule osseuse. Enfin, cette atrophie du maxillaire supérieur est même visible extérieurement quand on examine la face de la malade. On voit alors que la joue gauche et la pommette du même côté sont beaucoup moins saillantes que du côté droit. C'est tout l'os maxillaire supérieur qui est atteint de résorption osseuse.

Or, en complétant l'examen, on constate qu'on est en présence d'une tabétique.

Les réflexes rotuliens sont en effet complètement abolis; le signe d'Argyll Robertson existe dans toute sa netteté; il existe de plus une bande d'anesthésie à distribution radiculaire sur la face antérieure du thorax et sur le dos. Nous avons dit que la malade avait éprouvé à un moment des douleurs fulgurantes dans les jambes. Ajoutons qu'il y a un an survint du ptosis intermittent de la paupière gauche et du strabisme également passager du même côté. La malade fut même opérée à cette époque dans le but de corriger le strabisme dont la vraie cause avait été probablement méconnue. Le résultat opératoire fut du reste de rendre permanent un strabisme qui n'était que passager.

Enfin l'incoordination motrice est si peu marquée que la malade n'en a même pas conscience. Toutefois il est facile de la déceler dans les mouvements d'épreuve.

En résumé, il s'agit d'une tabétique atteinte de mal perforant buccal. Cette résorption osseuse spontanée peut, pour ainsi dire, être considérée ici comme l'accident initial ou tout au moins révélateur du tabes puisqu'elle débuta à une période où la malade se considérait comme étant en excellente santé. D'autre part, nous ferons observer que depuis deux ans la lésion, qui n'a jamais été douloureuse, continue à évoluer et que l'atrophie osseuse s'accroît de jour en jour.

Soumise depuis plus d'un mois au traitement mercuriel par injections sous-cutanées quotidiennes de deux centigrammes de benzoate de mercure, la lésion ne manifeste aucune tendance à la cicatrisation. Elle tendrait plutôt à s'accroître. Ajoutons qu'ici la syphilis est inconnue.

M. CHOMPRET. — Je rappelle au sujet de cette malade l'explication que j'ai donnée ici pour un autre cas de mal perforant buccal : la résorption alvéo-

www.libtool.com.cn
 laire n'est pas forcément localisée, fixée, si j'ose m'exprimer ainsi, par une infection alvéolo-dentaire antérieure, une pyorrhée alvéolaire, ainsi que le veut Galippe; elle n'est point non plus sous la seule dépendance d'une névrite périphérique dont le point de départ serait une lésion articulo-dentaire ainsi que le dit Baudet, mais cette lésion, dépendant avant tout du trophisme vicié dû au tabes, se développe en tel ou tel point des maxillaires au gré de différents facteurs ayant diminué localement la résistance des tissus.

Ici encore une pyorrhée alvéolaire, là une infection dentaire, ailleurs un traumatisme... J'ai insisté surtout sur ce dernier facteur qui permet d'expliquer comment ont débuté telles lésions non en rapport avec des infections buccales localisées; c'est ainsi que, chez le malade présenté aujourd'hui par le professeur Gaucher, nous apprenons que les premières dents ébranlées et tombées furent les incisives supérieures, incisives saines d'ailleurs, de même que toutes les autres dents et leurs ligaments. Or, j'ai attiré dès longtemps l'attention sur la région incisive supérieure qui, pendant la mastication, se trouve sans cesse et seule soumise à un traumatisme qu'on pourrait dire physiologique.

La malade de M. Gaucher me semble rentrer dans cette nouvelle classe des tabétiques dont le mal perforant buccal doit sa localisation au traumatisme; remarquons de plus qu'ici la lésion du maxillaire supérieur est en rapport exact avec les points de contact des dents subsistant aujourd'hui au maxillaire inférieur.

Syphillides nodulaires hypodermiques.

Par MM. J. DARIER et CIVATTE.

Le malade que nous vous présentons peut sembler, à première vue, médiocrement intéressant; c'est un syphilitique à la période secondaire. Sa syphilis à la vérité mérite d'être qualifiée de *syphilis intense*, en raison de la multiplicité peu ordinaire des accidents auxquels elle a donné lieu et de la forme qu'affectent quelques-uns d'entre eux. On relève en effet chez cet homme des syphillides cutanées érythémateuses, papulo-lenticulaires et papulo-croûteuses très abondantes, des croûtes sur le cuir chevelu, des plaques muqueuses buccales, des adénopathies, une iritis assez grave, de la céphalée et une diminution notable des forces.

Mais, en plus de ces manifestations d'ordre relativement banal, nous avons constaté chez lui et étudié histologiquement, une forme très rare et très curieuse d'accidents syphilitiques secondaires siégeant dans l'hypoderme et se présentant sous l'aspect de nodosités dures, mobiles et indolentes.

Ces *syphillides hypodermiques noueuses*, qui ne sont que mentionnées en termes assez vagues dans les traités classiques, ont été signalées déjà par un certain nombre d'observateurs, notamment par

Mauriac (1), Marcuse (2), Erich Hoffmann (3), Jullien (4); on en connaît grâce à eux les caractères cliniques, ainsi que le siège anatomique et la structure.

Notre cas en est un exemple si remarquable que nous avons tenu à le publier pour confirmer et compléter sur quelques points les descriptions de nos prédécesseurs.

Voici tout d'abord l'observation résumée de notre malade :

OBSERVATION. — Alphonse V..., âgé de 36 ans, est un ouvrier vigoureux, bien constitué, de grande taille.

Il se présente à nous le 30 janvier dernier, couvert d'une éruption de syphilides absolument typiques. Cependant il nie énergiquement tout contact suspect et se refuse catégoriquement à admettre qu'il puisse avoir contracté une maladie vénérienne. Il n'a conservé aucun souvenir de l'accident primitif et malgré nos recherches nous n'en avons trouvé aucun vestige.

Il a quitté son travail le 22 décembre 1904, pour des maux de tête et une lassitude générale, sans fièvre à ce qu'il affirme. Le 15 janvier il aurait remarqué pour la première fois une éruption de taches rosées occupant le tronc et les membres; quelques jours après, des « boutons » qui ont envahi à la fois le tronc, les membres et le visage; puis des croûtes dans les cheveux; puis des plaques sur le voile du palais. Toute cette « explosion » se serait faite en une dizaine de jours. Le 7 février, souffrant en outre de son œil gauche, devenu très rouge, il demande son admission dans le service.

On constate à ce moment les lésions suivantes :

Roséole à larges taches lilacées, quelques-unes ortiées, sur les épaules, le haut du tronc et les bras.

Papules lenticulaires, résistantes, roses ou jambonnées très abondantes sur la face, notamment sur le front, dans les sillons naso-géniens et au pourtour de la bouche, sur les épaules et le haut de la poitrine, sur la face externe des bras, sur les faces antérieure et externe des cuisses et des jambes; un grand nombre de ces éléments sont *papulo-squameux* ou entourés d'une collerette de Bielt; quelques-uns, sur les épaules, sont larges, aplatis, portent une croûte séro-sanguine recouvrant une surface lisse, déprimée, non ulcéreuse, *papulo-croûtes*.

Croûtes au cuir chevelu, disséminées sans ordre.

Ganglions indurés, mobiles, indolents, dans les deux aines; on n'en constate pas d'appréciables aux régions cervicale, sous-maxillaires, axillaires et épitrochléennes.

Aucune *plaque muqueuse* au moment de l'entrée du malade; mais le 14 février on note deux érosions opalines sur le voile du palais, et une érosion à enduit diphthéroïde dans le sillon gingivo-labial inférieur.

(1) MAURIAC. *Syphilis primitive et syphilis secondaire*, p. 832. Affections précoces du tissu cellulaire sous-cutané.

(2) MARCUSE. Ueber nodose Syphilide und syphilitische Phlebitis. *Archiv. für Dermatologie u. Syphilis*, 1902, t. LXIII, p. 3.

(3) ERICH HOFFMANN. *Charité Annalen*, t. XXVII.

(4) LOUIS JULLIEN. Syphilis noueuse et lésions des vaisseaux. *Revue des maladies de la nutrition*, décembre 1903.

Le malade se plaint d'obstruction de sa fosse nasale droite; il mouche par la narine de ce côté du muco-pus, des croûtes, et un peu de sang; l'examen rhinologique pratiqué par le Dr Veillard décèle une *ulcération de la cloison* des fosses nasales à droite.

L'*iritis* a apparu le 7 février. Le malade a remarqué de la douleur péri-orbitaire, du larmolement, de la photophobie, du trouble de la vision. Nous avons constaté de l'injection périkeratique de la conjonctive, de la déformation de l'orifice pupillaire qui est agrandi, un trouble de la chambre antérieure, et un éclat terne de l'iris.

Dans les jours qui suivirent, nous vîmes naitre près du bord pupillaire de l'iris à sa partie inféro-interne, un petit nodule blanc jaunâtre, de la grosseur d'une pointe d'épingle, entouré d'un infiltrat brunâtre gros comme un grain de millet; au pourtour se voyait un exsudat grisâtre.

La pupille, en se dilatant, sous l'influence de l'atropine instillée *larga manu*, prit une forme losangique puis ovalaire. Le traitement spécifique administré a eu pour effet de faire en quelques jours disparaître le point blanc d'abord, puis le nodule; le 14 février on ne trouvait plus qu'un épaissement jaunâtre, œdémateux du bord de l'iris; la conjonctive restait injectée.

Nous en venons maintenant au point spécialement visé par notre observation :

Nodules hypodermiques. — En même temps que les papules, ou peu de jours après, se sont formés en différents points des membres des nodosités dures, circonscrites, dont le malade s'est aperçu par hasard, en sorte qu'il ne peut préciser exactement la date et l'ordre de leur apparition. Il n'éprouvait à leur niveau aucune douleur spontanée; ce n'est qu'en les palpant et malaxant qu'il les trouvait un peu sensibles.

Ces nodules arrondis ou vaguement ovalaires sont du volume d'un très gros pois ou d'un petit haricot; leur consistance est ferme, dure même; leur limitation est précise, en ce sens qu'ils ne sont pas compris dans une gangue d'œdème; dans certaines positions quelques-uns d'entre eux font une saillie peu appréciable. Leur mobilité sur le plan aponévrotique est complète et on peut les déplacer d'un à plusieurs centimètres; ils sont mobiles également sous la peau qui peut sans difficulté être plissée au-dessus d'eux; le tégument n'offre aucun changement de coloration à leur surface, à la seule exception d'un nodule situé devant la crête du tibia gauche dont l'emplacement est marqué par une légère teinte érythémateuse à contours diffus.

Quant au siège et à la distribution de ces nodules, voici ce qu'on relève sur un schéma recueilli au lit du malade.

Sur le membre supérieur droit, existe un seul nodule en avant de la masse des muscles épicondyliens.

Sur le membre supérieur gauche, 3 nodules, l'un au-dessous de la saignée en avant, l'autre au même niveau sur la face interne du bras; un troisième, sur la face postérieure de l'avant-bras, a été enlevé pour l'examen histologique.

Sur le membre inférieur droit, 4 nodules au-devant de la jambe dans sa moitié inférieure et un en dedans du plateau interne du tibia.

Sur le membre inférieur gauche, un au-dessus du cou-de-pied, sur la crête u tibia, déjà signalé; un entre les deux jumeaux, sous le plateau interne du tibia, 2 sur la face interne de la cuisse.

En tout 15 nodules, dont aucun sur le tronc, ni à la racine des membres, ni sur la tête et le cou, aucun sur les extrémités proprement dites.

Le diagnostic de la nature de ces nodosités nous a aussitôt préoccupés.

Il s'agissait certainement de productions récentes; le malade, très intelligent, affirmait n'en avoir eu aucune avant sa maladie.

L'action du traumatisme devait être exclue de par la topographie même des nodules, siégeant soit sur les parties exposées au choc, soit sur les régions relativement protégées.

Il ne pouvait être question d'*érythème noueux*, quoique nous sachions fort bien qu'on observe l'*érythème noueux* avec une fréquence remarquable au cours de la syphilis secondaire (*érythème noueux syphilitique*), — la topographie des éléments, le peu de douleurs qu'ils causaient, leur parfaite mobilité, l'absence d'adhérence à la peau et de congestion érythémateuse (sauf en un seul point) constituaient trop de différences.

Cette même indépendance des productions nodulaires par rapport à la peau et aux parties profondes écartait le diagnostic de *gommès syphilitiques* véritables de l'hypoderme, de la forme communément observée à la période secundo-tertiaire.

Songeant aux organes immergés dans l'hypoderme et pouvant être le point de départ de ces petites tumeurs, nous avons pensé aux troncs lymphatiques et aux veines. Une *lymphangite nodulaire* se serait nécessairement traduite par une rougeur des téguments et un engorgement ganglionnaire qui, ici, faisaient défaut.

La *phlébite syphilitique secondaire*, bien connue depuis une dizaine d'années (1), se présente classiquement sous forme de cordons, uniques ou multiples, d'une certaine étendue, quelquefois fort longs.

Pouvions-nous être en présence d'une *phlébite nodulaire*? En raison de l'absence de tout trouble apparent de la circulation, de dilatation des veines en amont et des veines collatérales, de tout œdème localisé ou des membres dans leur ensemble, nous ne l'avons pas cru, et cela à tort, ainsi qu'on va le voir.

Connaissant mal les travaux parus sur la question, nous avons donc conclu à des *papules syphilitiques hypodermiques* (?) en d'autres termes à des néoplasies syphilitiques secondaires, de même type

(1) MENDEL, HOUZARD, PROKSCHE. Voir à ce sujet la remarquable revue générale de G. ROUSSY. *Gazette des hôpitaux*, 5 sept. 1903.

probablement que les papules contemporaines existant dans le derme, et nées comme ces dernières autour de ramifications vasculaires de petit calibre. La présence chez notre malade d'un *nodule irien* était faite pour nous confirmer dans cette hypothèse.

Or, voici ce que nous a montré la biopsie :

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Cet examen a porté : 1° sur un élément dermique papulo-squameux du type le plus banal ou le plus classique;

2° Sur un nodule sous-cutané de l'avant-bras gauche.

Les lésions histologiques de la *papule cutanée* ne présentent aucune particularité; on y retrouve le plasmome périvasculaire habituel avec ses cellules géantes. L'image obtenue est superposable à celles que tous les classiques donnent de la syphilide papuleuse.

L'examen du *nodule sous-cutané* offre un bien plus grand intérêt.

La tumeur extirpée avait la dimension d'un pois; elle était enveloppée de plusieurs fascias fibreux, assez peu adhérents. Une déchirure de ces fascias laissait apercevoir la paroi propre du nodule qui était jaunâtre. Sa forme était ovoïde; à ses deux pôles, elle se continuait par un cordon de 0^m,001 à 0^m,002 d'épaisseur, qui, à la section, présentait une apparence de lumière centrale.

La petite tumeur paraissait donc s'être développée sur le trajet d'un vaisseau.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une veine.

Les coupes ont porté sur le centre du nodule, et sur un de ses pôles.

Ces dernières ne nous ont montré que de l'endophlébite végétante banale.

Les coupes qui intéressent la partie centrale nous ont, au contraire, décelé des lésions caractéristiques.

L'endophébite oblitérante y devient un phénomène accessoire; ici il y a une véritable néoplasie qui, à la fois, oblitère la cavité, et infiltre la paroi veineuse.

La présence de cette néoplasie et son siège dans la paroi vasculaire empêche de songer à une thrombo-phlébite banale.

Elle détruit partiellement la tunique musculaire, se substitue à elle, et vient en certains points au contact de l'adventice; ailleurs, elle dissocie seulement les fibres musculaires, et les refoule devant elle.

La membrane sous-endothéliale a résisté. En outre, au milieu même de l'infiltrat, on trouve la coupe de deux lames fibro-élastiques, qui sont évidemment deux valvules symétriques comprises et comme noyées dans la néoplasie.

Cette tendance à l'envahissement et à la destruction coïncidant avec l'évolution clinique absolument latente, éveille immédiatement l'idée d'un processus spécifique.

L'examen du tissu néoformé confirme cette impression; ce tissu porte l'empreinte de la syphilis.

Sur un point de la coupe, on voit qu'il est presque exclusivement composé de plasmazellen juxtaposées, et groupées autour de capillaires sanguins dilatés, à paroi un peu épaissies. Il réalise ainsi précisément le schéma de l'infiltrat syphilitique secondaire.

Notre néoplasie ne présente pas partout cette apparence, sans doute ; à part les cellules géantes, à elles seules peu caractéristiques, en bien des points, elle n'est composée que de tissu conjonctivo-vasculaire semblable à celui de l'endophlébite banale des extrémités du nodule.

Mais il est bon de noter qu'au moment de la biopsie notre malade avait subi un traitement énergique : l'éruption cutanée avait régressé, et la papule irienne avait disparu. Rien d'étonnant, dès lors, à ce que l'infiltrat ait perdu, par places, de son aspect caractéristique ; mais même en ces points, sa distribution seule suffirait presque à le caractériser, et la présence de cellules géantes vient encore apporter une nouvelle présomption. Enfin le plasmome encore visible, ne permet plus de douter, il s'agit bien d'un syphilome.

La présence de leucocytes polynucléaires pourrait, au premier abord, dérouter, ou, au moins, faire croire à une infection banale surajoutée.

Leur présence s'explique aisément : d'abord, un caillot s'est formé, à côté de la néoplasie, il a été ensuite envahi par elle, et nous en retrouvons encore quelques hématies. Ces leucocytes ont vraisemblablement la même origine ; s'ils étaient arrivés à l'occasion d'une infection surajoutée, les vasa-vasorum en seraient bourrés ; or, nous n'en voyons aucun dans les vaisseaux de l'adventice, qui ne présentent guère comme lésions qu'un peu d'épaississement de leurs parois, et une couronne de cellules d'inflammation.

À part ces lésions minimes, mais caractéristiques, l'adventice est intacte.

En résumé, il s'agit donc d'un nodule phlébitique ; non pas d'une veine thrombosée, noyée au milieu d'un infiltrat plus ou moins considérable, comme semblent l'indiquer les descriptions de Mauriac et de Jullien ; mais bien, comme l'avait vu Marcuse, d'un *syphilome de la paroi veineuse*. Né dans cette paroi, et apparemment au-dessous de l'endo-veine, il a dans son développement rétréci puis oblitéré le calibre du vaisseau, est devenu ainsi l'occasion d'un thrombus, et le caillot formé a suscité, comme d'habitude, une endophlébite qui, celle-là, est de nature banale.

Notre supposition d'une « papule hypodermique » comparable aux papules dermiques et à la papule irienne, était donc justifiée et le microscope nous a appris que cette « papule » s'est formée dans les tuniques veineuses.

Ajoutons quelques mots au sujet de l'évolution de ces syphilides nodulaires des veines. Elles ont apparu insidieusement, à froid ; elles n'ont donné lieu, fait assez surprenant, à aucun trouble apparent de la circulation, tel qu'œdème, dilatation du vaisseau en amont, etc.

Dès le début du traitement spécifique, elles semblent avoir été influencées par ce dernier, car le nodule excisé après 5 injections mercurielles solubles offre déjà des indices de régression. Et cependant à ce moment même, le 17 février, l'observation porte que l'on

découvre deux nodules nouveaux, probablement de formation récente. Le 24 février, en revanche, les nodules avaient diminué au point qu'on ne les retrouvait qu'à grand'peine. Aujourd'hui (2 mars) après un traitement intensif, la palpation ne permet pas d'en retrouver la moindre trace; l'éruption papuleuse des téguments est en voie de disparition.

CONCLUSIONS. — 1° *Au cours des manifestations d'une syphilis secondaire, généralement intense, on peut constater l'apparition de nodules sous-cutanés durs et mobiles (syphilides nodulaires hypodermiques).*

2° *Le siège anatomique de ces nodules est dans la paroi des veines sous-cutanées (phlébite nodulaire syphilitique).*

3° *La structure de ces nodules est celle d'un syphilome; ils donnent lieu secondairement à une thrombo-phlébite banale.*

4° *Le traitement mercuriel agit sur ces manifestations et en amène la disparition, avec, en apparence tout au moins, restitutio ad integrum.*

M. A. FOURNIER. — Que devient la veine en amont et en aval de ce syphilome? y a-t-il de la thrombose? a-t-on au palper la sensation d'un cordon?

M. DARIER. — Rien ne donne cliniquement l'impression d'une phlébite; il n'y a ni dilatations veineuses, ni cordon, ni œdème; la lésion est exclusivement nodulaire; c'est une papule sous-endothéliale analogue à une papule sous-épidermique.

M. BAUDOIN. — C'est en somme une lésion constituée à la fois par une gomme et par de la phlébite.

M. DARIER. — Le nom de gomme n'est pas ici justifié; il faut dire syphilome, car au point de vue de la structure j'ai montré que les gommages diffèrent des autres syphilomes; c'est ainsi par exemple qu'il n'y a généralement pas de cellules géantes dans les gommages véritables de l'hypoderme.

M. BALZER. — J'ai publié une observation analogue à celle de M. Darier; il s'agissait d'un malade qui présentait à la fois: une éruption papuleuse généralisée et des nodules hypodermiques, mais je n'ai pas fait d'examen histologique.

M. GASTOU. — Dans le cas actuel, il y a des amas tels de cellules épithélioïdes et géantes qu'on croirait une lésion tuberculeuse, c'est un aspect insolite pour un syphilome.

M. DARIER. — Il y en avait tout autant dans la papule cutanée que nous avons biopsiée.

M. FOURNIER. — J'ai observé assez souvent des faits analogues à celui de M. Darier, c'est-à-dire des nodules indurés semblables à de petits pois, indolents, roulant sous le doigt, sans réaction inflammatoire, et guérissant très bien par le traitement. Au début je m'étais demandé quel était exacte-

ment le siège de ces nodules ; en l'absence de tout symptôme classique de phlébite, je n'avais pas cru devoir les localiser dans les veines, et j'avais admis qu'il s'agissait de petits noyaux de lymphangite.

Alcoolisme et xanthome plan miliaire généralisé.

Par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.

Jean D..., marchand de vins, âgé de 32 ans, vient au mois de février 1905 à l'hôpital Saint-Louis pour de petites nodosités de la peau, de la grosseur de grains de mil ou de froment, de coloration jaune paille et siégeant à la nuque, à la face postérieure des bras et des cuisses. Rien à noter de particulier dans les antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, le malade a eu un premier érysipèle en 1893 et une deuxième fois en 1896.

Dans cette même année, il a eu la fièvre typhoïde. Il est sujet à s'enrhumer facilement et tousse assez abondamment depuis quelque temps. Enfin, à cause de son métier, il est sujet à l'alcoolisme depuis plusieurs années ; il boit deux à trois litres de vin par jour, sans compter les apéritifs et autres boissons alcooliques.

Sa maladie de peau serait apparue dans les premiers jours du mois de janvier 1905 par plusieurs petites papules jaune soufre sur la face postérieure du bras gauche, au pourtour du coude. Ces premiers éléments ont peu à peu grandi, en même temps que d'autres apparaissaient en d'autres points du corps. A l'examen, on leur trouve tous les caractères du xanthome. A la nuque, s'étendant entre les deux oreilles et à la limite du cuir chevelu, on voit une trainée de petites nodosités semblables à des grains de mil ou de froment, blanchâtres ou jaunâtres, isolées ou réunies en plaques, ne dépassant pas le niveau de la peau ou à peine proéminentes, recouvertes à leur surface d'un épiderme lisse, enchâssées dans le derme, et faisant corps avec lui. Leur consistance est à peine supérieure à celle des parties saines environnantes.

A la face postérieure du bras, on voit beaucoup d'éléments analogues, disposés en trainées parallèles à l'axe du membre et prédominant autour du coude, d'où elles semblent rayonner en devenant de plus en plus petites et rares à mesure qu'elles s'en éloignent.

Sur les fesses, à la ceinture et à la face postérieure des cuisses, on voit un très grand nombre d'éléments peu ou point saillants, plus petits, d'apparence *miliaire*, et de coloration blanc jaune, dont la date d'apparition est la même que celle des éléments de la nuque et des bras. Ils prédominent à la face postérieure des membres, mais empiètent aussi sur leur face antérieure où ils forment un semis très clairsemé ; à la jambe, ils deviennent de plus en plus rares et finissent par disparaître en atteignant le pied.

A leur niveau, le malade n'éprouve aucune gêne ni aucune démangeaison.

A l'examen des viscères, le foie semble un peu petit à la percussion ; la pression n'est pas douloureuse, mais le malade a quelquefois accusé à ce niveau des douleurs spontanées ; rien au cœur, mais au poumon droit, on note de la congestion du sommet, et quelques craquements humides très disséminés. Le malade crache beaucoup.

Jamais d'ictère. Les urines, très abondantes, ne contiennent ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

Notre malade ne présente actuellement aucun signe d'ictère, mais il n'est pas impossible qu'il ait pu avoir des petites poussées d'ictère, assez légères pour n'avoir été remarquées ni par lui, ni par son entourage. L'ictère est, en effet, indiqué par les auteurs comme étant d'une fréquence extrême dans le xanthome généralisé, et il peut précisément procéder par poussées passagères. Ce qui n'est pas douteux, c'est que notre malade souffre parfois dans la région du foie, et qu'il y accuse des douleurs qui se produisent d'une manière spontanée. Il est alcoolique, et ne fait aucune difficulté pour avouer ses excès de boissons qu'il met sur le compte de son métier de marchand de vins. Il nous paraît très vraisemblable que l'alcoolisme ait dû provoquer chez lui des altérations et des troubles dans le fonctionnement du foie, et que le xanthome généralisé que nous observons, se rattache ainsi plus ou moins directement à l'alcoolisme.

Nous le croyons d'autant plus volontiers, que l'un de nous a déjà observé avec L. Alquier, un cas de xanthome miliaire généralisé, exactement dans les mêmes conditions. Le cas n'a pas été publié, mais le malade a été présenté au Congrès international de Dermatologie de 1900. Il s'agissait d'un homme âgé de 30 ans, vigoureux, mais s'étant livré, de son propre aveu, à des libations fréquentes et abondantes. Lui aussi n'avait jamais eu d'ictère apparent, mais il se plaignait également de douleurs diffuses, dans la région hépatique. Le foie était un peu gros. Il présentait une véritable éruption de xanthome plan miliaire, à éléments petits, généralisés, mais prédominant surtout sur le tronc, particulièrement sur la poitrine et l'abdomen.

En somme, les deux observations se ressemblent trait pour trait. Chez notre malade actuel, les désordres viscéraux se trouvent seulement plus accusés, par le fait d'une tuberculose pulmonaire commençante. Ces deux observations mettent en relief l'importance réelle de l'alcoolisme dans l'étiologie du xanthome. Nous ne pouvons pas faire de suppositions bien arrêtées sur l'affection hépatique qui se développait chez nos malades, congestion précirrhotique, simple catarrhe des voies biliaires, colique hépatique, etc..., le champ des hypothèses est ouvert. Il reste avéré que les deux malades indiquaient nettement des souffrances dans la région du foie. Dans les deux cas, l'évolution des accidents peut donc se résumer nettement en quelques mots : alcoolisme, affection hépatique mal déterminée cliniquement mais certaine, éruption de xanthome plan miliaire généralisé.

Végétations syphiloïdes développées sur un eczéma.

Par M. DANLOS.

D..., 53 ans, charron, présentait depuis deux ans des démangeaisons avec suintement des régions génito-crurales auxquelles il n'attribuait aucune importance. Depuis deux mois environ, des tumeurs végétantes se sont développées sur le trajet des plis génito-cruraux.

Aujourd'hui, on trouve dans le sillon droit trois végétations : 1° une petite, siégeant sur le scrotum, avec l'apparence d'une grosse plaque muqueuse; 2° deux à la face interne de la cuisse, ayant l'une le volume d'une olive, l'autre celui d'un œuf de pigeon. Elles sont superficiellement fissurées, lobulées ou mieux finement mamelonnées, sessiles, revêtues d'un épiderme adhérent, blanchâtre et macéré qui laisse deviner la rougeur sous-jacente. Autour d'elles, s'étend à quelque distance une nappe d'eczéma suintant nettement limité. Même végétation dans le sillon génito-crural gauche; même zone d'eczéma périphérique. Ces végétations ne sont pas douloureuses, n'occasionnent qu'un peu de prurit (eczéma) et sont fermes au toucher. Pas d'adénopathie notable. L'eczéma des plis génitaux se prolonge en arrière autour de l'anus. Il existe, en outre, un large placard d'eczéma suintant sur le jarret gauche. Aucune autre éruption sur le corps, rien dans la bouche.

On ne trouve sur les parties malades, et le malade lui-même n'a jamais remarqué rien qui ressemble à un soulèvement bulleux.

La seule concomitance morbide est une hyperkératose calleuse et fissurée, symétrique, de la paume des mains.

Elle date de 20 ans, est plus développée à la main droite, et paraît surtout de nature professionnelle (charron) chez un prédisposé. Aux pieds même hyperkératose, mais peu accusée, et limitée à la région des gros orteils.

L'absence de toute bulle et la nature franchement eczémateuse de l'éruption voisine des tumeurs, jointe à l'intégrité absolue de la bouche ne permettent pas de penser au pemphigus.

La syphilis ne peut également être incriminée malgré l'identité d'aspect des lésions avec des plaques végétantes, et malgré la kératose palmaire. En effet, les végétations se sont produites, de toute évidence, sur une surface depuis quelque temps eczématisée; le malade nie toute syphilis et on n'en trouve chez lui aucune trace. (Pas d'adénopathie, ni de vestiges éruptifs, intégrité de la bouche et de l'anus.) A ceux qui voudraient mettre au compte d'une syphilis ignorée ancienne, la kératodermie palmaire, nous répondrions que celle-ci date de 20 ans; qu'elle a nettement le caractère de durillons professionnels et que l'on ne conçoit pas la simultanéité d'accidents tertiaires très anciens, avec des lésions aussi jeunes que des papillomes végétants, accidents essentiellement secondaires. Ajoutons que ces papillomes sont peut-être plus fermes que les plaques muqueuses végétantes.

En somme, végétations développées à l'occasion d'un eczéma, sur le territoire où le pemphigus et surtout la syphilis en occasionnent assez souvent. L'intérêt de ce cas est précisément la possibilité d'une confusion avec des productions analogues de nature syphilitique. La pièce moulée figure au musée sous le n° 2415.

M. le D^r Gastou a eu l'obligeance de faire une biopsie dont les résultats sont consignés dans la note suivante :

L'examen histologique a été fait en deux points différents : à la limite d'une de ces masses saillantes et dans la néoplasie elle-même.

Quel que soit le point examiné, l'aspect est le même.

1° Une hypertrophie considérable de la couche épidermique dans tout son ensemble;

2° Entre les prolongements épidermiques, des colonnes formées de vaisseaux et d'une infiltration cellulaire extrêmement abondante.

L'épiderme présente toutes les lésions de prolifération : hyperkératose, parakératose et hyperacanthose. Il n'y a point d'abcès ni de processus de vésiculation. De place en place, l'assise cellulaire épithéliale manque et des colonnes papillaires sont directement en contact avec l'extérieur.

Ces colonnes papillaires peuvent être définies en amas de vaisseaux entourés de cellules lymphoïdes. Les vaisseaux n'ont pour la plupart pas de parois et sont compris dans la masse des cellules.

Les cellules sont du type lymphoïde. Ce sont des cellules à gros noyaux avec bien peu de protoplasma, comme on les rencontre dans le tissu des ganglions ou des follicules clos. On peut dire que ces cellules forment à elles seules le substratum de la structure de ces néoplasies.

On ne rencontre en dehors d'elles aucune altération conjonctive nette. Pas d'éléments spécifiques, pas de cellules géantes.

En un mot, dans son ensemble, la lésion rappelle un bourgeon charnu papillomateux et kératinisé par places.

Cette interprétation va avec l'altération vasculaire et la présence de nombreux staphylocoques et microcoques dans les lamelles épidermiques : il s'agit d'une lésion végétante d'origine inflammatoire septique locale.

M. A. FOURNIER. — J'ai décrit les faits de ce genre sous le nom de syphiloïdes papillomateuses; ils ont une importance considérable en médecine légale, à cause des erreurs de diagnostic dont ils sont l'occasion et qui peuvent avoir en justice des conséquences extrêmement graves. Dans un cas où l'on avait conclu à la syphilis transmise par viol, j'ai pu réformer le diagnostic et empêcher ainsi une condamnation injuste. Je pourrai, d'ailleurs, montrer à la Société dans la prochaine séance, d'intéressantes photographies relatives à ces syphiloïdes papillomateuses.

M. J. DARIER. — Au point de vue histologique, les coupes de cette lésion ne montrent qu'une infiltration banale; cliniquement aussi, c'est un processus banal souvent dû à la malpropreté. Cette région inguino-périnéale végète très facilement à l'occasion d'affections diverses : pemphigus, psorosperme, syphilis, etc., ou même d'une simple infection banale.

M. JACQUET. — La tendance aux végétations n'est pas seulement le fait de la région, c'est aussi et plus encore le fait du sujet. Je l'ai montré chez les enfants à propos des *syphiloïdes post-érosives*, qui parfois deviennent bourgeonnantes à la suite de la rupture des vésicules. Chez certains individus, il suffit que le derme soit mis à nu par une cause quelconque pour que la papillomatose se produise.

M. MILIAN. — Comme contribution à l'étude pathogénique du développement des lésions cutanées végétantes, je mentionnerai le fait rare observé par moi sur un malade opéré d'une tuberculose cœcale étendue par le Dr Cunéo et porteur d'un anus artificiel à la fosse iliaque droite. Autour de cet anus artificiel, sur la paroi abdominale, s'étaient développées des *syphiloïdes végétantes* tout à fait identiques aux *syphiloïdes post-érosives* des nourrissons décrites par M. Jacquet.

Fréquence du parasitisme fuso-spirillaire dans les lésions buccales.

Par M. H. VINCENT.

Dans une communication faite à la dernière séance de la Société de Dermatologie, M. Chompret a signalé deux observations, l'une d' « Angine de Vincent », l'autre d'herpès buccal. Ayant constaté, dans l'une et dans l'autre, la présence des bacilles fusiformes et des spirilles que j'ai décrits, il en conclut que la symbiose fuso-spirillaire ne lui paraît pas avoir de valeur spécifique et qu'il lui semble qu'elle peut se rencontrer dans toutes les variétés d'ulcérations buccales.

En outre, en se fondant sur l'absence d'adénite sous-maxillaire douloureuse chez sa première malade, femme paratuberculeuse (?), il en infère qu'il est « difficile d'établir l'identité de l'Angine de Vincent ».

Ces affirmations paraissent reposer sur plusieurs erreurs, les unes de fait, les autres d'interprétation.

Contrairement à l'opinion de M. Chompret, l'infection fuso-spirillaire n'est pas, en effet, présente dans toutes les lésions ulcéreuses de la bouche. Pour aussi importante que soit cette symbiose parasitaire dans l'étiologie de la stomatite ou comme complication des ulcérations ayant une autre origine, elle n'absorbe nullement, à elle seule, la bactériologie de ces lésions. C'est ce que j'ai établi après étude de nombreux cas (1).

La cavité buccale est peuplée d'innombrables bactéries, dont beaucoup sont pathogènes. Il est donc peu d'affections de la bouche et du pharynx où l'agent pathogène principal ne soit, lui-même, plus

(1) H. VINCENT. Sur l'étiol. de la stomatite ulcéreuse primitive. *Arch. intern. de laryngol.*, mars 1904.

ou moins mélangé de quelque autre germe venu de la salive, et qui s'est ensemencé secondairement. En conséquence, il n'est point inutile de faire remarquer que, dans l'exsudat de l'angine à bacilles fusiformes, le microscope ne montre, assez souvent, que les seuls fusospirilles. Dans les coupes d'amygdale, ils sont seuls et en quantité prodigieuse. Plusieurs auteurs, après moi-même, ont souligné ce fait. Il prouve bien la rigoureuse spécificité de l'affection et de ses agents pathogènes.

En dépit de cette raison et de beaucoup d'autres (1), M. Chompret n'hésite point à condamner l'individualité clinique de l'« Angine de Vincent » et à opposer son opinion à celle d'une foule d'observateurs qui, à l'étranger aussi bien qu'en France, ont universellement confirmé la découverte et l'importance de cette entité morbide.

L'expérience clinique qu'il en a, n'est établie, à la vérité, que sur un seul cas. Peut-être, cependant, elle eût bénéficié de la connaissance des travaux qui ont été précédemment publiés sur l'angine et la stomatite ulcéro-membraneuses.

Pour dénier, à l'Angine que j'ai décrite, sa valeur comme entité clinique, M. Chompret s'appuie, en effet, sur l'absence, chez sa malade, d'adénite volumineuse et douloureuse. Cet argument a bien peu de valeur scientifique par lui-même et, de plus, il ne repose même pas sur un fondement réel. Car je n'ai nullement signalé que, dans l'angine, les ganglions fussent toujours douloureux et volumineux.

Dans les cas légers, au contraire, ainsi que je l'ai montré, les ganglions sont peu tuméfiés (Société médicale des hôpitaux, 11 mars 1898) ou même l'adénite peut manquer (*Id.*, 13 janvier 1899).

Il me sera bien permis de noter, d'ailleurs, que M. Chompret a constaté, lui aussi, chez sa malade, *quelques petits ganglions sous-maxillaires* très difficilement perceptibles et non douloureux.

Il me reste à dire un dernier mot au sujet de la fréquence de la symbiose fusospirillaire dans les lésions de la bouche.

C'est une loi bien connue, que la plupart des agents infectieux peuvent susciter, au sein des éléments anatomiques, des réactions histologiques parfois très dissemblables, ou qu'ils peuvent s'ensemencer secondairement dans des régions très diverses.

A l'exemple du bacille de Löffler (Kober, Wassermann), du streptocoque, du staphylocoque, du pneumocoque, etc., le bacille fusiforme et le spirille vivent normalement en saprophytes, dans la bouche des sujets sains. A leur exemple, aussi, ils peuvent s'ensemencer aux points où une érosion, une ulcération accidentelle ou pathologique de la muqueuse bucco-gingivale leur a ouvert une brèche. C'est un fait qui n'a rien d'exceptionnel. Que le bacille de la diphtérie puisse

(.) LETULLE. L'angine de Vincent. *La Presse médicale*, 29 déc. 1900.

être trouvé à la surface des tonsilles, chez les sujets soumis à l'amygdalotomie (Lichtwitz) ; que le streptocoque, le pneumocoque, les staphylocoques, agents très ordinaires d'angines, puissent, aussi bien, être rencontrés dans les ulcérations buccales les plus diverses : traumatiques, syphilitiques, herpétiques, aphteuse, dentaires, etc., il n'y a rien là que de très communément observé. Nul ne songera à admettre que la spécificité de ces microbes pathogènes en est, pour cette raison, ébranlée.

Ai-je besoin, par conséquent, de faire remarquer que ces conditions de végétation parasitaire sont applicables aux fuso-spirilles, commensaux habituels de la bouche ?

Que conclure de ce qui précède, sinon que les diverses déterminations de la symbiose fuso-spirillaire sont d'observation courante, et que cette fréquence apporte, par elle-même, le témoignage le plus précieux de son importance clinique ? Si ce n'est point là, tout à fait, ce qu'a voulu dire M. Chompre., je ne lui en suis pas moins reconnaissant de m'en avoir fourni, involontairement, une preuve nouvelle en exprimant l'avis que l'herpès buccal et les ulcérations de toutes natures pouvaient être infectés secondairement par ces bactéries. Toutefois, je ne saurais lui cacher qu'il a été, depuis longtemps, précédé dans cette voie par beaucoup d'observateurs. De sorte que l'épithète de banale, qu'il a attribuée à l'infection fuso-spirillaire, semble s'appliquer, plus exactement, à la constatation clinique qu'il a faite.

M. CHOMPRET. — Je regrette que le mot *banal* appliqué à la symbiose fuso-spirillaire ait pu froisser M. Vincent dans sa fibre paternelle ; mais je suis heureux de cette circonstance qui amena notre honorable confrère à reconnaître une fois de plus que le fusiforme vient « à la suite des innombrables bactéries qui végètent dans la cavité buccale de l'homme sain ». C'est, d'ailleurs, une constatation qu'il faisait déjà en janvier 1899 à la Société médicale des hôpitaux et qui fut cent fois reprise depuis par des observateurs de tous pays.

Qu'ai-je fait de plus ? Je n'ai pas *affirmé*, ainsi que me le fait dire notre confrère, que l'infection fuso-spirillaire se présentait dans toutes les lésions ulcéreuses de la bouche, et cela pour la bonne raison que je n'ai pas la prétention d'avoir étudié bactériologiquement toutes ces affections... mais j'ai dit et écrit que, « d'après de nombreux examens microscopiques, il me semblait que cette symbiose *pouvait* se rencontrer dans toutes les variétés d'ulcérations buccales ». Et c'est justement parce qu'il me fut donné de rencontrer cette association microbienne dans les lésions les plus diverses, ulcérations syphilitiques, gingivites tartriques, stomatites mercurielles, herpès, etc., etc., que je me suis permis à mon tour de la ranger dans le banal polymicrobisme buccal.

Si je fus amené à le dire hautement à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, ce n'est point, ainsi que le prétend M. Vincent, par igno-

www.libtool.com.cn
 rance des travaux précédemment publiés à ce sujet ; certes, je ne connais point tous les innombrables écrits suscités en tous pays par la découverte de notre savant confrère, mais j'en ai, depuis longtemps, lu, annoté et contrôlé un certain nombre, et c'est ce qui m'amena, non pas à faire à mon tour une découverte, ce qui n'est pas donné à tout le monde, mais à me convaincre que nous arriverions à un résultat absurde en mettant de côté la clinique pour ne plus nous appuyer que sur la connaissance du microbe.

Ainsi, si j'en crois M. Vincent lui-même (*Archives internationales de Laryngologie*, mars 1904), les stomatites peuvent se diviser en : « 1° Stomatites à spirilles et fusiformes ; 2° Stomatites d'origine polymicrobienne ; 3° Stomatites dues à des microbes pyogènes. » Comment distinguer ces différentes variétés ? M. Vincent nous le dit : « Il vient d'être établi que toutes les stomatites, quelle que soit la nature de leurs microbes pathogènes, peuvent affecter des caractères cliniques semblables qui ne permettent pas de les différencier sans l'examen microscopique. »

Suivant à la lettre les dires de M. Vincent et ne nous fiant en rien en l'aspect clinique des lésions buccales de notre second malade, nous devons donc avoir recours à l'examen microscopique ; dans ce cas, les préparations nous montrent une symbiose à peu près pure de spirilles et de fusiformes, nous diagnostiquerons donc : stomatite ulcéreuse à spirilles et fusiformes, stomatite de Vincent... Or, nous avons prouvé qu'il s'agissait d'un herpès buccal type!

Au sujet de l'adénite minime constatée chez mon second malade atteint d'angine chancriforme, M. Vincent conteste la valeur de mon argument clinique et nie même qu'il repose sur un fondement réel. J'avais cependant pris la peine de citer quelques auteurs ; j'y reviens :

M. Darier (*Journal de médecine interne*, juillet 1903) dit que « ce qui caractérise la stomatite de Vincent, c'est la grosse adénite... »

MM. Niclot et Marotte (*Revue de médecine*, 1901, p. 321) notent que « dans l'angine de Vincent, les ganglions sont tuméfiés et douloureux... »

M. Lesueur (*Thèse*, Paris, 1900 ; travail du laboratoire de M. Nicolle) affirme « la présence constante de ganglions sous et rétro-maxillaires ; ceux-ci sont gros, douloureux, s'accompagnant parfois d'un gonflement de toute la région... ».

M. de Montigny (*Thèse*, Paris, 1903), dans un des travaux les plus récents, nous apprend qu'au sujet de l'engorgement ganglionnaire, constant, « on peut dire qu'il y a toujours un rapport manifeste entre l'étendue, la profondeur de l'ulcération et le degré de tuméfaction de la région sous-maxillaire ».

C'était là d'ailleurs l'opinion professée par M. Vincent lui-même lorsque dès mars 1898, il disait à la Société médicale des hôpitaux que « les ganglions étaient peu tuméfiés dans les cas légers, mais qu'il n'en était pas de même lorsque l'affection était plus étendue ».

M. Vincent juge-t-il qu'une « ulcération cratériforme, assez profonde pour contenir une noisette, reposant sur un gonflement œdémateux, rouge, dans une arrière-bouche nettement enflammée » représente un cas léger ? Je m'étais figuré qu'une telle épithète conviendrait mieux et devrait être réservée à l'angine ulcéro-membraneuse ou diphtéroïde.

Parmi la foule d'observateurs de mérite qui étudièrent la symbiose fusospirillaire et la notèrent un peu partout, depuis la stomatite aphteuse (Carnot et Fournier, Société de Biologie, février 1901) jusque dans les selles d'un chien dysentérique (Nicolot et Marotte, *Médecine Moderne*, juin 1901), je me contenterai, pour répondre un dernier mot aux reproches de M. Vincent, de rappeler ce que disait en décembre 1900 M. Letulle en un article de la *Presse médicale* que notre confrère veut bien nous signaler.

Ayant examiné des ulcérations buccales et pharyngiennes de toute nature, M. Letulle dit: « Toutes les fois qu'une ulcération tenace existait, grisâtre, pulpeuse, putrilagineuse ou membraniforme, j'ai toujours et sans exception rencontré de nombreux spirochètes associés à des spirilles fusiformes. Les préparations ont été, plus d'une fois, tellement identiques à celles de l'angine de Vincent qu'en cachant l'étiquette, il fut impossible à mes préparateurs et à moi de les différencier les unes des autres. » Après avoir ajouté: « Les autres microbes et le leptothrix y sont cependant plus nombreux qu'au cours de l'angine diphtéroïde », M. Letulle termine en disant: « Il est donc malaisé (dans l'état actuel de la Science) d'accorder une valeur étiologique au spirille fusiforme dans le développement de l'angine diphtéroïde. »

C'est ce qu'ont voulu confirmer nos deux observations d'angine chancriforme et d'herpès buccal avec préparations pures et identiques de spirilles et de fusiformes.

Au cours de la séance la Société a décidé de fixer au jeudi 6 avril la date de l'Assemblée générale annuelle.

Le Secrétaire,

P. DÉHU.

www.libtool.com.cn

SÉANCE DU 6 AVRIL 1905

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — A l'occasion du procès-verbal : A propos de la séborrhée fœtale ; réponse à M. Hallopeau, par M. L. JACQUET. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — A propos du traitement du lupus, par M. LEREDDE. (Discussion : MM. BROCCO, JACQUET.) — A propos des syphiloïdes papillomateuses, par M. A. FOURNIER. (Discussion : MM. BROCCO, FOURNIER, JACQUET, GASTOU.) — Rôle de l'infection fuso-spirillaire dans les lésions ulcéreuses de la bouche, par M. VINCENT. — Syphilides faciales et périanales chez un enfant présentant des dystrophies craniennes de nature hérédo-syphilitique, par MM. GASTOU et PHOTINOS. — Note complémentaire sur un second cas d'une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face (lupus nodulaire), par MM. HALLOPEAU, GASTOU et SEMINARIO. (Discussion : M. DARIER.) — Arrêt de développement des os en connexion avec la maladie de Recklinghausen, par MM. HALLOPEAU et JEANSELME. — Sur un cas de syphilis héréditaire, par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE. — Pityriasis rubra pilaris chez un enfant de deux ans, par MM. HUDELO et HÉRISSE. — Gommès sous-cutanées multiples de nature indéterminée, peut-être tuberculeuses, par MM. HUDELO et HÉRISSE. (Discussion : MM. GAUCHER, LEREDDE, DARIER, DÉHU.) — Quelques remarques sur l'urticaire pigmentaire, par J. DARIER. (Discussion : MM. JACQUET, DARIER.) — Chancre phagédénique du fourreau, gommès périostiques du crâne, par MM. GAUCHER et LOUSTE. — Statistique radiothérapique, par MM. BISSÉRIÉ et MEZERETTE. — Leucodermie vitiligineuse généralisée, par M. W. DUBREUILH. — Pigmentation cutanée autour de foyers lupiques, par M. W. DUBREUILH. — Maladie de Ménière survenue au cours de la syphilis. Traitement par les injections intra-veineuses de cyanure de mercure, par MM. F. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE. — Sur deux cas d'hydrargyrie intense produite par une application d'onguent napolitain, par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, BALZER, RENAULT, BARTHÉLEMY, MOTY, BAUDOUIN.) — Ecthyma térébrant infantile, par MM. GAUCHER et TOUCHARD. — Élections. — Prix Zambaco.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

A propos de la séborrhée fœtale ; réponse à M. Hallopeau.

Par M. L. JACQUET.

Au cours de mon étude sur la séborrhée fœtale, j'ai montré que certaines localisations pilaires du fœtus semblent conformes à la doctrine de la descendance animale de l'homme, doctrine que je crois justifiée.

Pourtant j'ai été un peu surpris d'entendre M. Hallopeau, dans sa critique de mes idées, déclarer cette doctrine évidente d'elle-même.

Et comme notre collègue parlait de l'origine atavique de l'homme, je lui

www.libriol.com.cn
 fis remarquer incidemment, que cette expression n'était pas *nécessairement* synonyme d'origine *animale*.

M. HALLOPEAU me répond qu'il a employé cette expression à bon escient, car *elle ne préjuge rien*.

Si bien que notre collègue ne veut pas *préjuger* aujourd'hui cette même doctrine, qu'il appuyait peu auparavant d'un fait bien connu, l'existence chez l'homme des mamelons supplémentaires, et qu'il proclamait alors *évidente d'elle-même!*

Je ne serai jamais, sur rien, d'accord avec M. Hallopeau, je le prévois. Mais je m'y résigne, ou mieux, je m'en console, en le voyant si peu d'accord avec lui-même.

M. HALLOPEAU. — En rouvrant cette discussion, malgré les explications catégoriques que j'ai données, M. Jacquet s'engage dans une voie où je me refuse à le suivre, car elle conduit nécessairement à agiter des questions qui, par leur nature, doivent rester étrangères aux études purement scientifiques de notre Société. Je m'abstiendrai donc systématiquement de lui donner aucune réponse, alors qu'il me serait facile de réduire à néant les contradictions qui me sont imputées. Faut-il ajouter que je ne puis regretter d'être en désaccord avec M. Jacquet en ce qui concerne l'étiologie et la nosologie de la pelade ?

A propos du traitement du lupus.

Par M. LEREDDE.

Je regrette de ne pas être venu à la dernière séance de la Société de dermatologie, et de n'avoir pas pris part à la discussion qui a eu lieu sur le traitement du lupus, à la suite de la communication de M. Darier. M. Brocq a déclaré qu'il ne fallait pas, à son avis, être systématique dans le traitement du lupus, et son opinion a été soutenue par MM. Darier et Jacquet.

Si nos collègues veulent ainsi exprimer l'idée qu'il n'y pas une seule méthode de traitement du lupus tuberculeux et que, entre plusieurs, le médecin doit choisir dans chaque cas particulier, nous sommes d'accord. Je suis convaincu que les galvano-cautérisations et surtout l'ablation peuvent être pratiquées dans quelques cas. Mais si l'on entend qu'il ne faut pas établir de règle thérapeutique et qu'il n'y a pas lieu de réduire largement le nombre des méthodes de traitement du lupus, permettant au médecin de se guider dans chaque cas, je ne puis être de l'avis de MM. Brocq, Darier et Jacquet.

Que doit-on conclure, par exemple, de la note de M. Darier? C'est que la tuberculine a pu dans un cas guérir un malade atteint de lupus, et amener un état de guérison apparent chez un autre. Mais à quelles conclusions générales sur le traitement du lupus ces faits peuvent-ils conduire? Je ne le sais pas pour ma part. Je crains bien que des faits très intéressants en eux-mêmes, mais dont la

portée ne sera pas interprétée d'une manière exacte, ne conduisent qu'à augmenter le désordre dans le chapitre du traitement du lupus, ce qui ne serait rien, si les malades ne devaient pas en éprouver les fâcheux effets.

Quelles conclusions tirer également d'un fait rapporté par M. Jacquet concernant une malade non guérie par la photothérapie? Comment celle-ci a-t-elle été faite? c'est une première question qui se pose. La malade a été guérie par les scarifications et les cautérisations : s'agit-il d'une guérison réelle ou d'une guérison apparente? nous l'ignorons.

Du reste, le sujet est trop important pour que je veuille le traiter si rapidement, et comme je ne voudrais pas qu'il y ait de confusion sur mes idées, je pense reprendre la question sous le titre : Dans quel esprit faut-il comprendre et systématiser le traitement des lupus ?

M. BACCO. — Nous n'avons jamais eu la pensée de dire que toutes les méthodes anciennes de traitement étaient à employer indistinctement ; mais seulement, que les méthodes de traitement quelles qu'elles fussent, et en particulier la méthode photothérapique presque exclusivement préconisée par M. Leredde ne pouvaient pas être regardées comme des méthodes spécifiques : la variété des formes cliniques du lupus commande la variété des traitements. Ceci ne veut pas dire qu'il faille de nombreuses méthodes.

M. JACQUET. — Je ne tiens pas à de nombreuses méthodes, il me suffirait d'une bonne. D'autre part, je prétends que le traitement local n'est pas toujours suffisant à conduire au succès et que le soin de l'état général du malade ne doit pas être négligé. J'ai dit à la dernière séance, avoir guéri en un an une malade dont le lupus avait résisté pendant des années parce qu'on avait négligé certains soins *indirects*, mais importants.

A propos des syphiloïdes papillomateuses.

Par M. A. FOURNIER.

Vous avez le souvenir du fait communiqué par M. Danlos à la dernière séance de la Société. J'ai recherché à cette occasion les photographies de syphiloïdes papillomateuses que je présente, et j'en ai trouvé trois que je vous présente aujourd'hui. La première est la photographie d'un enfant dont les organes génitaux paraissaient couverts de plaques muqueuses. Cet enfant fut l'occasion d'une poursuite judiciaire contre un innocent, qui fut accusé de l'avoir contaminé. Nous vîmes cette victime à Mazas, nous eûmes la satisfaction de prouver son innocence et de le faire relâcher.

La seconde photographie est celle d'un cas analogue.

Quant à la troisième, elle présente la vulve d'une petite fillette dont la grande lèvre gauche portait une ulcération absolument analogue à une plaque muqueuse. Dans l'impossibilité de trouver l'origine de cette syphilide, le traitement ne fut pas institué, et douze ans après aucun symptôme de syphilis ne s'était manifesté.

M. BROCO. — A quelle cause M. Fournier rattache-t-il l'origine de ces plaques végétantes ?

M. FOURNIER. — La raison principale nous a toujours paru être un état de malpropreté incurable ; le petit garçon auquel se rapporte la première photographie avait un pantalon dont l'état est indescriptible.

M. BROCO. — Nous avons vu chez la femme des états analogues au cours de la blennorrhagie. Les lésions étaient alors périanales, surtout, et elles appartenaient cliniquement à la rectite proliférante blennorrhagique.

M. JACQUET. — Dans une des photographies de M. Fournier on voit deux ulcérations à côté des nappes végétantes. Ce fait se rapproche absolument de la *syphiloïde post-érosive infantile* que j'ai décrite et qui a remplacé la soi-disant *syphilide lenticulaire* de Parrot. Dans les cas de ce genre, c'est l'érosion consécutive à la déhiscence d'une dermite vésiculeuse banale qui bourgeonne et forme des papulations secondaires.

M. FOURNIER. — Je suis absolument du même avis, je crois qu'il s'agit dans ce cas de syphiloïdes post-érosives.

Rôle de l'infection fuso-spirillaire dans les lésions ulcéreuses de la bouche.

Par M. VINCENT.

Dans ses explications en réponse à ma note sur la fréquence du parasitisme fuso-cellulaire, M. Chompret a soulevé de nouveau, quoique avec plus de réserve, la question de la spécificité de l'« angine de Vincent » et de ses microbes pathogènes.

Il ne peut rien subsister des objections qu'il avait faites, puisque les symptômes présentés par sa malade, notamment l'adénite légère, sont conformes à la description que j'ai donnée de cette angine : je n'ai pas, évidemment, à faire intervenir les publications ou thèses, d'ailleurs excellentes, de Darier, Lesueur, Niclot et Marotte, Mousigny, etc., mais seulement les miennes. Or, d'après mes observations, l'adénite existe dans tous les cas sérieux ou de moyenne gravité ; elle est, d'habitude, peu marquée dans les formes légères ou chroniques et demande, parfois, à être recherchée avec soin : enfin elle peut être nulle.

Contrairement à l'opinion de M. Chompret, l'infection fuso-spiril-

laire ne se manifeste pas davantage dans toutes les lésions ulcéreuses de la bouche. En fût-il autrement, d'ailleurs, que cela n'enlèverait rien — bien au contraire — à l'importance du rôle de cette association microbienne en pathologie.

Ainsi disparaissent les objections que M. Chompret avait cru devoir faire à l'entité morbide que j'ai appelée : « Angine à bacilles fusiformes ».

L'infection fuso-spirillaire peut se manifester de deux manières. D'une part, elle peut se développer *primitivement* et pour son propre compte, soit à la surface des téguments et dans le tissu cellulaire, où elle donne lieu, ainsi que je l'ai établi, à la maladie connue sous le nom de pourriture d'hôpital (1); elle peut déterminer, dans la bouche, l'angine et la stomatite ulcéro-membraneuse que j'ai décrites; enfin, sous sa forme la plus redoutable, elle serait la cause du noma ou gangrène de la bouche (Perthes, von Ranke, etc.).

D'autre part, les fuso-spirilles, qui existent normalement dans la bouche des sujets sains, *peuvent*, lorsqu'ils trouvent un réceptacle favorable, *venir s'ensemencer secondairement à la surface de toutes les lésions ulcéreuses* de la cavité buccale : aphteuse, herpétique, scorbutique, syphilitique, etc. Entre toutes, les ulcérations syphilitiques offrent une prédisposition spéciale à cette infection surajoutée (2).

Et ceci me conduit à répondre quelques mots au dernier argument opposé par M. Chompret à la spécificité de l'angine que j'ai décrite. Pour essayer de justifier son opinion, il a fait état d'un article de M. Letulle dans lequel la présence abondante de fuso-spirilles est signalée à la surface d'ulcérations syphilitiques pharyngées. Cette abondance était telle quelle pouvait être rapprochée de celle qu'elle affecte dans l'« angine de Vincent » (3). Je puis rassurer entièrement M. Chompret. Cette constatation et la description qui en est faite, sont tellement conformes aux idées que je défends depuis longtemps, elles sont si étroitement d'accord avec mes opinions personnelles, que je n'hésiterais pas à les signer.

Lorsque, effectivement, les ulcérations syphilitiques ou autres de la bouche et du pharynx se recouvrent d'un enduit grisâtre ou jaunâtre, à odeur fétide, il y a beaucoup de raisons de penser qu'elles sont envahies secondairement par le parasitisme fuso-cellulaire. Mais il ne peut évidemment en être tiré d'autre conclusion. Que si en effet, au lieu du bacille fusiforme, on trouve dans ces lésions syphilitiques (ce qui est loin d'être rare) le pneumocoque (Hudelo et

(1) H. VINCENT. Sur l'étiologie et sur les lésions anatomo-pathologiques de la pourriture d'hôpital. *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 oct. 1896.

(2) H. VINCENT. Syphilis et bacille fusiforme. *La Presse médicale*, 1^{er} juin 1901.

(3) M. LETULLE. Angine de Vincent. *La Presse médicale*, 29 décembre 1900.

Bourges), le streptocoque (id.) ou tout autre microbe pathogène (Bouloche, Hudelo et Bourges, Vincent), nul ne s'avisera de contester la spécificité du pneumocoque dans la pneumonie, du streptocoque dans l'érysipèle, etc. Ce sont là des notions tellement connues que j'éprouve quelque hésitation à les rappeler.

Au surplus, peut-être serait-il préférable que M. Chompret ne cherche pas à s'abriter davantage derrière l'opinion de M. Letulle au sujet de l'angine à bacilles fusiformes. Cette entité morbide a paru si bien définie et si caractéristique à M. Letulle, qu'il est l'un des premiers parrains de cette maladie, et l'un de ceux qui, alors qu'elle était beaucoup moins connue, ont proposé de lui attribuer mon nom, — ce dont je lui suis vivement reconnaissant. J'ajouterai, pour terminer, que, si la spécificité de la symbiose fuso-spirillaire fait encore l'objet de quelques doutes pour M. Chompret, il n'en est pas de même pour tous les nombreux auteurs qui, à l'étranger comme en France, ont pu en observer les déterminations. On m'excusera de ne pas les citer ici. Il en est un, cependant, que j'ai le devoir de signaler : c'est M. Letulle lui-même. Mon éminent collègue ne partage nullement, en effet, les idées de M. Chompret. Il ne conteste ni l'individualité clinique de l'« angine de Vincent », ni la spécificité des microbes pathogènes et, avec sa bienveillance accoutumée, il m'a autorisé à le mentionner dans cette réponse.

Syphilides faciales et périanales chez un enfant présentant des dystrophies crâniennes de nature hérédosyphilitique.

Par MM. GASTOU et PHOTINOS.

Il nous a paru intéressant de présenter ce cas devant la Société, à cause des discussions qu'il peut soulever à propos de l'hérédité dystrophique.

Cet enfant est atteint d'accidents syphilitiques non douteux, que, d'ailleurs, le traitement a déjà fait disparaître en partie.

L'âge et la période de ces accidents sont en rapport avec une syphilis héréditaire, vraisemblable, semblant remonter chez la mère ou le père antérieurement à la naissance d'un premier enfant.

Nous disions « semble remonter », car nous n'avons pu rien déceler chez la mère et il nous été impossible de voir le père. En tout cas, sûrement il ne s'agit pas chez l'enfant de syphilis acquise.

Ce point est des plus importants à fixer, car, si l'enfant est atteint de syphilis active en évolution, il présente en outre une conformation et un développement veineux, crâniens, qui ont été donnés comme signes de dystrophies syphilitiques héréditaires.

L'enfant doublerait ~~il par suite sa~~ syphilis en tant qu'*héréditaire syphilitique* et que *syphilitique héréditaire*.

Or, il faudrait établir une différence essentielle entre les troubles que peut entraîner une hérédité toxique ou infectieuse et les manifestations d'une infection transmise en nature.

Par suite, dans ce cas particulier on se trouve appelé à discuter, à cause de la coexistence de dystrophies et d'accidents syphilitiques, les hypothèses suivantes :

1° Ou les dystrophies craniennes et les phénomènes éruptifs ne sont que l'expression d'une syphilis transmise congénitalement, en nature, par le père ou la mère, et dont l'évolution s'est faite dès la conception. Dans cette hypothèse il s'agit seulement de syphilis héréditaire et non d'hérédité syphilitique ;

2° Ou les dystrophies et les syphilides doivent être séparées. Les dystrophies témoignent de la syphilis ancienne des parents, tandis que les lésions cutanées indiquent la reviviscence d'une syphilis virulente chez la mère et sa transmission *in utero* à l'enfant. Dans cette deuxième hypothèse, sur une *hérédo-syphilitique* s'est faite une contagion de *syphilis hérédo-congénitale* ;

3° Ou, enfin, les dystrophies ne sont pas imputables à la syphilis, c'est-à-dire à l'hérédité syphilitique, mais à toute autre hérédité toxique ou infectieuse, voire même à des troubles survenus chez la mère de l'enfant pendant la grossesse.

Nous ne pouvons nous étendre longuement sur cette discussion.

Il nous semble qu'elle est des plus importantes, car on confond en matière d'hérédité trois ordres de faits différents sur lesquels l'un de nous a déjà attiré l'attention :

L'*hérédité syphilitique* ;

La *syphilis héréditaire* ;

L'*hérédo-morbidité intra-utérine*.

Voici l'histoire du jeune malade et ses antécédents :

Le malade Roger, âgé de un an, est le deuxième enfant du ménage B... Sa mère, âgée de 26 ans, est mariée depuis 2 ans. Elle est la quatrième d'une famille de neuf enfants dont :

Le premier, une fille, est mariée et a trois enfants bien portants.

Le deuxième, un fils bien portant et pas marié.

Le troisième, mort jeune.

Le quatrième, la mère.

Le cinquième, mort en bas âge ; on ignore de quoi.

Le sixième, mort à 15 ans d'une méningite.

Le septième, le huitième, le neuvième, morts tous jeunes.

Tous ont été nourris par leur mère.

La mère de l'enfant en question a été réglée à l'âge de 14 ans, d'une façon très régulière et n'a jamais fait aucune maladie sérieuse. Elle a eu

un premier enfant qui est mort en nourrice sans rien présenter de suspect. Son dernier accouchement s'est accompli d'une façon très normale.

Le petit malade qu'elle conduisait chaque semaine depuis sa naissance à la consultation, dans l'hôpital Saint-Antoine, n'a présenté rien d'inquietant. Mais il y a deux mois et demi, la mère aperçut sur la figure de son petit des rougeurs qu'elle croyait être la conséquence d'une dispute qu'elle a eue avec sa belle-sœur; elle l'emmena chez un pharmacien qui lui administra différentes pommades sans résultats. Voyant cela, elle le conduisit à la consultation de l'hôpital Saint-Louis où nous l'avons vu et examiné.

Il présentait les lésions suivantes dont quelques-unes subsistent encore :

1° Ses veines temporales sont dilatées dans toutes leurs branches jusqu'à leur anastomose au sommet de la tête ;

2° Son frontal gauche est assez proéminent, d'où une malformation de la tête en sens oblique ;

3° Une rougeur à la joue droite avec des squames furfuracées qu'on peut prendre pour des lésions eczématisques et dont quelques-unes le sont vraiment.

Outre cela, sur différentes parties du visage, des lésions papules de différentes dimensions, dont quelques-unes sont surmontées d'une croûte; la plupart sont disposées en cercles ou en demi-cercles, l'une d'elles plus grande, à gauche et en-dessous du menton, qui ressemble à de la trichophytie (pas de vésicule, à la périphérie, etc.); d'autres plus petites se trouvent à la surface antérieure et à la partie externe de la paupière inférieure. Sur le front il y a aussi de petits cercles avec bordures papuleuses et centres lisses ressemblant à une carte géographique.

Sur la joue droite il y a des papules disséminées plus croûteuses, d'où la lésion ressemble à l'eczéma des nourrissons.

Il n'y a pas de prurit.

Du côté des yeux, une légère blépharite.

Rien du côté des oreilles.

De quatre dents supérieures qui ont déjà poussé, rien de particulier. De trois inférieures, deux présentent à leur bord libre 2, 3 dentelures comme celles d'une scie.

Sur la lèvre inférieure gauche, on trouve une plaque muqueuse très caractéristique ainsi que deux à l'anus.

Rien du côté des testicules ni du côté des os; de même rien aux poumons ni au cœur.

Il n'a pas encore marché.

En résumé, chez cet enfant, on note :

1° Des accidents dystrophiques. Front bombé, proéminent; veines cranio-faciales développées ;

2° Manifestations syphilitiques; syphilides papuleuses circonscrites et syphilides papulo-érosives hypertrophiques.

M. JACQUET. — Je crois en effet cet enfant atteint de syphilis héréditaire, et les lésions des fesses ne sont certainement pas des *syphiloïdes post-érosives*.

M. FOURNIER. — J'attire l'attention sur le développement extrême des veines chez cet enfant. Je crois que ce développement a une grosse importance à une heure où la question de la pathogénie de la paralysie générale oblige, surtout dans la forme juvénile, à rechercher ces antécédents spécifiques.

M. GASTOU. — Plusieurs enfants frères et sœurs de la mère sont morts en bas âge, la mère n'a rien d'apparent.

M. FOURNIER. — Il serait extrêmement intéressant de savoir s'il s'agit là d'un cas de seconde génération.

Note complémentaire sur un second cas d'une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face (lupus nodulaire).

Par MM. HALLOPEAU, GASTOU et SEMINARIO.

Dans la séance du 2 mars 1905, l'un de nous, en collaboration avec M. Krantz, avait présenté un cas d'éruption acnéiforme de la face de nature indéterminée.

Depuis, nous avons fait l'étude histologique de ce cas, et de notre examen la conclusion est qu'il s'agit d'une lésion analogue à celle du lupus nodulaire.

A un faible grossissement on aperçoit un nodule nettement limité. Ce nodule est constitué par un amas de cellules très compact. Il existe à sa surface extérieure une dépression qui répond à la sortie d'un poil. D'ailleurs l'ensemble du nodule est nettement péripilaire. Les glandes sébacées n'ont pas été trouvées atteintes dans les coupes examinées.

L'ensemble de la lésion peut se systématiser ainsi : au centre la cavité du follicule pileaire est distendue par une masse granuleuse dans laquelle on voit des leucocytes et surtout des lymphocytes. Le poil est invisible. La masse granuleuse est entourée par la gaine épidermique du follicule.

En dehors de cette gaine sont des amas de cellules épithélioïdes et de cellules géantes. Ces amas ne sont pas en contact avec la gaine épidermique, ils en sont séparés par des cellules lymphoïdes qui forment l'ensemble du nodule.

Le nodule est donc constitué à la fois par l'infiltration lymphoïde d'une part, et, d'autre part, par le groupement de cellules épithélioïdes soit sous forme de cellules géantes, soit sous forme d'amas.

Dans le nodule il y a une vascularisation intense des lésions de capillarité et de péri-capillarité, des dilatations lymphatiques. Le tissu élastique et conjonctif a, sauf en 2 ou 3 points au voisinage des vaisseaux, complètement disparu. On n'a pas trouvé de bacilles de Koch.

En résumé, si cette structure histologique, semblable à celle du lupus est bien, comme on l'admet généralement, caractéristique

d'une tuberculose, il y a lieu de conclure à une variété de tuberculose acnéiforme.

M. DARIER. — Sur les coupes on dirait un lupus péri-pilaire.

Arrêt de développement des os en connexion avec la maladie de Recklinghausen.

Par MM. HALLOPEAU et E. JEANSELME.

Il s'agit de deux sujets atteints de neuro-fibromatose dont l'un offre une absence partielle du péroné gauche et l'autre une absence partielle du cubitus gauche.

Sur le premier, qui a déjà été présenté à la Société médicale des hôpitaux (séance du 14 octobre 1904) par l'un de nous, vous pouvez observer les trois signes cardinaux de la maladie de Recklinghausen, savoir : des *taches* ou des *placards pigmentaires*, de taille et de configuration infiniment variables ; — des *fibromes cutanés* ou *hypodermiques*, sessiles ou pédiculés ; — enfin, des fibromes échelonnés sur le trajet de certains *ramuscules nerveux*.

Outre ces difformités tégumentaires, on relève sur ce sujet diverses incorrections d'attitude qui sont liées à un arrêt de développement du squelette de la jambe gauche. D'après une radiographie, faite dans le service de M. Walther, qui a publié le cas sous le titre d'« Absence congénitale d'une portion de la diaphyse du péroné gauche », le péroné est atrophié dans toute sa longueur et divisé en deux tronçons séparés par une perte de substance de 5 à 6 centimètres. Le fragment inférieur, long de 4 à 5 centimètres, comprend la malléole externe qui se poursuit en haut par une pointe effilée. Le fragment supérieur, d'abord de calibre assez fort, diminue rapidement de diamètre et se termine un peu au-dessus de la partie moyenne de la jambe.

Nous regrettons vivement de ne pouvoir vous présenter notre second sujet. Comme beaucoup de ces dégénérés atteints de neuro-fibromatose, c'est un impulsif, et avant-hier, à la suite d'une altercation avec son voisin de lit, il a exigé son *exeat*. En quelques mots, voici son histoire :

C'est un homme d'âge moyen, dont le tronc et les membres sont parsemés de larges taches pigmentaires, non saillantes, les unes glabres, les autres recouvertes de touffes de poils. Les molluscums font défaut. Les gros troncs non accessibles à la palpation et la plupart des ramuscules nerveux superficiels sont sains, cependant la branche auriculaire du plexus cervical superficiel du côté gauche est indurée, épaissie et moniliforme. Une pression à son niveau provoque une irradiation douloureuse dans la région de

l'oreille. Nous sommes donc en présence d'une forme décomplétée mais indéniable de maladie de Recklinghausen.

Or l'avant-bras gauche de ce sujet est difforme, et cela depuis la naissance, ou tout au moins depuis la première enfance, le malade ne peut préciser.

L'avant-bras décrit une forte courbure à convexité tournée en dehors. Le radius, dont les dimensions paraissent normales, est régulièrement incurvé dans toute sa longueur. La cupule radiale luxée en avant soulève la masse musculaire épitrochléenne qui fait une saillie très prononcée. L'olécrâne est de configuration normale, de même l'épiphyse supérieure du cubitus, mais à celle-ci fait suite une diaphyse grêle qui cesse d'être perceptible avant le tiers moyen de l'avant-bras. L'extrémité inférieure du cubitus est très réduite. Elle s'effile en une longue arête osseuse, sorte d'os styliforme qui monte à la rencontre du tronçon supérieur, mais qui se perd dans les masses musculaires avant de l'avoir rejoint. Entre les deux fragments huméral et carpien du cubitus, il semble exister une solution de continuité de plusieurs centimètres.

L'examen de la radiographie, que nous devons à l'obligeance de M. Inftroit, fournit quelques notions complémentaires. Le segment inférieur du cubitus est, suivant toute vraisemblance, très pauvre en substances minérales, car sa silhouette est très pâle. Sur le fragment supérieur du cubitus, à 2 centimètres environ de sa pointe, on voit un espace clair, haut de quelques millimètres, qui semble interrompre la continuité osseuse. Peut-être s'agit-il d'un trait de fracture. Peut-être n'est-ce qu'une pseudo-lacune, un disque dépourvu d'encroûtement calcaire, semblable à celui que MM. Lion et Gasne ont récemment décrit et figuré sur le cubitus d'une femme atteinte de maladie de Recklinghausen ? L'incurvation du radius peut relever de plusieurs causes qui s'additionnent sans doute.

On sait quelle est la flexibilité des os chez les nouveau-nés ; on conçoit que le radius, privé de son support, le cubitus, se soit infléchi, soit sous le poids du corps de l'enfant se traînant sur les mains, soit sous l'influence des actions musculaires. Plus tard, quand l'os est devenu rigide, il aura gardé sa courbure anormale, comme cela s'observe chez les rachitiques.

Mais, ce n'est pas tout. Plusieurs observateurs, MM. Marie et Couvelaire, M. Hoisnard, entre autres, ont montré que les os des sujets atteints de neuro-fibromatose sont peu résistants, faciles à diviser avec le scalpel et laissent sourdre, par pression des alvéoles élargies, une bouillie rougeâtre et abondante. Il n'est donc nullement surprenant que le radius soit incurvé.

Les faits singuliers que nous venons de rapporter nous conduisent à conclure « que la dystrophie cutanée congénitale, appelée maladie de Recklinghausen, n'est que l'une des multiples manifestations d'une disposition tératologique générale qui peut affecter tous les

systemes organiques, mais surtout le squelette et les centres psychiques ».

Sur un cas de syphilis héréditaire.

Par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE.

Ce malade présente quelques particularités qui nous paraissent mériter l'attention.

Son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Antécédents héréditaires. — La mère a eu 14 enfants dont trois seulement vivent encore; elle a les mêmes atrophies cuspidiennes systématisées que notre malade.

Antécédents personnels. — M... est un syphilitique héréditaire; il présente des dystrophies caractéristiques; il a marché qu'à 4 ans; il est entré une première fois dans le service il y a 2 ans pour une perforation récente de la voûte palatine: traitée par des injections intramusculaires, l'ulcération s'est cicatrisée assez rapidement.

Actuellement, on observe chez M... des altérations osseuses et dentaires, des troubles cérébraux et des lésions palatines anciennes et récentes.

La tête est asymétrique par suite de la proéminence du pariétal droit.

La voûte palatine est très légèrement ogivale. Le voile est très modifié: la base de la luette est le siège d'une petite perforation; de chaque côté, les piliers se trouvent soudés à la paroi antérieure du pharynx; à droite, le pilier antérieur n'est plus représenté que par une mince languette musculaire, presque filiforme. Les amygdales ont disparu.

Les dents sont implantées irrégulièrement, surtout les incisives inférieures; elles convergent les unes vers les autres. L'atrophie cuspidienne systématisée des incisives, des canines et des premières grosses molaires est nettement caractérisée. Sur le bord libre des incisives, on note des échancrures faillées à pic, en « coup d'angle ». Leur couleur est opaque. Leur longueur est normale, mais leur face antérieure est tomenteuse.

La crête tibiale est mousse, très peu marquée, surtout à gauche.

Enfin l'état cérébral n'est rien moins que satisfaisant. Ce garçon est un arriéré; il répond mal aux questions qu'on lui pose. Le métier qu'il exerce depuis 12 ans est des plus simples; il n'a qu'à servir d'autres ouvriers; il est incapable d'entreprendre quelque chose d'intelligent. La mémoire lui fait souvent défaut, et parfois complètement pendant une heure ou deux. Il sait lire, mais sa mère affirme qu'elle a eu une peine inouïe à lui apprendre ses lettres. N'ayant commencé à marcher qu'à l'âge de 4 ans, il n'est allé à l'école que fort tard. Si, au premier abord, l'habitue extérieur, et l'état cérébral du malade peuvent faire naître l'idée d'une paralysie générale commençante, un examen approfondi montre au contraire qu'il n'existe ni délire, ni troubles pupillaires. Le tremblement, les troubles de la parole, les paralysies font défaut. Enfin, depuis sa plus tendre enfance, le malade a été considéré comme un incomplet cérébral.

Les dystrophies crâniennes et dentaires, les altérations anciennes du voile du palais, ne laissent aucun doute relativement à l'existence chez ce jeune homme d'une syphilis héréditaire.

La maladie est encore en évolution à l'âge de 24 ans : cette longue durée est exceptionnelle et doit être signalée.

Les atrophies cuspidiennes systématisées des canines, des incisives et des premières grosses molaires, sont fréquentes chez les syphilitiques héréditaires. Nous rappellerons que l'un de nous, dans une statistique faite avec M. Edmond Fournier, est arrivé à cette conclusion que quarante fois sur cent elles se rencontrent chez ces sujets.

Ce qu'il y a, à cet égard, de particulièrement intéressant dans ce cas, c'est que ces altérations dentaires sont également très manifestes chez la mère du jeune homme. Nous ne pouvons conclure de ce seul fait qu'il s'agisse là d'une syphilis à la deuxième génération; cependant, l'absence de tout autre signe de syphilis chez cette femme peut être invoquée en faveur de cette supposition.

Pour ce qui est du traitement, il a raison des altérations en activité de la voûte palatine, mais il ne peut avoir aucune action sur les dystrophies osseuses, reliquats de processus éteints, non plus que sur les troubles intellectuels.

Autre problème : Peut-on concevoir quelles ont été les localisations de l'infectieux syphilitique pendant la vie embryonnaire et fœtale ?

On ne peut dire que l'embryon ait subi dans sa totalité un arrêt de développement, car les altérations sont localisées à la boîte crânienne, à une partie des circonvolutions cérébrales, au voile du palais et aux dents indiquées.

Les autres parties du squelette et des centres nerveux, ainsi que le tégument externe et les viscères, restent indemnes de toute altération.

Pourquoi ces localisations ainsi limitées ? Pourquoi la triade d'Hutchinson fait-elle complètement défaut ? A quels moments de la vie intra-utérine ont dû se produire les néoplasies génératrices de ces lésions ? comment se sont-elles circonscrites ? Il appartient aux embryologistes de résoudre ces questions.

Pityriasis rubra pilaris chez un enfant de deux ans.

Par MM. HUBILO et HÉRISSEX.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est atteint de *pityriasis rubra pilaris*. L'intérêt de ce cas réside, outre l'aspect clinique qui est absolument typique, dans le jeune âge du sujet.

Il s'agit d'un enfant de deux ans, venu à terme, nourri au sein, sevré à un an, né de père et mère parfaitement sains, sans tare héréditaire, ni antécédents morbides personnels. L'affection a commencé, il y a un mois et demi, par le front; elle a suivi une marche descendante, pour couvrir, en huit jours, le corps entier.

Quand nous avons vu l'enfant pour la première fois, il y a trois semaines, l'éruption était beaucoup plus confluyente qu'aujourd'hui, avec un aspect plus plâtreux du visage et des zones érythémateuses plus nombreuses et plus intenses, particulièrement dans le dos.

Actuellement on constate :

1° Une éruption de cônes pilaires, d'aspect granuleux, de consistance dure et cornée, râpeux au toucher, de topographie assez irrégulière : discrète aux membres supérieurs et inférieurs (sauf les genoux), à la poitrine et au ventre; confluyente au contraire au dos, aux fesses et en certaines régions des membres (face antérieure des genoux). Toutefois l'éruption est parfaitement symétrique;

2° Des plaques érythémateuses dont les plus nettes siègent à la face antérieure des genoux et aux fesses;

3° Des squames furfuracées ou lamelleuses au visage, auquel elles donnent un aspect plâtreux, en calotte épaissie à la tête où elles couvrent tout le cuir chevelu.

Aux mains et aux pieds les lésions ont une apparence spéciale: les paumes et les plantes sont tout entières transformées en plaques rouges et lisses, hyperkératosiques.

Il n'y a pas d'altérations des ongles.

L'état général de l'enfant, qui a toujours été excellent, n'est nullement influencé par l'affection actuelle.

L'interrogatoire et l'examen n'ont révélé aucune cause provocatrice, tant du côté de l'enfant que du côté de ses ascendants.

Gommes sous-cutanées multiples de nature indéterminée, peut-être tuberculeuses.

Par MM. HUDELO et HÉRISSON.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société est porteur d'une affection dont la nature ne nous apparaît point encore clairement et pour le diagnostic de laquelle nous sollicitons les avis de nos collègues.

L'affection a débuté il y a trois mois environ par l'apparition, après quelques jours de douleurs, au niveau du tiers inférieur de la face interne de la jambe gauche, d'une tuméfaction dure, de 4 à 5 centimètres de diamètre, mobile sur l'os sous-jacent, qui se ramollit en quelques semaines, donnant une sensation de fluctuation; ponctionnée par le Dr Weber qui soignait le malade, elle donna issue à une petite quantité de sérosité sanguinolente; depuis lors l'orifice de ponction resté fistuleux laisse sourdre incessamment du liquide séro-sanguinolent.

Bientôt, cette première tuméfaction était suivie d'une série d'autres analogues, à sièges variables : au cuir chevelu, à la cuisse gauche, à la cuisse droite, à la jambe droite, à la plante du pied droit, au bras droit, à la partie antérieure de l'aisselle, dans le dos, au cou : l'éruption s'est ainsi complétée en six semaines environ ; depuis un mois plein, il ne s'est point produit de nodosité nouvelle.

Tandis que certaines de ces néoformations sont restées dures, d'autres se sont ramollies, sont devenues fluctuantes, et, ouvertes soit spontanément, soit chirurgicalement, ont laissé couler un liquide séro-purulent ou même franchement purulent ; la plupart des ouvertures ainsi produites sont restées fistuleuses et ont pris un caractère ulcéreux, à bords décollés, d'un rouge violacé.

L'aspect actuel des lésions est le suivant : A la jambe droite, au tiers inférieur de la face interne, saillie du volume d'une grosse amande, molle, semi-fluctuante ; un petit orifice, suite de ponction, resté fistuleux, laisse sourdre surtout par la pression de la sérosité sanguinolente en petite quantité ; on a l'impression qu'il ne s'agit pas d'une poche, comme celle d'un abcès, d'un kyste uniloculaire, mais bien plutôt d'un tissu plus ou moins fongueux, plus ou moins creusé par places. La lésion n'adhère pas aux plans profonds, ni à l'os.

A la jambe gauche, la lésion est modérément saillante, plus étalée que la précédente ; elle a même consistance, même coloration rouge violacé de la peau, même orifice fistuleux et même suintement séro-sanguinolent.

A la cuisse droite, à la partie moyenne de la face antérieure, on voit une petite ulcération de 2 à 3 millimètres de diamètre, à bords taillés à l'emporte-pièce, au centre d'une zone d'un rouge violacé du diamètre d'une pièce de 2 francs ; c'est le reliquat d'une nodosité antécédente, dure et saillante.

A la cuisse gauche, en un point presque symétrique, même ulcération, mais plus grande (1 centimètre sur 5 millimètres), à bords entaillés, un peu décollés par en dessous, encadrée d'une zone rougeâtre, un peu livide.

Au bras droit (partie moyenne de la face interne), siège une grosse nodosité, sous-cutanée, indépendante des muscles sous-jacents, mobile sur les plans profonds, mais adhérente à la peau, du volume d'une petite mandarine ; il y a cinq jours, M. Hallopeau y fit une ponction et en retira du liquide franchement purulent.

Au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle droite et du bord inférieur du grand pectoral, on note une nodosité dure du volume d'une mandarine. Au cou (partie latérale gauche), nodosité du volume d'une noix, dure, non fluctuante.

Au cuir chevelu (région pariétale gauche), se voient 5 à 6 nodosités groupées, juxtaposées, du volume chacune d'un petit grain de raisin, fluctuantes : les unes ne sont pas encore ouvertes, d'autres laissent sourdre de la sérosité trouble.

Enfin, la plante du pied droit est le siège d'une ulcération suppurante, centrant une infiltration nodulaire du diamètre d'une pièce de 2 francs.

La plupart de ces lésions, notamment celles non ulcérées, ne sont aucunement douloureuses.

L'évolution s'est faite sans réaction fébrile, sans aucun trouble de la santé générale, sans amaigrissement, sans perte d'appétit.

Le malade est d'ailleurs vigoureux, mais de teint anémié; aucune tare héréditaire ni acquise à noter. Les appareils viscéraux divers sont tous en parfait état.

Ce malade n'est sous notre observation que depuis quelques jours; il a été vu antérieurement par M. Leredde, qui a pratiqué une biopsie et a conclu, par l'examen des coupes, au diagnostic de sarcoïdes de Bœck; il a été examiné ensuite par M. Hallopeau, qui a bien voulu nous l'adresser au pavillon Gabrielle: un cobaye a été inoculé avec le pus extrait de la nodosité du bras droit.

Est-il possible de poser un diagnostic clinique ferme?

L'évolution subaiguë et apyrétique, le siège sous-cutané de l'infiltration nodulaire originelle, l'extension progressive vers la peau, qui devient adhérente d'abord, puis s'amincit et s'ulcère au fur et à mesure que la nodosité se ramollit et devient fluctuante: c'est là le processus évolutif des gommés sous-cutanées, soit tuberculeuses, soit syphilitiques. Mais, objectivement, les ulcérations n'ont guère la configuration cyclique, le fond bourbillonneux des gommés syphilitiques. Les gommés scrofulo-tuberculeuses ont des ulcérations plus étendues, plus déchiquetées, à bords plus décollés, plus amincis.

Le diagnostic histologique de M. Leredde (sarcoïdes de Bœck) ne cadre pas avec l'objectivité des lésions, telles, du moins, que nous les connaissons par les cas déjà publiés de cette curieuse forme de tuberculides, notamment avec l'évolution suppurative.

Néanmoins, nous avouons que nous pencherions plutôt dans le sens de lésions bacillo-tuberculeuses, ou tout au moins toxi-tuberculeuses. Nous comptons faire appel, pour la solution du problème, à toutes les ressources du laboratoire et de l'expérimentation; M. Gastou a bien voulu se charger spécialement de ces recherches dont nous vous communiquerons ultérieurement les résultats.

M. GAUCHER. — J'ai le souvenir d'un malade analogue que j'ai vu il y a environ quinze ans; je pensai qu'il pouvait s'agir de lésions tuberculeuses, et je fis à un cobaye une inoculation qui par hasard atteignit la rate. Dix-huit mois après, le cobaye mourait avec une tuberculose de la rate.

M. LEREDDE. — J'ai vu le malade de M. Hudelo il y a un mois. Une biopsie lui fut faite à cette époque et la tumeur montra une structure rappelant un peu celle des sarcoïdes de Bœck.

M. DARIER. — La sarcoïde de Bœck est une tumeur intra-cutanée qui ne suppure jamais et se termine par atrophie. Je crois que l'observation actuelle doit faire chercher dans le sens de la blastomycose. Certaines observations du mémoire de Buschke rappellent celle-ci.

M. DÉRU. — J'ai observé à l'Hôtel Dieu, il y a quelques mois, un fait comparable cliniquement à celui de M. Hudelo. Il s'agissait d'un malade atteint de cirrhose atrophique, chez lequel on constata, pendant son séjour à l'hôpital, l'apparition d'un grand nombre de petites nodosités sous-cutanées siégeant sur le tronc et à la racine des membres, roulant sous le doigt, et indolores à la pression. Ces nodosités, qui avaient fait penser tout d'abord à la ladrerie, évoluèrent comme de petits abcès froids, sans réaction fébrile; au bout d'un certain temps ils devenaient adhérents, la peau rougissait, puis s'ulcérait, et la petite tumeur venait. Des ponctions aseptiques furent faites par M. Lœper dans plusieurs nodules, et le pus fut ensemencé sur divers milieux. On ne trouva aucun microbe pyogène, mais dans tous les cas on constata la présence d'un microorganisme ayant l'aspect d'une levure. Le même microorganisme fut retrouvé à l'état de pureté dans les cultures. Sur carottes les colonies étaient noires, sèches, en forme de crottes de souris. La détermination exacte de ce parasite n'est pas encore achevée, mais il semble bien qu'on ait affaire à un champignon analogue à ceux qui ont été trouvés dans les cas de blastomycose publiés dans ces dernières années, notamment par les auteurs américains.

Quelques remarques sur l'urticaire pigmentaire.

Par M. J. DARIER.

Les deux malades que je vous soumetts et quatre autres cas que j'ai eu l'occasion d'observer récemment, me conduisent à vous présenter quelques considérations sur l'urticaire pigmentaire.

On sait que cette maladie est caractérisée cliniquement par des taches, ou des élevures généralement peu saillantes, de coloration bistrée ou fauve, distribuées sur les téguments en nombre variable, de quelques dizaines à bien des centaines, siégeant surtout sur le tronc et les membres, mais aussi parfois à la tête et aux extrémités. Je n'insiste pas sur ces faits bien connus.

On sait, de plus, que le signe pathognomonique de la maladie consiste dans la propriété qu'ont les taches ou élevures de se congestionner, tuméfier, de durcir et de devenir franchement urticariennes sous l'influence d'un grattage énergique ou d'une piqûre avec une pointe mousse. L'importance de la recherche de ce signe est considérable, car dans l'un des cas que j'ai rencontrés, faute d'y avoir eu recours, divers médecins avaient pensé à du psoriasis, du lichen, des syphilides, pour s'arrêter au diagnostic de tuberculides !

Mes remarques porteront sur le début, l'évolution et la durée de l'urticaire pigmentaire; sur l'histologie de ses lésions; sur son étiologie et sa nature.

On enseigne que l'urticaire pigmentaire *début*e le plus souvent peu de temps après la naissance; qu'après la première année elle

serait exceptionnelle (L. Perrin); qu'on en a rencontré 3 ou 4 cas chez l'adulte.

Sa durée serait ordinairement de 8 à 10 ans; elle se terminerait par l'effacement progressif et la disparition complète des taches.

Voici une femme chez laquelle l'urticaire a débuté il y a près d'un demi-siècle et se présente encore avec tous ses caractères.

OBSERVATION I. — M^{me} L..., 55 ans, laveuse, entre dans mon service de la Pitié pour une dermite artificielle sur les poignets; on lui trouve le corps couvert de taches rondes ou ovalaires, plus ou moins pigmentées, peu ou pas saillantes; elles prédominent sur le tronc et surtout sur l'abdomen, la face interne des bras; il y en a sur le cou et les cuisses, mais point sur la tête, les jambes ou les extrémités. La réaction urticarienne des taches à la piqûre est des plus nettes, commence environ une minute après l'irritation pour atteindre son apogée au bout de quatre minutes et persiste plus de deux heures. Il n'y a pas de dermatoglyphisme de la peau intermédiaire aux taches. La malade, interrogée dans ce sens, dit qu'elle éprouve de temps en temps des « poussées » spontanées avec congestion et prurit; mais elle ne donne que des renseignements vagues sur ce point et depuis un mois et demi que nous l'observons nous n'avons rien vu de semblable. Le début remonterait à son dire à l'âge de 6 ou 7 ans et se serait fait progressivement, par poussées (?). Depuis ce moment les taches seraient restées stationnaires.

Voici, d'autre part, un homme du même âge environ, chez lequel l'apparition des taches ne s'est faite qu'il y a 10 mois.

Obs. II. — M. F..., 56 ans, rentier, homme de haute taille et vigoureux, s'est présenté à moi le 20 juillet dernier pour une éruption qui a débuté entre le 10 et le 15 juin 1904. Très certainement il n'avait rien de pareil auparavant; un médecin l'a soigné l'hiver précédent pour un clou et n'a rien remarqué d'anormal; lui-même s'observe très minutieusement.

Les premières taches ont apparu sur le tronc sous forme de « boursoufflures » analogues à des piqûres d'insectes; il s'en développe constamment de nouvelles, qu'il ne remarque que parce qu'il se regarde souvent. J'inscris sur un schéma la topographie de ces taches et j'en compte environ 140 en tout. Elles sont arrondies, planes, lenticulaires, d'un rose jaunâtre ou un peu livide. Le 28 octobre leur nombre s'était accru d'un cinquième environ. Elles s'étaient multipliées encore le 27 février. Aujourd'hui, je les trouve sensiblement en nombre double: parmi les plus anciennes quelques-unes tendent à s'effacer. La réaction urticarienne est, et a toujours été, des plus nettes. Pas de dermatoglyphisme. Pas de prurit, ni de poussée urticarienne spontanée des taches existantes.

L'apparition insidieuse, sans fracas, passant presque inaperçue, est encore plus évidente dans les cas suivants:

Obs. III. — Je vois depuis un an une jeune fille de 19 ans, bien conformée et saine d'ailleurs, chez laquelle se sont développées au printemps de 1902, c'est-à-dire à l'âge de 16 ans, 5 ou 6 taches dans le creux épigastrique,

sans saillie, sans apparence urticarienne (?), sans prurit. Leur nombre s'est lentement accru pendant 2 ans, puis est resté stationnaire aux environs de 150. Les médecins consultés ont porté les diagnostics les plus variés ; cette jeune fille a subi même des injections mercurielles et on lui a appliqué le galvanocantère sur chaque tache, sans résultat. Ces taches sont planes, ou papuleuses, lenticulaires, d'un rose jaunâtre ou violacé suivant la région ; elles ne sont pas prurigineuses. La réaction urticarienne à la piqure est des plus nettes ; en une ou deux minutes la tache piquée se soulève, durcit, devient d'un blanc jaunâtre avec halo érythémateux. Pas de dermatographisme. Jamais de poussées urticariennes spontanées, ni de prurit.

Obs. IV, V et VI. — Je connais depuis plusieurs années une famille dans laquelle les trois fils aînés, âgés de 13, 11 et 9 ans, sont atteints d'urticaire pigmentaire du tronc, du cou et des membres ; le quatrième fils, âgé de 6 ans, est seul indemne ; les parents n'ont rien de pareil. Les taches pigmentées, peu saillantes pour la plupart, ont apparu entre l'âge de 3 et 6 ans, sans que les parents puissent préciser ; c'est à l'occasion d'une rougeole de l'un des fils que je remarquai ces taches et qu'on constata que les autres en portaient également. Ils ne s'en étaient jamais plaints, n'avaient pas de démangeaisons, jamais de poussées urticariennes ; on considérait ces taches comme des macules indélébiles consécutives à des morsures de moustiques ou d'aoûtats (il est possible qu'urticariennes au début elles aient été attribuées à ces insectes). Leur réaction à la piqure est des plus typiques. Pas de dermatographisme. Pas de modification des éléments dans ces 2 ou 3 dernières années.

Ainsi, quel qu'ait été l'âge du sujet au début de la maladie, l'éruption se présente avec des caractères toujours les mêmes, à peu de chose près, et ses caractères persistent indéfiniment. On va voir qu'il en est de même au point de vue de la structure des lésions.

Les poussées urticariennes spontanées, à la période d'état de la maladie, font très souvent défaut, et de ce fait elle prend une allure torpide qui peut en faire méconnaître l'existence. Le dermatographisme n'a pas été constaté dans mes cas.

Dans mes 3 premières observations, et chez l'un des enfants du dernier groupe, j'ai vérifié mon diagnostic par la biopsie et l'*examen histologique*.

On sait que les taches et élevures de l'urticaire pigmentée ont une structure pathognomonique : on y rencontre dans le derme, au-dessous du corps papillaire, un infiltrat composé en majeure partie de mastzellen. Celles-ci, lorsqu'elles sont fort abondantes, affectent une forme polygonale par pression réciproque ; moins nombreuses, elles conservent leur forme habituelle fusiforme ou ovulaire, ou plus ou moins irrégulière, et se disposent en amas égrenés sur leurs bords, qui souvent accompagnent les vaisseaux sanguins. Il est nécessaire d'employer un colorant qui mette en lumière la nature spéciale de ces éléments ; la thionine et surtout le bleu polychrome de Unne

colorent en rouge violacé leur protoplasma. Souvent on trouve un peu de « matériel rouge » diffusé en dehors des cellules.

Il m'a paru que dans les cas anciens, la confluence des mastzellen était plus grande que dans les éléments d'apparition récente, mais je n'oserais affirmer que cela soit de règle.

Le pigment est déposé soit dans la couche basale de l'épiderme, soit dans des cellules fusiformes et étoilées qui parsèment, en petit nombre, le corps papillaire et l'infiltrat lui-même.

La peau voisine des taches est normale, mais renferme néanmoins des mastzellen isolées en proportion un peu supérieure à la normale.

En somme, il s'agit bien dans tous mes cas d'urticaire pigmentaire légitime, et il ne me paraît pas qu'il y ait des raisons suffisantes pour décrire des variétés distinctes de ce type morbide.

L'étiologie de l'urticaire pigmentaire nous apparaît aussi mystérieuse que possible.

Dans l'un des cas (Obs. II) on aurait pu incriminer des irritations cutanées répétées; le malade en question usait et abusait depuis 15 ans de frictions au gant de crin; en outre, depuis 7 ou 8 ans il prenait 2 bains de sulfurine par semaine. Rien de pareil n'est signalé dans les autres observations.

On a invoqué aussi l'action hypothétique de troubles nerveux plus ou moins vagues, la nervosité, l'émotivité, et même une émotion vive, une frayeur (comme dans un exemple remarquable, récemment publié par Breda, de Padoue). Lorsqu'il s'agit de très jeunes enfants c'est chez la mère qu'on a relevé cette nervosité anormale.

Il est très certain que les trois jeunes garçons de mes obs. IV, V à VI, sont de souche éminemment nerveuse. Leur mère a présenté, avant et après leur naissance des accidents d'hystérie franche (hémispasme glossolabié); sa peau est d'une sensibilité peu commune aux irritations et aux médicaments externes. Le père est aussi très nerveux et migraineux. — Mais les malades des obs. II et III sont à cet égard d'un type entièrement opposé; eux-mêmes, leurs ascendants et collatéraux sont d'humeur placide, de vie essentiellement calme, et sans trace de nervosité ou d'activité quelque peu fébrile. Ni l'un ni l'autre n'avait subi de choc moral avant l'éruption.

Aucun de mes malades n'a subi d'intoxication ou d'infection qu'on puisse faire entrer en ligne de compte; seul l'homme de l'obs. II avait eu un furoncle peu de mois avant l'urticaire pigmentaire.

Reste l'influence possible d'auto-intoxications, d'origine digestive ou hépatique. A cet égard on peut relever que, dans l'obs. I, nous constatons que la malade a perdu sa mère d'une maladie de foie;

qu'elle-même a un teint jaunâtre et un peu terreux ; ses digestions sont normales, dit-elle, le foie et la rate ont les dimensions ordinaires ; mais l'urine contient actuellement une faible quantité de bile, de l'indican, et une quantité notable d'urobiline. Mais sa maladie a débuté il y a près de 50 ans, il ne faut pas l'oublier.

Dans l'obs. II, je note que le malade a eu depuis 15 ans une maladie d'estomac avec douleurs 4 ou 5 heures après les repas, lesquelles ont été attribuées à des fermentations intestinales. Jamais d'ictère franc, mais un teint jaunâtre. Il était fort mangeur de viande et avait des garde-robes souvent fétides. Actuellement encore, ses urines présentent avec l'acide azotique une teinte « hémaphéique » des plus accentuées.

L'obs. III porte que la jeune fille a un teint frais et rose ; mais elle a de l'acro-asphyxie, une tendance au sommeil, et, dans ses urines, de « l'indican en forte proportion ».

Les trois enfants (obs. IV, V et VI) n'ont aucun trouble digestif appréciable ; mais un frère plus jeune, le seul indemne d'urticaire pigmentaire, a un foie gros et sensible, un teint jaune, et de l'indicaurie habituelle avec constipation.

On voit donc que de toutes les circonstances étiologiques imaginables, c'est dans ce dernier ordre de causes (modifications morbides des fermentations intestinales et troubles de la fonction hépatique) qu'on trouve le trait le plus souvent représenté chez mes malades, et encore, pour les derniers, faut-il un peu forcer les faits pour établir l'analogie.

Quoi qu'il en soit, la *nature* de la maladie urticaire pigmentaire reste tout à fait obscure pour nous.

On peut seulement faire remarquer que si on considère les choses d'un point de vue très élevé, il y a peut-être un rapprochement à faire entre elle et la xanthomatose : tumeurs multiples, constituées par des éléments dermiques un peu anormaux, tantôt presque congénitales, tantôt apparaissant à un âge quelconque, pouvant disparaître sans laisser de traces, ou au contraire persister indéfiniment, etc. Si le rôle de troubles hépatiques — qu'il y aura lieu d'ailleurs de scruter ultérieurement de plus près — se confirme dans l'urticaire pigmentaire, ce sera là une circonstance de plus en faveur de cette analogie.

Le *traitement* de l'urticaire pigmentaire, tant externe qu'interne, ne m'a donné jusqu'ici que des déboires, comme aux autres observateurs ; aussi n'en rapporterai-je pas les détails. Actuellement, c'est dans la voie qu'indique la constatation de troubles hépatiques que je crois devoir diriger ma thérapeutique.

M. JACQUET. — Dans un certain nombre de cas publiés le début a eu lieu dans les premiers jours qui ont suivi la naissance. J'ai observé moi-même

un cas de ce genre et j'ai fait l'étude de la mère. J'ai appris que cette femme avait été soumise aux injections de morphine pendant tout le cours de sa grossesse. Or la morphine est facilement urticarigène, l'urticaire de l'enfant ne saurait-il être favorisé par l'urticaire de la mère? Ne serait-il pas possible de trouver là une raison étiologique possible?

M. DARIER. — Le cas que signale M. Jacquet est exceptionnel, une influence de ce genre ne saurait être invoquée que dans les cas à début très précoce. L'urticaire pigmentaire n'a aucun rapport avec l'urticaire chronique. Les urticaires de la morphine sont sans doute tout à fait différentes.

M. JACQUET. — Le cas auquel je fais allusion était un cas d'urticaire pigmentaire vraie.

Chancre phagédénique du fourreau, gommes périostiques du crâne.

Par MM. GAUCHER et LOUSTE.

Nous pensons intéressant de rapporter une observation qui montre avec quelle réserve on doit poser le diagnostic du chancre mou.

L. M..., 21 ans, forain, présente en août 1904 un chancre du fourreau, considéré d'abord, à la consultation de l'hôpital Beaujon, comme un accident spécifique, puis au bout de quelques jours comme un chancre simple.

Le mois suivant, voyant l'ulcération se creuser et s'étendre, le malade entre à l'hôpital Saint-Louis. On le considère comme atteint de chancre simple phagédénique et il est traité avec des bains d'eau oxygénée et pansé avec de la poudre d'iodoforme.

Malgré ce traitement, le phagédénisme augmente, gagne le gland et le malade sort sur sa demande et se rend à l'hôpital du Midi.

On n'hésite pas à le considérer comme atteint de chancre phagédénique simple.

Ajoutons d'ailleurs qu'il s'était éconlé 3 mois au moins depuis le début des accidents, et que l'on n'avait pas observé de roséole ni de syphilides muqueuses

Le 13 mars 1905 il revient à Saint-Louis dans notre service.

A cette époque on voit une large ulcération phagédénique occupant la moitié du fourreau, dont la partie antérieure est détruite. Le gland est ulcéré sur sa face dorsale et sa partie inférieure est creusée de deux ulcérations dont l'une a en partie détruit le méat.

En somme, large ulcération phagédénique du fourreau et du gland, plus 2 ulcérations du gland. Celles-ci sont creuses, à bords décollés, mais recouvertes de croûtes sans doute consécutives à des infections secondaires.

On voit aussi quelques cicatrices au pourtour de la grande ulcération.

Tout le fourreau est œdématisé.

Il n'y a jamais eu de bubons, mais une adénopathie inguinale bilatérale polyganglionnaire et très dure.

Depuis 3 semaines aussi sont apparues des tuméfactions sur le bord

supérieur de l'orbite et de front du côté droit, ainsi que sur la région temporale.

Les unes sont dures et font corps avec le périoste.

Sur le temporal la tumeur est plus volumineuse, arrondie et nettement fluctuante : il s'agit, selon toute vraisemblance, de périostites gommeuses.

Le malade se plaint peu de céphalée et ne présente aucun accident cutané ni muqueux.

Devant la persistance du phagédénisme que les traitements locaux n'ont pas amélioré, les caractères des ganglions, l'apparition de ces gommages périostiques, nous portons le diagnostic de syphilis non douteuse.

Considérée isolément, l'ulcération de la verge aurait pu être prise pour une syphilide ulcéreuse tertiaire et l'on aurait pu se demander s'il ne s'agissait pas d'une syphilis antérieure et méconnue ou d'accidents tardifs d'hérédosyphilis.

Mais l'histoire de la maladie et la multiplicité rapide des lésions montrent que c'était là l'accident primitif qui a présenté un phagédénisme très étendu.

D'ailleurs sous l'influence du traitement tous les accidents ont rapidement rétrogradé.

Sous l'influence des injections de benzoate de mercure de 3 centigrammes, et 2 grammes d'iodure de potassium, le phagédénisme est arrêté à la fin de la semaine.

Le 26 mars, c'est-à-dire 12 jours après son entrée, les périostites gommeuses s'affaissaient, l'ulcération présentait sur toute la périphérie une cicatrisation progressive.

Le 4 avril il quittait le service malgré notre avis, mais presque complètement guéri.

Nous insistons sur l'erreur fréquemment commise et légitimement commise du chancre simple, présentant les caractères et l'évolution du chancre simple et suivi tôt ou tard d'accidents syphilitiques. C'est beaucoup plus l'évolution que les caractères mêmes du chancre qu'il faut suivre.

Enfin nous croyons qu'en présence d'ulcération phagédénique, rebelle aux traitements locaux bien institués, il est nécessaire d'administrer le traitement spécifique qui deviendra sinon, comme dans notre cas, le traitement curatif, au moins dans tous les cas un adjuvant précieux du diagnostic.

Statistique radiothérapique.

Par MM. BISSÉRIÉ et MEZENETTE.

Il nous a paru intéressant de résumer et de vous présenter dans un tableau d'ensemble les résultats de notre pratique radiothérapique (1).

(1) Cette statistique comporte les malades soignés à l'hôpital Broca dans le service de M. Brocq et les malades soignés à la clinique du Dr Bissérié.

liorés, 2 insuccès, 3 en traitement. — Dans ces affections la radiothérapie semble appelée à venir heureusement compléter les autres moyens thérapeutiques.

Les méthodes utilisées contre ces affections sont nombreuses et variées, toutes peuvent revendiquer des succès, toutes ont eu des échecs.

Dans ces dernières années, il y a eu une sorte d'engouement pour la méthode de Finsen que certains médecins ont préconisée comme la seule susceptible de donner des résultats vraiment curatifs et durables.

Nous n'hésitons point à reconnaître que dans certains cas cette méthode donne de bons résultats, surtout au point de vue esthétique. Mais à notre avis ces résultats ne sont ni plus rapides ni plus définitifs que ceux donnés par les autres méthodes. On a objecté que dans la méthode de Finsen la technique d'application jouait un rôle prépondérant au point de vue du résultat thérapeutique. C'est là un point indiscutable, mais il me serait facile de citer plusieurs cas où elle a échoué complètement, bien que les applications aient été faites dans les meilleures conditions et prolongées pendant de longs mois.

La radiothérapie nous a donné des résultats très intéressants dans un certain nombre de cas, elle n'est pas plus infallible que les autres méthodes, mais elle peut revendiquer autant de succès et semble dans bien des cas supérieure tout au moins au point de vue esthétique.

Dans le lupus vulgaire il est nécessaire d'utiliser des doses de 7 à 8 H par application, de façon à déterminer l'escharification des tissus; la réparation se fait lentement, laissant après elle un tissu cicatriciel souple et résistant.

Dans le lupus érythémateux fixe, elle nous a permis d'obtenir des guérisons dans des cas où toutes les autres méthodes avaient échoué.

Épithéliomas cutanés. — 186 cas traités : 142 guérisons, 41 en voie de guérison, 3 insuccès (récidives).

Sarcomes cutanés diffus. — 8 cas traités : 6 guéris, 2 en voie de guérison.

Mélano-sarcome cutané. — 12 cas traités : 10 guéris, 2 en voie de guérison.

Mycosis fungoïde. — 9 cas traités : 6 guéris, 3 en voie de guérison.

Dans ces diverses affections malignes, les résultats aujourd'hui confirmés par le temps sont fort beaux, surtout si on considère qu'un certain nombre de nos malades avaient déjà été traités par différentes méthodes, y compris l'ablation chirurgicale et avaient toujours vu leur affection récidiver avec extension et que d'autres

(sarcome cutané diffus, mycosis fongoïde) étaient fatalement condamnés faute de méthode thérapeutique applicable.

Chez tous ces malades la guérison est aujourd'hui confirmée par le temps.

Dans ces affections, la radiothérapie semble donc à tous les points de vue constituer la méthode de choix.

Absolument indolore dans son application, faisant même bénéficier les malades de l'action éminemment analgésiante des radiations X, elle donne des résultats rapides et permet au point de vue purement esthétique d'obtenir des cicatrisations bien supérieures à tous les autres procédés, y compris les autoplasties les plus parfaites.

Sur 186 épithéliomas cutanés traités par cette méthode, nous n'avons à enregistrer que trois insuccès constitués par des récives survenues de six mois à un an après la cessation du traitement.

Encore, ces trois insuccès ont une explication :

L'un d'eux, qui est le sujet d'une des observations de la thèse du Dr Belot, présentait, lorsqu'il a cessé le traitement, un point encore douteux (fait consigné sur le registre d'observations en ces termes : Malade guéri en apparence ; point encore douteux à revoir dans six mois) et devait venir se montrer six mois plus tard. Il est resté un an sans donner signe de vie et présentait une récive sur le point indiqué comme douteux.

Une autre malade — femme de plus de 80 ans — a interrompu le traitement avant la guérison complète. Huit mois après, récive au niveau du point lacrymal. Cette récive est en voie de régression sous l'influence d'un nouveau traitement radiothérapique.

La troisième malade présentait un épithélioma de la région temporale droite et de l'angle externe de la paupière supérieure.

Mais ces lésions cutanées n'étaient que l'extension d'une néoplasie intra-orbitaire.

La radiothérapie a amené la guérison des lésions épithéliomateuses des téguments, mais s'est montrée impuissante à modifier l'évolution de la tumeur intra-orbitaire, qu'elle ne pouvait d'ailleurs pas atteindre.

La tumeur intra-orbitaire a été enlevée chirurgicalement huit mois plus tard ; les lésions cutanées n'avaient point récidivé.

Ces insuccès s'expliquent donc, dans deux cas, par la négligence du malade ; dans le troisième, par l'impossibilité matérielle de faire porter les radiations sur la lésion.

Certes, nous ne voulons point affirmer ici que la radiothérapie n'aura à enregistrer que des succès dans le traitement des épithéliomas cutanés, mais nous considérons qu'elle constitue une des méthodes les plus actives et les plus efficaces dans cet ordre d'affections.

Dans le sarcome cutané diffus, dans le mycosis fongoïde, elle constitue la méthode de choix, presque la seule méthode applicable, et s'est montrée d'une efficacité des plus remarquables.

Maladie de Paget. — 9 cas traités : 6 guéris, 3 en traitement. La guérison s'est produite assez rapidement ; six applications, en général, ont suffi. Dose : 36 H.

Épithélioma de la lèvre supérieure. — 11 cas traités : 8 guéris, 3 insuccès. Sur les 8 cas guéris, 2 avaient été opérés chirurgicalement et avaient récidivé six mois et sept mois après. Actuellement, les 8 cas guéris présentent encore toutes les apparences d'une guérison parfaite après un an et 15 mois.

Dose : 42 à 54 H.

Épithélioma de la lèvre inférieure. — 13 cas traités : 6 guéris, 5 insuccès, 2 en traitement. Il semble que l'épithélioma de la lèvre inférieure soit moins facilement modifiable que celui de la lèvre supérieure.

Il est bien difficile d'en apprécier les causes, mais c'est là un fait qui résulte de toutes les constatations faites par tous ceux qui ont eu à traiter cette affection.

Les doses un peu massives (7 à 8 H par application) sont nécessaires.

Épithélioma de la langue. — 17 cas traités : 3 guéris (non opérés), 2 en voie de guérison (non opérés), 1 récurrence après six mois, 11 insuccès. A proprement parler, les 11 cas chez lesquels la mort est survenue rapidement, ne méritaient plus le nom de « cancer de la langue ». Opérés une ou deux fois au moins avant de nous être adressés, ils n'avaient plus de langue et étaient en voie de récurrence ganglionnaire et de généralisation. Leur affection a donc suivi l'évolution normale. Chaque intervention étant suivie d'une récurrence de plus en plus étendue et profonde, ils ont succombé en plein état de cachexie cancéreuse.

Deux, atteints de néoplasie linguale peu étendue, mais accompagnée déjà d'infection ganglionnaire limitée, avec gêne de la mastication et irradiations douloureuses vers l'oreille correspondante, ont vu leurs douleurs disparaître, les mouvements de la langue devenir plus faciles et la lésion épithéliale rétrocéder d'une façon qui permet quelque espoir.

Aucun autre traitement n'a été fait.

Un a présenté, après six mois de guérison apparente, une récurrence sur un endroit de la langue autre que celui soumis aux irradiations.

Opéré chirurgicalement en novembre, il est en pleine récurrence ganglionnaire avec infection du côté droit du cou, alors que la lésion primitive de la langue siégeait sur le bord gauche de l'organe.

Trois, atteints d'épithéliomas peu anciens reposant sur une large base indurée, avec infiltration presque totale de la langue, engorgement ganglionnaire et irradiations douloureuses vers l'oreille, présentent encore, après plus d'un an, toutes les apparences d'une guérison locale complète, l'état général est parfait.

Ces malades n'avaient subi aucun autre traitement.

Sont-ils définitivement guéris? C'est ce qu'il nous est impossible d'affirmer, la suite seule nous l'apprendra ; il nous est toujours permis de dire que l'évolution de la maladie a subi un temps d'arrêt et semble tout au moins enrayée.

Il nous semble utile, dans les cas de néoplasie linguale, d'agir énergiquement, de recourir à des irradiations intensives et de faire absorber à la région traitée 8 à 10 H par application.

Néoplasies du sein. — 38 cas traités: 6 guéris, 5 en bonne voie, 27 insuccès. Tous opérés et en état de récurrence. Les 6 cas guéris étaient atteints de récurrences cutanées plus ou moins étendues, mais ne présentaient aucune trace d'envahissement ganglionnaire profond ni de généralisation viscérale.

Il en est de même des 5 cas en voie de guérison.

Tous les autres cas, en dehors des récurrences cutanées plus ou moins étendues qu'ils présentaient, étaient en voie de généralisation et ne pouvaient attendre aucun bénéfice d'une intervention quelconque.

Il me semble d'une importance capitale, avant d'entreprendre le traitement radiothérapique d'une récurrence de cancer du sein, de procéder à un examen des plus minutieux du malade. Chez tous les malades qui n'ont bénéficié en aucune façon du traitement et qui ont vu leur mal suivre son évolution inexorable, j'ai pu même, dans des cas où il ne s'agissait en apparence que de récurrences cutanées peu étendues, constater une infection des ganglions thoraciques, de la plèvre, et, parfois même, j'ai pu déceler des noyaux néoplasiques du côté du foie et de l'estomac. Ces malades étaient donc en voie de généralisation et ne pouvaient retirer du traitement par les rayons X le moindre bénéfice.

Dans les récurrences cutanées de cancer du sein, l'infiltration des tissus est en général assez profonde; nous avons donc toujours recourus à des irradiations intensives jamais inférieures à 6 à 7 H.

Mélano-sarcome du mamelon. — Deux cas traités. L'un — un homme de 49 ans — présentait une tumeur dure du volume du poing. Mamelon noir ulcéré; écoulement sanieux; engorgement ganglionnaire de l'aisselle; état général mauvais.

10 H dès la première application: radiodermite intense, disparition des ganglions et diminution considérable du volume de la tumeur, cicatrisation du mamelon.

Après cinq applications, la tumeur est réduite au volume d'une noix; consistance ligneuse; état général très bon.

Les choses sont en cet état depuis plus d'un an et le malade vaque à ses occupations sans se ressentir de rien.

L'autre, — dame de 80 ans passés, — mamelon noir, induré, crevassé (application de 6 H); depuis un an aussi arrêté dans l'évolution; état général très bon.

Dans ces deux cas, il semble que l'affection ait tout au moins subi un arrêt dans son évolution, arrêt qui persiste encore un an après. De l'ensemble des faits que je viens d'exposer, il semble résulter que la radiothérapie, si elle ne constitue pas toujours un moyen curatif, est appelée dans bien des cas à soulager le malade, à déterminer souvent un temps d'arrêt très marqué dans l'évolution de la néoplasie et à le faire bénéficier par ce fait d'une survie très appréciable.

Notre technique habituelle consiste à appliquer les rayons X, en général, à doses assez élevées; il nous a paru utile, la plupart du temps, de faire absorber une dose susceptible de déterminer un certain degré de radiodermite, parfois même d'aller jusqu'à la production d'une eschare. Cette méthode nous a paru plus efficace que le procédé qui consiste à faire absorber à la région traitée des doses faibles à intervalles rapprochés. Cette méthode des doses massives ne présente aucun danger, à la condition expresse d'attendre pour procéder à une nouvelle application que toute trace de réaction ait absolument disparu.

Y a-t-il intérêt à utiliser telles radiations de préférence à d'autres, suivant qu'on a affaire à des néoplasies plus ou moins profondes? Nous ne le croyons pas. La différenciation qualitative des radiations nous semble avoir une importance des plus relatives en radiothérapie.

L'important est de faire absorber la quantité suffisante. Nous réglons toujours nos ampoules de façon à ce qu'elles puissent émettre des radiations du numéro 9 ou 10, et nous appliquons ces radiations indistinctement à toutes les affections que nous traitons.

Leucodermie vitiligineuse généralisée.

Par M. W. DUBREUILH.

M^{me} B... est une femme de 43 ans, qui n'a pas d'antécédents pathologiques notables; elle est un peu vive et impressionnable mais n'a jamais eu de troubles nerveux manifestes; elle est bien constituée et se porte actuellement fort bien.

Depuis son enfance elle avait une mèche de cheveux blancs à l'occiput,

mais le début ~~v proprement dit de la~~ maladie paraît remonter à l'âge de 12 ans. A cette époque elle était très brune avec un teint foncé, olivâtre, elle vit apparaître en divers points du corps de grandes plaques foncées mais sans taches décolorées.

A 25 ans elle devint enceinte pour la première et seule fois; l'accouchement fut normal, mais à la suite la peau se décolora d'une façon diffuse et générale, sans qu'elle ait jamais remarqué de taches blanches sur fond brun. En très peu de temps son teint très brun est devenu blanc comme il l'est actuellement.

A 33 ans, elle fut vivement affectée de la mort subite de son frère, et peu de temps après apparurent sur le cuir chevelu des plaques peladiques rondes et glabres sur lesquelles les cheveux repoussaient aussitôt, mais blancs. A aucun moment le cuir chevelu n'a été totalement déglabré; il n'est même pas certain que toutes les parties du cuir chevelu aient été atteintes par l'alopecie. Quoi qu'il en soit, au bout de six mois tous les cheveux étaient devenus blancs et ils sont restés tels; ils devenaient en même temps beaucoup plus gros.

A la même époque les poils des aisselles et du pubis sont devenus blancs sans tomber. Depuis quelques mois, les sourcils et les cils, qui avaient conservé leur couleur, commencent à blanchir d'une façon diffuse.

Actuellement (janvier 1898), M^{me} B... est une femme de 43 ans, bien constituée, robuste, avec un embonpoint suffisant et une santé générale excellente. Sa peau est partout très blanche et très fine, la face notamment est tout à fait blanche et décolorée, sauf une rougeur assez marquée aux pommettes et quelques dilatations des capillaires superficiels. Il y a sur le menton quelques taches d'eczéma séborrhéique farineux. Les yeux sont bruns. Les sourcils sont bruns mais fortement mélangés de poils blancs. La chevelure très abondante et complètement blanche contraste avec la figure encore jeune. Les cheveux sont longs, très gros et durs; çà et là on remarque quelques cheveux disséminés qui sont tout à fait noirs. Les cheveux blancs et plus gros que normalement ne sont pas disposés en touffes et l'on n'en voit sortir qu'un de chaque orifice folliculaire; ils sont d'habitude très secs. Le cuir chevelu est blanc rosé, couvert d'une desquamation pityriasiq ue sèche formant des gaines autour des cheveux; il est le siège d'un peu de démangeaison sous l'influence de la chaleur. Il n'y a pas trace d'alopecie diffuse ou en plaques.

Sur tout le corps la peau présente la même blancheur, tous les poils du corps sont blancs.

Depuis que sa peau s'est décolorée, M^{me} B. est devenue beaucoup plus susceptible à l'influence de la lumière. La moindre exposition au soleil, le séjour au bord de la mer qu'elle supportait parfaitement autrefois, occasionnent maintenant des coups de soleil violents allant jusqu'à la vésication. Il ne s'agit pas d'une irritation banale car le vent froid et sec n'a aucun effet fâcheux et provoque tout au plus quelques gerçures, mais pas plus que chez un individu normal. L'exposition à la chaleur d'un foyer est aussi moins bien supportée qu'autrefois.

Malgré que la malade nie formellement l'existence de plaques blanches encadrées de brun, cette leucodermie se rapproche singu-

lièrement du vitiligo, par l'hyperpigmentation qui l'a précédée, par la coïncidence avec une alopecie d'allure peladique, par l'absence de toute autre altération cutanée que la dépigmentation, enfin par sa persistance. En tout cas je ne vois pas que l'on puisse y appliquer d'autre étiquette.

Il est aussi intéressant de remarquer la sensibilité aux rayons solaires qui a été le résultat de la leucodermie. On sait que le pigment de la peau sert de défense contre la lumière, les bruns prennent moins facilement des coups de soleil que les blonds et les plus sensibles de tous sont les individus à cheveux rouges qui ont la peau très peu pigmentée ou seulement de façon irrégulière, sous forme de taches de rousseur. Chez ces derniers le soleil ne produit pas de hâle, mais seulement de l'érythème et l'exagération des taches de rousseur. Il en est de même chez les vitiligineux. On sait que le vitiligo des parties découvertes est plus accusé en été qu'en hiver parce que la lumière solaire aggrave la pigmentation de la bordure et ne pigmente pas la plaque achromique qui reste blanche. Les parties blanches n'étant pas défendues par le pigment sont beaucoup plus sensibles à l'action nocive de la lumière et présentent facilement de l'érythème solaire alors que les parties pigmentées restent indemnes.

Pigmentation cutanée autour de foyers lupiques.

Par M. W. DUBREUILH.

J'ai observé il y a quelques années une malade qui présentait une pigmentation cutanée singulière autour de ses foyers de lupus. Comme c'est la seule fois que j'aie vue un fait de ce genre et que je ne l'ai nulle part signalé, je crois intéressant de publier cette observation, espérant que peut-être il en pourra surgir d'autres qui en fourniront une explication que je ne suis pas en mesure de donner pour le moment.

Berthe C..., âgée de 16 ans, est une jeune fille grande, très développée pour son âge et dont la santé générale paraît excellente. Elle a toujours mouché abondamment, dans son enfance elle a eu des adénopathies cervicales et une dacryocystite droite qui est maintenant guérie.

Le lupus a débuté depuis un an et demi par le nez et les placards du dos remontent à un an.

On trouve actuellement (novembre 1896) un grand placard de lupus ulcéreux et croûteux couvrant tout le nez sauf l'aile gauche et débordant en haut, sur les deux paupières gauches, la pommette et l'arcade sourcilière droite. Un grand placard occupe toute la partie antérieure du cou; un autre plus petit se trouve sur le côté gauche du cou. Dans le dos se trouvent

deux ou trois placards de lupus larges comme la paume de la main, entourés de nodules isolés et d'îlots plus petits.

Tous les placards lupiques sont entourés d'une bordure pigmentée de couleur café au lait. Cette bordure n'a pas plus de 1 à 2 millimètres à la face, mais autour des placards du dos elle atteint 2 ou 3 centimètres. Cette bordure est immédiatement contiguë au lupus, elle est nettement limitée extérieurement, sa teinte est uniforme sauf qu'elle est parsemée de quelques points miliaires blancs. Cette zone de pigmentation porte sur la peau saine et ne s'accompagne d'aucune autre altération que le changement de couleur. Il n'y a eu jusqu'ici aucun traitement.

Le traitement a provisoirement consisté en applications d'une pommade créosotée, la malade se refusant pour le moment à tout traitement actif. Elle est revue six mois après, le lupus est un peu amélioré, mais les zones pigmentées n'ont pas changé.

Maladie de Ménière survenue au cours de la syphilis. Traitement par les injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

Par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.

Mathilde L'H..., 38 ans, couturière, est venue consulter à l'hôpital Saint-Louis pour des troubles graves du côté de l'oreille gauche, remontant déjà à plusieurs années et ayant fait l'objet d'une communication antérieure à la Société de dermatologie (séance du 3 juillet 1902). Nous rappellerons brièvement les particularités principales de l'observation.

Antécédents personnels. — A l'âge de 12 ans, fièvre typhoïde ; à 21 ans, coqueluche, suivie d'une fistule anale.

En 1900, pneumonie qui fut suivie d'une otite gauche suppurée. La malade n'a pas présenté de surdité après sa guérison, et son état de santé était très bon du côté des oreilles.

En juillet 1901, chancre induré lingual ; peu de temps après le chancre, roséole et plaques indurées linguales. Chute des cheveux. Jamais aucune manifestation du côté des organes génitaux. Dès le début la céphalée a été continuelle, très vive et a toujours persisté depuis. Plusieurs fois la malade eut des stomatites intenses qui obligèrent de suspendre le traitement.

Le 7 avril 1902, premier séjour dans le service pour un vertige ayant débuté trois jours avant l'entrée. La malade sentit la tête lui tourner brusquement en même temps qu'elle éprouvait du côté gauche la perception d'un sifflement en jet de vapeur, la sensation du vide et la perte de l'équilibre, — elle tomba mais sans perdre connaissance, se releva pour tomber encore quelques pas plus loin. Transportée chez elle et couchée, le vertige continua dans son lit, en même temps qu'apparaissaient des vomissements et des nausées.

La malade reste cinq semaines à l'hôpital ; elle est améliorée, mais le vertige persiste, accompagné d'agoraphobie très accentuée.

Un séjour à l'hôpital Lariboisière, pendant un mois, ne l'améliore pas davantage. Elle rentre en juin 1902 à l'hôpital Saint-Louis pour stomatite intense, due à 4 injections de calomel faites à l'hôpital Lariboisière. A sa sortie les vertiges continuent, très affaiblis, avec sensation de vide et douleurs de tête.

Depuis, la malade est revenue plusieurs fois dans le service à la consultation externe. Huit injections fortes de biiodure de mercure, faites en 1904, l'ont améliorée sans la guérir. Il en a été de même de séries d'injections d'huile grise pratiquées ultérieurement.

20 juin 1904. — On pratique une injection intra-veineuse au coude gauche, de 1 centimètre cube de cyanure de mercure à 1 p. 100.

22 juin. — Pas de vertiges. Les sifflements d'oreille persistent seuls. Les injections sont continuées tous les deux jours sans incidents.

1^{er} juillet. — A la cinquième injection, la malade va très bien et ne craint plus de sortir.

22 juillet. — Les injections ont été suspendues deux jours, — la malade a éprouvé un léger vertige.

25 juillet. — Les vertiges n'ont pas reparu, mais la malade perçoit toujours des sifflements en jet de vapeur. Les injections intra-veineuses sont supprimées pendant les vacances. La malade en a reçu une vingtaine.

8 octobre. — Pendant les vacances, aucun vertige; mais toujours des bourdonnements d'oreille, et une surdité complète à gauche. Les injections sont reprises tous les deux jours; on fait une série de 7 piqûres.

18 novembre. — La malade a été reprise depuis l'interruption du traitement. Elle a eu un fort vertige et a été relevée sur la voie publique.

On fait 8 injections intra-veineuses; les vertiges s'arrêtent aussitôt.

31 mars 1905. — Les vertiges n'ont pas reparu. Toujours des sifflements et des bourdonnements à gauche. On reprend les injections pour tâcher d'obtenir un amendement plus complet des phénomènes pénibles.

Cette malade avait été plusieurs fois traitée par les injections mercurielles massives sans pouvoir obtenir la cessation de ses vertiges, bien que la mercurisation eût été poussée jusqu'à l'intolérance. C'est alors que nous souvenant du résultat heureux obtenu par M. Abadie dans un cas d'affection syphilitique de l'oreille, nous avons essayé, à son exemple, l'emploi des injections intra-veineuses de cyanure de mercure. Ces injections intra-veineuses n'ont pas fait cesser la surdité et les bourdonnements, mais elles ont eu sur les vertiges une action indéniable, à la fois prompte et durable. Débarrassée de ce symptôme si pénible, la malade a repris de la force et de l'embonpoint. Incontestablement la mercurisation par les injections intra-veineuses a donné de meilleurs résultats que les injections massives, bien que les doses aient été beaucoup plus faibles. Elle a eu des effets plus directs; nous nous bornons à constater le fait, sans essayer d'en donner l'explication.

Sur deux cas d'hydrargyrie intense produite par une application d'onguent napolitain.

Par MM. F. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.

OBSERVATION I. — Kal..., 19 ans, ébéniste, entre le 21 mars 1905 dans le service avec une éruption très rouge localisée au bas-ventre et aux cuisses.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital il s'est fait une friction à l'onguent gris sur la région pubienne pour de la pédiculose de cette région.

Le lendemain de cette application mercurielle, apparition d'un érythème localisé au territoire indiqué. La rougeur s'étend les jours suivants, augmente et le malade est obligé d'entrer à l'hôpital Saint-Louis. Il prend un bain au moment de son entrée.

21 mars. — Sur tout le bas-ventre, dans la région du pubis et les régions contiguës, ainsi que sur le scrotum et sur la racine des cuisses, on voit une rougeur intense avec tuméfaction des téguments et avec des vésicules miliaires très petites, remplies d'un liquide clair et citrin. La peau est chaude, tendue, et même douloureuse à la pression. Le malade éprouve une sensation de chaleur très pénible accompagnée de prurit. Le sommeil est impossible, en partie à cause de cette démangeaison, et par suite d'agitation et de malaise général. Le malade n'a pas pris de nouveau bain, il est pansé à l'aide d'un mélange d'amidon et de talc.

Les urines ne sont pas albumineuses, mais l'analyse faite par M. Placé y révèle nettement la présence du mercure.

Rien de particulier dans les viscères.

23 mars. — L'érythème et la vésiculation ne se sont pas aggravés ni étendus. L'épiderme est recouvert par places d'un léger exsudat jaunâtre provenant des vésicules rompues.

26 mars. — Fin de l'éruption, légère desquamation furfuracée.

27 mars. — Le malade quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant.

A côté de ce cas bénin d'éruption hydrargyrique, nous publions un cas grave d'éruption analogue, survenu à la même époque, et qui est allé jusqu'à l'érythrodermie exfoliante.

Obs. II. — D..., 48 ans, charretier, entre dans le service, le 7 mars 1905, salle Devergie, lit 23, pour un érythème scarlatiniforme du tronc et de la racine des membres. Deux jours auparavant le malade, se croyant atteint de la gale, s'est fait dans le dos une friction avec de l'onguent gris. D'abord locale et constituée par de l'érythème, l'éruption s'est étendue à toutes les régions voisines du tronc et des membres et s'est accompagnée de la production de vésicules petites et nombreuses.

Le jour de son entrée, le malade prend un bain simple.

8 mars. — Sur les régions indiquées plus haut, on aperçoit une rougeur diffuse et intense accompagnée d'épaississement et d'infiltration des téguments. La surface de l'épiderme est soulevée par de nombreuses vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, à contenu d'abord clair et transparent. Ces vésicules prédominent surtout à la face antérieure des aisselles et à la racine des membres, où plusieurs deviennent confluentes et forment de

véritables petites bulles. Entre les placards érythémateux chargés de vésicules se voient des espaces où la peau est restée encore saine. L'état général est mauvais ; le malade éprouve de l'insomnie et des maux de tête violents.

L'agitation est due aussi en grande partie à la sensation de chaleur et de cuisson développée sur tout l'épiderme. Les urines sont chargées, peu abondantes et ne dépassant pas 500 grammes par 24 heures ; elles ne contiennent pas d'albumine ; rien à noter dans l'examen viscéral. Le malade n'a jamais eu d'éruption antérieure ; il a toujours joui d'une bonne santé.

10 mars. — Généralisation de l'éruption à tout le tégument. Le malade a pris le 8 mars un second bain à la suite duquel l'éruption a augmenté. Un certain nombre de vésicules prennent un aspect trouble et blanchâtre. Agitation considérable. Insomnie. A la suite de cette aggravation on a prescrit le pansement sec par le saupoudrage à l'amidon.

13 mars. — Toute la peau est rouge, gonflée. Le contenu purulent des vésicules s'est répandu à la surface de l'épiderme et se concrète en croûtes jaunes, mélicériques. Déjà, sur le ventre, ces croûtes et l'épiderme macéré par une exsudation intense commencent à se détacher par places.

Tout mouvement est douloureux. Abattement, malaise général ; inappétence, insomnie. Les urines sont rares, mais ne renferment pas d'albumine.

16 mars. — Le malade a une desquamation intense et généralisée à toute la surface de la peau. Les téguments de la face, du tronc et des membres sont très fortement infiltrés et rouges, l'épiderme se détache en larges lambeaux, surtout sur la région thoraco-abdominale. On pourrait penser à une érythrodermie exfoliante tant la desquamation est intense.

17 mars. — La desquamation continue à se généraliser. Aux doigts on voit se détacher de larges lambeaux en forme de doigts de gant ; sur le corps on voit se décoller des croûtes épaisses et de larges lames épidermiques. Le malade a beaucoup maigri depuis le début de sa maladie.

18 mars. — Tout l'épiderme se soulève en larges squames sèches. A la face, la desquamation est moins intense, les squames plus petites. Sur certaines parties, la peau une fois desquamée est en voie de réparation.

22 mars. — La desquamation a presque pris fin. L'épiderme détaché laisse à nu une surface rouge vif, légèrement suintante.

30 mars. — La peau a repris son aspect normal.

2 avril. — Le malade quitte l'hôpital.

Il y revient le 4 avril. En quittant l'hôpital il a remis la chemise encore imprégnée d'onguent gris qu'il portait au moment du début de sa première entrée. Il l'a gardée jusqu'au lundi matin. Dès le dimanche soir, soit 12 heures après sa sortie de l'hôpital, l'éruption reparait avec un caractère scarlatiniforme analogue à celui qu'elle présentait à son premier séjour à St-Louis.

La peau du tronc est couverte d'un érythème généralisé avec exfoliation ; un petit point de suintement au niveau de la face antérieure de l'oreille droite. Cette récurrence est bien moins forte que la première atteinte.

Elle se termine par une exfoliation rapide qui atteint son maximum le 6 avril. Le 8, la peau est encore un peu rouge, mais tend à reprendre son apparence normale. — Une analyse de l'urine recueillie les 5 et 6 avril montre qu'elle contient du mercure en quantité très appréciable.

Cliniquement l'éruption à laquelle nous avons assisté chez ce malade a suivi la marche suivante au moment de la grande poussée : d'abord érythème simple, rapidement généralisé et accompagné de la formation de vésicules miliaires ; ensuite suppuration de ces vésicules, formation de croûtes plus ou moins épaisses sur tous les points qui avaient suppuré, desquamation généralisée, semblable à celle de l'érythrodermie exfoliante. Dans la seconde poussée, il n'y a eu que de l'érythème, peu ou point de vésicules ; l'érythème est resté localisé au tronc, et s'est terminé assez vite par une desquamation furfuracée.

Chez nos deux malades, l'onguent mercuriel a été la cause indiscutable de l'éruption, mais nous devons examiner comment son action s'est exercée. Il faut admettre tout d'abord une *action irritante directe*, très nettement produite par le mercure. Cette action se produit sur la région frictionnée, au contact direct de l'onguent, et elle se produit aussi à distance par l'intermédiaire des vapeurs mercurielles. Cette action directe du mercure nous paraît bien démontrée encore par la deuxième poussée d'érythème scarlatini-forme localisée au tronc qui s'est produite lors de la sortie du malade de l'hôpital.

L'action irritante du mercure est certainement exagérée par des causes accessoires. La principale est la présence des microbes de la peau, notamment des staphylocoques. Ce sont ces microbes qui déterminent la suppuration des vésicules miliaires qui accompagnent l'érythème en si grand nombre. La suppuration très abondante se dessèche en croûtes très épaisses qui formaient sur le ventre de notre malade une véritable cuirasse. Certainement ces microbes contribuent non seulement à augmenter l'intensité de la dermatite, mais aussi dans une certaine mesure à sa diffusion à la surface du tégument.

Dans ces conditions, les *grands bains* pris au début de l'éruption nous paraissent devoir être *nuisibles* ; notre malade en a pris deux, le jour de son entrée et le lendemain, et nous croyons qu'ils ont dû favoriser la pullulation microbienne et la diffusion de l'éruption, comme on l'observe dans les eczémas aigus. Pour débarrasser le malade de l'onguent, il vaut beaucoup mieux recourir à des applications de vaseline, essuyer ensuite soigneusement, puis poudrer avec de l'amidon. Notre premier malade, qui paraissait atteint tout d'abord aussi fortement que le second, n'a pris qu'un seul bain ; il a été ensuite poudré avec de l'amidon et du talc, et il a été guéri en une semaine. Nous n'attribuons pas cette inégalité dans l'intensité de la dermatite scarlatiniforme exclusivement à l'action des bains, mais nous voulons faire ressortir la nocivité du bain, et les avantages du pansement sec, spécialement dans les cas où il y a beaucoup de vésiculation.

Outre l'action directe de l'onguent mercuriel sur la peau, il existe certainement aussi une *action interne* exercée par le mercure absorbé. Chez le premier de nos malades, M. Placé, interne en pharmacie du service, a recherché le mercure dans l'urine par le procédé de Witz et l'a reconnu sous forme de traces facilement appréciables. L'action du mercure absorbé peut donc venir se joindre à l'action directe de l'onguent, et il est possible qu'elle augmente notablement l'intensité des phénomènes éruptifs. Chez notre second malade, la recherche du mercure a été faite trop tardivement, au moment de la desquamation générale, et elle a été négative. Mais cette recherche négative n'a pas été inutile, car elle nous a servi à mieux démontrer l'action directe exercée par le mercure chez ce malade, au moment où il a repris sa chemise imprégnée d'onguent. Cette fois, la recherche du mercure dans l'urine, refaite par M. Placé, a donné des résultats positifs.

En résumé, nous croyons que les érythèmes ou les érythrodermies exfoliantes produites par l'onguent mercuriel s'expliquent : 1° par l'action directe du mercure en contact avec la peau; 2° par l'action interne produite par le mercure absorbé; 3° la présence des microbes plus ou moins nombreux à la surface de la peau exagère notablement l'action nocive du mercure et pour cette raison les pansements secs avec des poudres inertes sont préférables aux bains.

Nous ne parlons pas ici de la question des prédispositions individuelles ou des idiosyncrasies qui, bien entendu, doivent jouer un rôle de haute importance dans la genèse et la gravité des érythrodermies mercurielles.

M. HALLOPEAU. — Quel microbe incrimine M. Balzer ?

M. BALZER. — Sans doute le staphylocoque.

M. RENAULT. — L'hydrargyrisme est dû, pour la plus grande part, à l'absorption directe du mercure par la peau.

M. BALZER. — Les causes sont multiples, l'action sur la peau, l'absorption, l'action microbienne se joignent pour faire éclater l'hydrargyrie. Le rôle particulier du microbe est dans la suppuration des vésicules miliaires si nombreuses dans certains cas d'hydrargyrie.

M. BARTHÉLEMY. — J'appuie la manière de voir qui attribue l'action de beaucoup la plus importante dans la genèse de ces dermatoses à l'absorption mercurielle seule. Souvent ces éruptions se font par poussées successives, dont la première n'est pas toujours la plus grave, l'action fâcheuse des bains ne me paraît donc pas aussi nette que vient de le dire le Dr Balzer. Ce qui me fait attribuer au mercure seul l'éruption cutanée (en tenant compte bien entendu de l'idiosyncrasie), c'est qu'on peut en observer parfois à la suite d'injection intra-musculaire alors que l'action irritative de la peau ou de l'appareil digestif ne peut être invoquée. J'ajoute en passant qu'on a prétendu que quand il n'y avait plus ou pas encore de dents, il n'y

avait jamais de stomatite. Sans doute les accidents muqueux sont bien moins intenses, mais on observe, sur les enfants qui n'ont pas encore de dents ou chez les vieillards qui n'en ont plus, des irritations buccales incontestables, rougeur, gonflement, douleur de la muqueuse des gencives et de la voûte palatine, par exemple. Là encore, c'est le mercure qui est l'agent indispensable, prépondérant et initial des accidents, les autres conditions ne produisent que les complications et les exaspérations.

M. MOTY. — J'ai eu l'occasion d'opérer il y a 10 ans un lipome volumineux de la cuisse chez un jeune homme nerveux intolérant au mercure; le sublimé au millième employé pour l'aseptisation de la peau du malade coula sur plusieurs points vers la partie postérieure du membre et la trace du passage du liquide se marqua en deux ou trois minutes par des bandes rouges; ces traînées érythémateuses furent saupoudrées de bismuth et disparurent bientôt. Mais il est évident qu'ici le sublimé était seul en cause et qu'il s'agit d'une action, assez mystérieuse d'ailleurs, du sel mercuriel sur la couche de Malpighi.

M. BAUDOIN. — La prédisposition joue dans l'hydrargyrie cutanée un rôle capital. J'ai le souvenir d'une femme qui faillit mourir pour avoir pris une pilule de protoiodure. Une infirmière de l'hôpital Saint-Louis ne pouvait, sans s'exposer aux plus graves accidents, toucher aux pommades mercurielles.

Ecthyma térébrant infantile.

Par MM. GAUCHER et TOUCHARD.

Il s'agit d'un garçon de 2 ans, né à terme, dont l'affection actuelle débuta le 29 mars 1903. Jusqu'à ce jour, cet enfant avait été très bien portant, lorsqu'apparurent sur la face antéro-supérieure des cuisses et sur la face antérieure de l'abdomen des pustules et, par places, de véritables petites phlyctènes remplies de pus. Très rapidement, ces pustules s'ouvrirent, laissant échapper leur contenu purulent. On pouvait voir alors que la phlyctène recouvrait une ulcération du tégument, ulcération qui continuait à s'étendre en surface et en profondeur même après l'évacuation du pus contenu dans les pustules. Chaque jour, l'éruption devint plus confluyente sur les parties déjà atteintes, en s'étendant de proche en proche. En certains points, à la face externe des cuisses par exemple, l'auto-inoculation par simple contact était manifeste.

Il y a actuellement 8 jours que l'affection a débuté. Elle occupe actuellement les deux tiers inférieurs de l'abdomen, les régions inguinales, les faces antérieure et latérale des cuisses, les fesses, et une partie de la région lombaire. Presque tous les éléments sont à la période d'ulcération. C'est à peine si l'on peut compter cinq ou six phlyctènes remplies de pus et prêtes à se rompre; par contre, les éléments ulcérés sont en très grand nombre.

Ces ulcérations varient de la largeur d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes. Les plus récemment ulcérées ont un diamètre relativement petit. Leurs bords sont un peu surélevés, taillés à pic, rouge violacé et légèrement indurés. Le fond est recouvert de pus épais. Puis, au bout de quelques jours, l'ulcération semble s'étendre, les bords tendent à s'affaisser,

le fond devient d'un rouge plus vif, la suppuration est moins abondante. On ne saurait mieux comparer l'aspect des ulcérations, lorsqu'elles sont de date récente, qu'à celui de chancres mous. Un examen bactériologique complet n'a permis de déceler que des staphylocoques. Un simple examen du pus sur lame permet d'observer des figures assez nombreuses de cocci, réunis par deux, au milieu de groupes nettement staphylococciques. Des cultures et des examens ultérieurs ont montré que ces cocci étaient également des staphylocoques.

L'état général de l'enfant est assez gravement atteint et le pronostic est encore aggravé par l'apparition récente d'une bronchite généralisée, avec foyer de condensation pulmonaire à la base droite.

Néanmoins le traitement par la cautérisation des ulcérations avec la teinture d'iode, les lavages à l'eau oxygénée diluée et les pansements avec la poudre d'aristol, améliorent assez rapidement, les jours suivants, les lésions cutanées, dont la guérison prochaine paraît probable.

Prix Zambaco.

Un seul mémoire a été envoyé. Il a pour titre : *Un cas de lichen du cuir chevelu.*

Conformément aux conclusions de la Commission, le prix n'est pas décerné. Une somme de 200 francs est accordée, à titre d'encouragement, à M. le Dr PAUTRIER, auteur du mémoire envoyé.

Élections.

Au cours de la séance, ont été nommés :

Président : M. A. FOURNIER.

Vice-présidents : MM. BROCO, HALLOPEAU, DUBREUILH (de Bordeaux).

Secrétaire général : M. DU CASTEL.

Trésorier : M. THIBIERGE.

Secrétaires des séances : MM. BODIN (de Rennes), BRODIER, DÉBU, ÉTIENNE (de Nancy), LENGLET, MILIAN.

Archiviste : M. WICKHAM.

Membres du Comité de direction : MM. BALZER, DE BEURMANN, DANLOS, GAUCHER, DARIER.

Membres titulaires : MM. BELOT, DALOUS (de Toulouse), CONSTANTIN (de Toulouse), LASSERRE (de Toulouse), JOURDANET (d'Uriage), GROLLE (de Grenoble), OMBRÉDANNE, DE ROTUSCHILD.

Membre correspondant : M. Virgilio BAPTISTA (de Lisbonne).

Le secrétaire,

E. LENGLET.

SÉANCE DU 4 MAI 1905

Présidence de M. Doyon.

SOMMAIRE. — Ouvrage offert à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Sur la signification nosologique des infiltrats de cellules lymphoïdes, épithélioïdes et géantes, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. QUEYRAT, DARIER, HALLOPEAU, JACQUET.) — De l'importance des soins accessoires dans la cure lupique, par M. JACQUET. (Discussion : MM. BEAUDOUIN, CHATIN.) — Note sur des photographies de figures péruviennes antiques, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. FOURNIER.) — Diagnostic des léprides érythémateuses et de l'érythème noueux, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP. — Sur un cas de syphilide présentant un développement anormal au voisinage de l'accident primitif, par MM. HALLOPEAU et DERROYE. — Deux cas de syphilis héréditaire simulant la tuberculose, par MM. GAUCHER et LOUSTE. (Discussion : M. JACQUET.) — Syphilis héréditaire dystrophique, achondroplasie, insuffisance intellectuelle, par MM. GAUCHER et LOUSTE. — Deux cas de gangrène cutané-conjonctive d'origine syphilitique (scléro-gomme sphacélante), par M. CH. AUDRY. — Kératose plantaire familiale, par M. BALZER.

Ouvrage offert à la Société.

MÉNEAU. — Du pemphigus des muqueuses. Extr. : *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1905.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur la signification nosologique des infiltrats de cellules lymphoïdes, épithélioïdes et géantes.

Par M. HALLOPEAU.

Le champ des dermatoses que nous avons considérées comme des toxi-tuberculides, et dont il existe plusieurs types nettement différenciés, nous paraît, d'après les communications qui ont été faites dans notre dernière séance, avoir tendance à s'étendre outre mesure : c'est ainsi qu'il faudrait y faire rentrer la nouvelle éruption acnéiforme et les cicatrices anormales que nous avons montrées à la Société; la dermatose à caractères insolites qu'a présentée M. Hudelo devrait également s'y rattacher.

Pour ce qui est des deux premières, c'est exclusivement, ou principalement, sur les caractères histologiques des altérations que se

fond de ce diagnostic en effet, dans notre nouvelle éruption acnéiforme du visage, M. Gastou a constaté la présence d'un infiltrat de cellules lymphoïdes, épithélioïdes, et géantes et, d'autre part, une biopsie pratiquée par M. Queyrat chez notre autre malade y a révélé l'existence de nodules avec cellules géantes; aucun signe d'une autre manifestation tuberculeuse ne peut être constaté chez l'un ni l'autre de ces sujets.

Or, les données de l'histologie peuvent-elles, en dehors de la constatation des bacilles de Koch, suffire pour établir qu'il s'agit d'une lésion tuberculeuse? Nous ne le pensons pas: ni les cellules épithélioïdes, ni les cellules géantes, ni même la disposition nodulaire ne sont caractéristiques; on les observe en dehors de la tuberculose.

Ce qui caractérise les tuberculides, d'après la définition de M. Darier, c'est qu'elles s'observent uniquement chez des sujets infectés par le bacille de Koch ou grandement suspectés de l'être; il faut y ajouter la réaction des lésions sous l'influence des injections de tuberculine.

Aucun de ces éléments de diagnostic n'existe chez les deux malades en question; notre jeune fille à l'éruption acnéiforme ne présente aucun signe de tuberculose du côté d'aucun appareil, et, si le malade que nous avons étudié après M. Queyrat a des antécédents héréditaires, il est également exempt de toute manifestation bacillaire.

Nous croyons donc qu'il y a là une interprétation abusive des données histologiques et nous appliquerions volontiers à ces dermatoses la dénomination de *pseudo-tuberculides*.

M. QUEYRAT. — Chez mon malade, le diagnostic de tuberculose est incontestable; il est indemne de syphilis; il a un enfant bien portant; par contre, plusieurs membres de sa famille sont atteints de tuberculose.

M. DARIER. — Je suis d'accord avec M. Hallopeau: la plus grande prudence s'impose quand il s'agit de classer étiologiquement des dermatoses encore mal connues.

Notamment pour les lésions dont on soupçonne les relations possibles avec la tuberculose, il faut d'abord épuiser toutes les méthodes cliniques d'enquête, y compris même les injections de tuberculine. Mais d'un autre côté quand, dans une affection dont nous ignorons la nature, l'histologie nous montre une structure de tous points semblable à celles des lésions tuberculeuses typiques, le rapprochement se fait de lui-même, et l'on ne peut se défendre de cette idée que l'identité des lésions résulte de l'identité des causes.

Dernièrement, Boeck de Christiania, dans une publication nouvelle relative à ses « sarcoïdes multiples bénignes », s'est rallié à l'opinion que j'ai soutenue, à savoir que « nous ne connaissons actuellement que la tuberculose qui donne lieu à des néoformations de ce type »; mais il ajoute qu'il est

possible qu'un jour il en soit autrement. Cette conclusion est scientifiquement irréfutable.

M. HALLOPEAU. — Les lésions du malade de M. Queyrat ont été considérées comme étant très probablement syphilitiques par tous ceux de nos collègues qui ont pris la parole à son sujet et notamment par M. Fournier, et elles ont guéri en peu de temps par l'iodure de potassium. S'il se fût agit de tuberculose, jamais des lésions aussi étendues n'eussent disparu avec cette rapidité.

M. QUEYRAT. — Je reconnais volontiers que les lésions de mon malade avaient un aspect inusité, c'est ce qui faisait précisément leur intérêt, mais je me permettrai de faire remarquer à M. Hallopeau que ce malade avait suivi le traitement spécifique au Havre pendant trois mois, sans aucun succès.

M. JACQUET. — Ce serait, à mon avis, une erreur de croire que les lésions tuberculeuses ne peuvent jamais guérir rapidement; ainsi, j'ai soigné à l'hôpital Laënnec un homme d'ailleurs vigoureux qui présentait sur le sternum une ulcération large comme la paume de la main et adhérente à l'os. Dans la rigole suppurante qui enserrait l'ulcération, j'ai trouvé en grand nombre des bacilles de Koch; or, cette plaie a guéri en quelques semaines, sous un pansement simple, sans autre intervention.

M. QUEYRAT. — On voit souvent chez les enfants des tuberculoses impétiginiformes qui guérissent rapidement.

De l'importance des soins accessoires dans la cure lupique.

Par M. JACQUET.

J'ai fait allusion, au cours d'une discussion récente, à l'importance de certains soins accessoires dans la cure du lupus: je vais pouvoir préciser aujourd'hui en vous présentant ma malade.

Son lupus semble avoir débuté il y a six ans et demi environ, à l'intérieur du nez: elle avait alors les narines comblées par des croûtes, souffrait en se mouchant et était gênée pour respirer.

Deux ans plus tard, le mal fit son apparition à l'extérieur et envahit toute l'aile droite, la bordure narinaire et le lobule en son entier.

Elle fut d'abord traitée en ville par l'acide lactique; puis recourut aux soins de l'un de nos collègues de l'hôpital Saint-Louis.

On lui fit alors:

- 1° Des cautérisations galvaniques pendant un an environ;
- 2° Des scarifications pendant six mois;
- 3° Des applications de permanganate de potasse;
- 4° Enfin elle fut soumise pendant trois mois à la photothérapie.

Au cours de ce dernier traitement, d'après elle, l'aggravation aurait été manifeste, mais elle semble croire qu'il était appliqué irrégulièrement et fautive ment.

Quoi qu'il en soit, aggravée et découragée, M^{me} X... vint alors à la polyclinique dermato-syphiligraphique de l'hôpital Saint-Antoine, où nous la soignons depuis le 18 décembre 1903.

Le lobule du nez était alors tuméfié et infiltré de tubercules, l'aile droite en état de bourgeonnement, d'ulcérations et de destruction *rapide*; une nappe télangiectasique, dont on voit encore la trace, remontait jusque vers la racine nasale.

Nous avons soumis cette malade à une série de *cautérisations galvaniques* et de *scarifications*. Et nous avons obtenu l'excellent résultat que vous pouvez constater.

Pourquoi donc ai-je réussi là où, *par des moyens semblables*, d'autres avaient échoué?

Parce que, je crois, j'ai mis en œuvre, simultanément, une série de moyens accessoires, indirects, mais importants.

Les voici :

1° *Protection du nez contre le froid*. Il était recommandé à M^{me} X... de ne pas sortir autant que possible par le froid et le vent; et, en tout cas, de tenir son nez protégé, soit par l'application de couches épaisses d'une bouillie à base d'eau glycinée et d'oxyde de zinc, soit à l'aide d'un étui approprié de laine ou d'ouate.

2° *Suppression de causes d'irritation réflexe*. La bouche était dans un état pitoyable; mes deux excellents assistants de stomatologie, MM. Gaumerais et Cramer, l'ont fort améliorée; trois dents ou racines ont été extraites, quelques dents réparées et l'ensemble de la cavité buccale mis en bon état.

Les troubles dyspeptiques, assez accentués, ont été combattus et redressés par l'expresse recommandation de manger avec une grande lenteur, d'où bénéfice double à la fois *local* et *général*.

Bref, en peu de temps, le *lupus* qui s'aggravait a rétrogradé, et en quelques mois nous avons obtenu une guérison que nous avons lieu de croire durable, car M^{me} X... vient de traverser sans encombre l'hiver de 1903; et l'on sait de reste que c'est la saison propice aux récidives.

J'ai donc lieu de croire qu'il y a là un ensemble de soins qui, pour être *indirects*, non *spécifiques*, n'ont pas moins une grande importance, dans la cure du *lupus*.

Voici une seconde observation, qui à des points de vue analogues me paraît mériter votre attention.

Une femme de 39 ans, de souche tuberculeuse, ayant elle-même toussé dès l'enfance, et ayant eu assez fréquemment de petites hémoptysies, est prise il y a quelques mois d'une violente odontalgie à la mâchoire inférieure *droite*, durant huit ou dix jours, au moins.

Vers la fin de cette crise, la malade remarque un gonflement de la région sous et rétro-maxillaire *droite*, qui augmenta assez vite.

Trois semaines plus tard, la peau sus-jacente devint « rosée »; et trois semaines après cet érythème, la peau, au même endroit, commença, selon l'expression pittoresque de la malade, à *boutonner*.

Bref, le 16 février 1905, elle vint me trouver à la policlinique dermatosyphiligraphique de l'hôpital Saint-Antoine, avec un *lupus* vulgaire de la région rétro-maxillaire droite, dont voici la photographie, et une assez volumineuse adénopathie sous-jacente.

Il me semble infiniment probable qu'on est là en présence de l'enchaînement pathogénique suivant :

Lésion dentaire sur terrain tuberculeux, adénopathie inflammatoire consécutive à l'irritation buccale, infection tuberculeuse de l'adénopathie, adhérence à la peau et infection lupique par un mécanisme bien connu en dermatologie.

Quoi qu'il en soit, j'ai d'abord fait mettre la bouche en état : MM. Gaumerais et Cramer firent *neuf extractions*, sans compter d'autres opérations moins radicales.

Or, très rapidement, l'adénopathie rétrocéda, et nous allons procéder à la cure lupique.

Mais n'est-il pas probable qu'elle va être très facilitée par les soins dentaires préalables ?

Quoi qu'il arrive, je ferai connaître le résultat ultérieur à la Société.

M. BEAUDOUIN. — Je partage absolument l'opinion de M. Jacquet : en soignant l'état général des malades, on augmente leur force de résistance et on les met dans de bien meilleures conditions pour la guérison de leurs lésions locales, aussi bien quand il s'agit de syphilis que quand il s'agit de tuberculose.

M. CHATIN. — On sait que les résultats de la photothérapie sont infiniment plus favorables en Danemark qu'en France. Je crois que cette différence peut s'expliquer en partie par les soins minutieux dont les lupiques sont l'objet à Copenhague et par l'emploi fréquent qu'on y fait des méthodes adjuvantes : cautérisation, pansement, etc.

Note sur des photographies de figures péruviennes antiques.

Par M. HALLOPEAU.

En septembre dernier, le professeur Neumann, préparant l'important travail qu'il vient de communiquer à l'Académie des sciences de Vienne (1), nous a demandé de rechercher, dans nos musées préhistoriques, des figures péruviennes représentant des altérations morbides; grâce à l'obligeance de M. Hamy, nous avons pu étudier à ce

(1) J. NEUMANN. Ueber die an Altperuanischen keramiken und anthropomorphen Tongefässen sargestellten Hautveränderungen mit besonderer Rücksicht auf das Alter der Syphilis und anderer Dermatoses. Wien, 1905.

point de vue les belles collections du Trocadéro et nous y avons choisi les six figurines que représentent ces images ; M. Gossin a bien voulu se charger de les photographier et de les transmettre au professeur Neumann qui les a utilisées pour son mémoire ; ce sont les doubles de ces images que nous devons à M. Gossin et que nous offrons en son nom à la Société.

Elles sont surtout remarquables au point de vue dermatologique, par des déformations du nez et des lèvres.

Quelle est la signification de ces altérations ? M. Neumann a trouvé sur des figurines analogues des lésions qu'il considère comme portant le cachet syphilitique et il en tire cette conclusion que cette maladie existait au Pérou avant l'invasion colombienne ; si son interprétation est exacte, c'est là une constatation d'un grand intérêt historique, puisqu'il peut être invoqué en faveur de l'importation en Europe de la syphilis par les compagnons de Christophe Colomb.

Les images que nous vous présentons ne peuvent recevoir cette interprétation.

Elles représentent, selon nous, des altérations artificielles ; en effet, le lobule du nez y est détruit par des sections à angle aigu, les bords des narines semblent taillés à l'emporte-pièce en forme de triangle. Cette destruction se continue avec celle de la lèvre supérieure ; toute la partie supérieure de la mâchoire se trouve ainsi mise à nu ; les rebords de l'orifice buccal sont, tantôt simplement taillés à pic, de manière à laisser les dents à découvert, tantôt renversés en dehors en forme de bourrelet ; cette disposition peut exister seulement sur la lèvre supérieure ou intéresser tout le pourtour de la bouche, donnant lieu ainsi à un aspect des plus étranges. Sur une des figures, la destruction intéressant la lèvre supérieure est limitée symétriquement, de chaque côté, par une bride cicatricielle qui va rejoindre ce qui reste du bord externe de chaque narine.

Le fait seul que ces mêmes altérations symétriques du nez et de la bouche existent, avec des variantes, dans la plupart des figurines classées dans les musées spéciaux, suffit à montrer qu'elles ne sont pas syphilitiques ; jamais la syphilis ne donne lieu à des destructions ainsi systématisées.

La même critique nous conduit à éliminer les suppositions d'altérations lupiques ou lépreuses. Restent les hypothèses d'une maladie péruvienne qui serait éteinte aujourd'hui ou de déformations artificielles : cette dernière interprétation nous paraît de beaucoup la plus vraisemblable ; on ne conçoit guère, en effet, comment une maladie qui aurait été aussi répandue parmi les Incas se serait complètement éteinte ; ce n'est pas d'ailleurs le propre des altérations pathologiques d'affecter cette disposition géométrique.

Dans quel but ont pu être pratiquées ces destructions artificielles ? Neumann, dans son beau travail, discute successivement la possibilité de châtiments ou de déformations produites chez des castrats pour assurer par l'altération hideuse de leurs traits la fidélité de leurs services : la première de ces explications est rendue plus probable par la coïncidence, dans nombre de ces images, d'une destruction symétrique des deux pieds ; on ne voit pas comment ces mutilations auraient pu être utiles en quoi que ce fût au service des gardiens des femmes des potentats péruviens.

Quoi qu'il en soit, nous croyons intéressant pour la Société de posséder ces documents et nous la prions de remercier M. Gossin d'avoir bien voulu les lui offrir.

M. ALFRED FOURNIER. — Ces photographies sont fort intéressantes et nous en remercions le donateur ; elles nous font voir des mutilations ou des malformations diverses : des nez détruits, des becs-de-lièvre, etc., mais toutes ces lésions peuvent être causées par des accidents ou des maladies diverses ; elles pourraient être causées d'origine syphilitique, il est vrai, mais aucun caractère ne nous permet de supposer qu'il en est réellement ainsi. J'estime donc que ces figures n'ont aucune valeur documentaire pour résoudre la question de l'origine américaine de la syphilis. Le fait de l'apparition de la maladie en Europe, vers la fin du xv^e siècle est, à mon avis, bien plus solidement établi par l'opinion unanime des médecins de cette époque qui, tous, décrivent la vérole comme un mal nouveau, et emploient pour le désigner des épithètes caractéristiques : morbus novus, inauditus, monstruosus, etc.

Diagnostic des léprides érythémateuses et de l'érythème nouveau.

Par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.

La similitude que peut présenter la lèpre dans ses poussées éruptives avec les érythèmes polymorphes et nouveaux a été maintes fois signalée par les auteurs spéciaux ; si nous montrons cette jeune fille, c'est pour faire voir combien le diagnostic différentiel est difficile alors même que l'éruption survient dans le cours d'une lèpre invétérée.

La nommée Clara P..., 14 ans, fille d'un fonctionnaire français, a contracté en Nouvelle-Calédonie une lèpre dont les premières manifestations remontent à 4 ans et qui se traduit actuellement par des placards pigmentés d'un brun clair, des zones d'anesthésie, des douleurs périphériques et l'épaississement du nerf cubital droit.

L'érythème, sur lequel nous désirons appeler l'attention, a débuté il y a environ 8 jours : il offre tous les caractères de l'érythème nouveau et la malade dit que deux fois déjà elle a eu des éruptions semblables qui ont mis une quinzaine de jours à disparaître.

Les nodosités actuelles sont distribuées dans les quatre membres; elles s'accompagnent d'une rougeur vive des téguments, elles offrent une grande résistance à la palpation qui indique leur siège à la fois dermique et hypodermique; quelques-unes d'entre elles, nettement sous-cutanées, nes'accompagnent pas de rougeur et, par contre, on note un petit nombre de taches sans infiltration apparente du tissu sous-jacent. Par places, aux avant-bras, elles décrivent des fragments d'arc de cercle; localisées plus particulièrement sur la face interne de ces membres, elles sont échelonnées et leur disposition rappelle celle des nodules dans les trainées de lymphangite; pour quelques-unes d'entre elles, l'infiltration sous-dermique est plutôt en nappe que nettement nodulaire; les nodosités sont douloureuses à la palpation et même spontanément.

La jeune fille est fébricitante : 38°,2 le matin ; 39°,4 le soir.

Cette éruption présente tous les caractères objectifs de l'érythème noueux et l'on peut se demander s'il n'y a pas là une coïncidence entre une éruption de cette nature et la lèpre.

La même question s'est posée, ces temps derniers, chez un autre de nos lépreux; pour la résoudre, notre interne, M. Krantz, a demandé à un histologiste, qui est en même temps un dermatologue, de rechercher le bacille dans le sang des plaques éruptives et, le résultat ayant été négatif, la conclusion a été qu'il s'agissait d'un érythème noueux intercurrent dans le cours d'une lèpre.

Nous ne saurions accepter cette manière de voir : nous avons trop souvent observé et signalé chez ce jeune homme, nommé Al..., des trainées lymphangitiques sur différents points de la surface cutanée pour ne pas admettre qu'il s'est agi cette fois de manifestations analogues; on ne peut conclure de l'absence de bacilles dans ces taches à la non-existence d'une lèpre; il est plausible d'admettre que ces poussées éruptives sont d'origine toxinienne.

Chez notre jeune malade, la production, à diverses reprises, d'éruptions semblables, le développement de nodules sous-cutanés sans rougeur, la coexistence, dans les parties avoisinant les poussées érythémateuses, de plaques bistrées anciennes, ce fait que, par places, il y a plutôt infiltration en nappe que nouure, nous conduisent à penser qu'il s'agit là d'un épisode aigu dans l'évolution de la lèpre.

Il y aura lieu de rechercher si une plaque bistrée se produit consécutivement à ce pseudo-exanthème.

Si notre interprétation est exacte, elle apporte un argument d'une grande valeur en faveur de l'origine toxinienne de l'érythème noueux vulgaire.

www.libtool.com.cn

Sur un cas de syphilide présentant un développement anormal au voisinage de l'accident primitif.

Par MM. HALLOPEAU et DEROYE.

L'un de nous et M. Morel-Lavallée ont déjà publié plusieurs cas semblables. Si nous montrons celui-ci à la Société, c'est dans le but de bien établir qu'il n'y a pas là une relation fortuite, mais bien un fait relativement fréquent qui offre de l'intérêt, non seulement au point de vue clinique, mais aussi en ce qui concerne la pathogénie des syphilides secondaires.

Voici en peu de mots les caractères de cette modalité éruptive :

Le nommé D..., âgé de 67 ans, entre le 1^{er} mai 1905, salle Hardy, lit n° 70.

Le malade est atteint d'une syphilide papuleuse généralisée dont le début remonte à trois semaines.

Au-dessus de la verge, sur la partie inférieure de l'abdomen, au milieu des poils du pubis, se trouve une plaque d'un rouge violacé, irrégulièrement ovulaire, légèrement saillante. Elle mesure 10 centimètres sur 4 centimètres. On remarque à sa périphérie des contours curvilignes, indices de papules agglomérées.

Cette plaque géante est la seule de cet aspect qui existe sur toute la surface cutanée.

Le chancre induré occupe le gland et le prépuce.

La nature syphilitique de cette grande plaque éruptive ne peut faire l'objet d'un doute, sa coïncidence avec une syphilide papuleuse généralisée, sa couleur, sa légère saillie, ses contours par places polycycliques ne peuvent laisser d'incertitude à cet égard.

Ce qu'il y a de particulier, c'est que, comme dans les faits antérieurs que nous-même et M. Morel-Lavallée avons signalés, ce placard géant se trouve à proximité du chancre induré.

Ce fait établit l'importance des proliférations locales dans la genèse des syphilides secondaires : il n'y a pas à invoquer ici la vieille idée de diathèse, de maladie *totius substantiæ*; si ce placard éruptif présente ces dimensions considérables au voisinage du chancre, c'est, en toute évidence, parce que le contagé élaboré dans ce chancre a une activité plus considérable que celui qui a été transporté au loin par la circulation générale; il y a là une genèse directe des éléments infectieux secondaires dans le foyer primitif; il s'agit dès lors d'une prolifération locale comparable à celles qui se manifestent au pourtour des tubercules et gommés tertiaires; c'est là un fait dont on ne peut méconnaître l'importance au point de vue de la pathologie générale des syphilides.

www.libtool.com.cn

Deux cas de syphilis héréditaire simulant la tuberculose.

Par MM. GAUCHER et LOUSTE.

Nous réunissons deux observations de syphilis héréditaire qui montrent avec quelle facilité on peut méconnaître la nature spécifique de lésions que l'apparence et les commémoratifs font croire de nature tuberculeuse.

OBSERVATION I. — F. L..., 17 ans, nous est adressée par M. le Dr Barthélemy avec le diagnostic d'hérédo-syphilis.

A son entrée dans le service en février 1905, nous trouvons un enfant d'apparence chétive, de petite taille, paraissant à peine âgé de 12 ans.

Il est très amaigri, pâle, marche péniblement; des quintes de toux accompagnées quelquefois de suffocations se répètent fréquemment. Il porte une canule trachéale permanente, à la suite d'une trachéotomie faite à l'hôpital Lariboisière. La gaze qui protège cette canule est continuellement souillée par un pus abondant et fétide.

Les régions cervicales sous-maxillaire et préauriculaire sont déformées par des masses ganglionnaires confluentes anciennes.

On voit par endroits des cicatrices d'abcès froid ouverts spontanément ou incisés.

Sur la tempe droite existe une lésion ulcéro-croûteuse, arrondie, large comme une pièce de 2 francs et d'apparence lupique.

Tous les soirs la température s'élève entre 38 et 39° et le petit malade est très fatigué par des frissons et des transpirations abondantes.

Il donne l'apparence d'un tuberculeux déjà ancien et cachectique.

Cependant le Dr Barthélemy a pu suivre la filiation des accidents spécifiques.

Il a soigné le père pour la syphilis, a constaté l'infection maternelle et ses conséquences.

11 enfants dont 8 sont morts : 3 de méningite (?), un autre 15 jours après sa naissance, les 4 suivants après quelques semaines passées en nourrice.

Sur les 11 il n'y eut que 3 survivants élevés au sein par la mère.

Malgré ces renseignements, à part sa petite taille, 1^m,42, l'épaississement de la racine du nez qui sont des dystrophies syphilitiques le malade est considéré surtout comme un tuberculeux. D'autant plus que depuis son enfance il tousse chaque hiver et présente son adénopathie cervicale depuis plusieurs années.

C'est grâce à un examen très complet et à l'influence du traitement que nous avons reconnu le rôle très important joué par la syphilis.

Le Dr Castex nous a indiqué, qu'à part l'épaississement et l'aplatissement de la racine du nez, il présentait une perforation osseuse de la cloison nasale. En outre, la cause de sa trachéotomie n'était pas, comme nous l'avions pensé, de nature tuberculeuse mais bien spécifique. On voit une épiglotte rétractée immobile, cicatricielle, et un rétrécissement fibreux de la glotte.

Les yeux, examinés par le D^r Antonelli, présentent des stigmates aussi caractéristiques.

Les pupilles réagissent faiblement. — La papille optique de l'œil droit est flanquée en haut d'un croissant d'atrophie périphérique et de reliquats de chorio-rétinite péripapillaire.

La chorio-rétine montre en bas des plaques de dépigmentation et d'atrophie partielle tout à fait significatives.

Les lésions du fond de l'œil gauche sont identiques mais moins accentuées.

C'est donc grâce à l'examen des yeux, du larynx et du nez, ainsi que d'après les commémoratifs, beaucoup plus que d'après l'apparence des lésions que le diagnostic fut fait.

Aussi, après un traitement suivi pendant 2 mois, avons-nous assisté à des modifications complètes.

La lésion de la tempe droite que tous les médecins qui l'avaient vue, croyaient être un lupus, est disparue en entier et cicatrisée.

L'état général est amélioré considérablement, le malade se lève, marche, s'occupe, joue.

Il ne tousse presque plus et l'expectoration est insignifiante.

L'appétit est revenu, il a augmenté de huit livres dans ces trois dernières semaines.

L'adénopathie cervicale elle-même encore très accusée, a diminué de plus de moitié.

En somme, s'il est vrai que ce malade est tuberculeux et que ses ganglions, sa bronchite sont de même nature, il reste acquis que c'était surtout un hérédospécifique, que l'on aurait facilement méconnu sans les renseignements donnés par le médecin, qui ont fixé l'attention de ce côté et permis de trouver des stigmates non apparents.

Obs. II. — Le nommé D. M..., 37 ans, a eu, il y a sept ans, des lésions ulcéreuses à la face interne du genou droit qui ont persisté deux mois.

Deux ans après, la main gauche présente du gonflement, de la rougeur, puis s'ulcère en plusieurs endroits, et il se forme des fistules.

Quelques mois après, c'est le front qui est touché ; on incise un abcès qui, depuis, est resté fistuleux.

Dès ce moment, le nez et les joues sont envahis par des lésions ulcéreuses.

Jamais le malade n'a eu d'accidents syphilitiques connus. Il a le nez affaissé à sa racine depuis sa naissance.

Depuis 7 ans, c'est un malade qui a été traité et considéré comme un bacillaire ; il est amaigri et pâle ; tousse un peu.

A son entrée dans le service au début d'avril 1905, les lésions présentaient les caractères suivants :

La main gauche est complètement déformée, énorme, hypertrophie irrégulière, de coloration violacée, déprimée par endroits au niveau des fistules anciennes.

L'auriculaire et l'index sont ulcérés et déformés, les autres doigts présentent des spina-ventosa typiques.

Le coude gauche est presque immobilisé en flexion, tout mouvement d'extension est impossible.

Il existe sur la peau de petites ulcérations multiples, de contours irréguliers, séparées par des cicatrices rouge brun.

Les lésions de la face antéro-interne de la jambe droite ressemblent à des gommages cutanées superficielles cicatrisées.

L'ulcération de la moitié droite du front, le sourcil et la paupière supérieure ne présentent pas de caractère spécial.

La face est couverte de croûtes sous lesquelles on voit des cicatrices et des brides cicatricielles.

Les os du nez sont effondrés, il existe des cicatrices sur les ailes du nez.

On constate aussi de la leucoplasie commissurale.

Si l'affaissement du nez, les lésions gommeuses de la jambe droite ne sont pas douteuses, comme spécificité, il en est autrement des lésions osseuses du coude, de la main et des doigts, qui ont tous les signes apparents de manifestations bacillaires, et que nous avons d'abord considérées comme telles.

On prescrit le traitement : 3 centigrammes de benzoate de mercure, 4 grammes d'iodure de potassium et localement des pansements humides.

Après cinq jours de traitement, les lésions se modifient, les croûtes tombent et les ulcérations se limitent.

Au bout d'un mois, nous obtenons une transformation complète.

La main a diminué de plus de moitié, les fistules se tarissent, les doigts diminuent de volume, les mouvements du coude sont limités mais devenus possibles. Les lésions du front et de la face se cicatrisent.

L'état général est excellent.

Aujourd'hui, après avoir pensé à l'association de bacillose et syphilis, nous en venons à nous demander si toutes ces lésions n'étaient pas spécifiques.

Dans ce cas encore, objectivement on devait dire bacillose.

Les commémoratifs n'existaient pas ; c'est l'affaissement du nez et les lésions des jambes qui ont permis de faire un diagnostic exact, que l'influence du traitement a confirmé.

Pour être plus précis, il était utile de faire l'examen bactériologique du pus qui sortait des fistules de la main. Un premier examen a été négatif, mais nous nous proposons par des examens répétés et surtout par l'inoculation au cobaye de lever les doutes à cet égard.

Cette similitude des lésions tuberculeuses et syphilitiques héréditaires est peut-être moins rare qu'on ne le sait. Déjà à l'hôpital Saint-Antoine nous avons observé deux malades traités pendant des années par des médecins compétents pour des lésions de tuberculose osseuse et que le traitement spécifique a guéri en quelques semaines, et qui sont restés guéris depuis six ans.

En clientèle nous avons observé deux faits de cette nature.

Nous nous demandons même si dans les hôpitaux spéciaux d'enfants où l'on voit s'éterniser des tuberculoses osseuses chroniques, quelques-uns ne bénéficieraient pas du traitement hydrargyrique.

M. JACQUET. — Je trouve ces deux malades fort intéressants et j'espère que M. Gaucher nous tiendra au courant de la fin de l'observation. Chez le malade qui a cette suppuration abondante de la main, il y aurait, je crois, intérêt à rechercher les bacilles de Koch et à pratiquer l'inoculation au cobaye, car la lésion suggère vraiment l'idée de la tuberculose et il ne serait pas impossible qu'il y eût là une lésion mixte.

Syphilis héréditaire dystrophique; achondroplasie; insuffisance intellectuelle.

Par MM. GAUCHER et LOUSTE.

Le malade qui fait l'objet de cette communication, âgé de 42 ans, est entré dans le service en avril 1905, pour du sycosis de la moustache et un zona lombo-inguinal.

Mais nous avons été frappés par l'aspect très particulier qu'il présentait. De petite taille, 1^m,51, le facies hébété, le nez en pied de marmite, le front saillant et les bosses pariétales développées, il a une démarche lente, pénible; on voit la disproportion qui existe entre le tronc et les membres.

En l'examinant, il est facile de préciser ces symptômes et de les rattacher à la syphilis.

C'est un enfant abandonné, élevé aux Enfants assistés.

Il a marché très tard et avec difficulté. Jusqu'à l'âge de 16 ans, il était obligé de se reposer trois et quatre jours par semaine, parce qu'il souffrait dans les membres.

Malgré les huit années qu'il passa à l'école avec ses camarades, il ne put jamais ni lire, ni écrire, ni compter. Il comprend difficilement et reste isolé, inactif, des journées entières.

Il a toujours présenté une agénésie complète.

Le thorax est normalement conformé, le cœur et les poumons sont normaux.

Les membres inférieurs sont relativement trop développés par rapport au tronc; la jambe droite est un peu plus courte que la gauche; l'extrémité inférieure du fémur droit a une circonférence d'un centimètre plus grand que celle du genou gauche.

Vu de profil, on constate une ensellure lombaire, alors que la colonne rachidienne dans ses portions dorsale et cervicale est plutôt rectiligne.

Mais la disproportion est particulièrement marquée aux membres supérieurs.

Ils présentent une longueur presque égale, mais il est facile de voir à la simple inspection que l'humérus gauche est beaucoup plus court que le droit, la mensuration donne en effet 31 centimètres pour le bras droit et 23 centimètres pour le bras gauche.

Nous avons déjà signalé le crâne natiforme et le nez en selle.

La voûte palatine est ogivale. Les dents sont en partie disparues, et celles qui restent sont mal rangées, de forme anormale, mais sans striation.

Il n'existe aucun stigmate oculaire.

En résumé, insuffisance psychique manifeste et troubles de développement du squelette avec stigmates d'hérédosyphilis.

Ces dystrophies osseuses ne sont pas du rachitisme, car ni leur forme, ni leur développement, ni leur localisation ne ressemblent à cette affection.

Elles se rapportent beaucoup plus à des faits d'achondroplasie partielle, irrégulière en rapport avec l'hérédosyphilis qui est ici manifeste.

Deux cas de gangrène cutanéo-conjonctive d'origine syphilitique (scléro-gomme sphacélante).

Par M. CH. AUDRY.

Voici les deux observations :

La première malade était une fille de 20 ans, Hélène H..., tailleuse.

Elle fut d'abord amenée à la clinique chirurgicale de M. le professeur Cestan; celui-ci la fit passer à la clinique de dermatologie et syphiligraphie, où elle entra le 3 mai 1904.

C'est une fille robuste et bien portante, sans antécédents personnels ni familiaux.

Elle n'est plus vierge, mais habite avec ses parents et mène une vie régulière; elle affirme avoir eu un seul amant. Malgré un examen minutieux et un interrogatoire détaillé, je n'ai découvert aucun indice de syphilis. La défloration remonterait à un an environ (?) La mère de la malade n'a pas eu de fausses couches. Au commencement du mois de mars, Hélène H... fit une chute sur le genou droit; cette chute ne l'empêcha nullement de marcher. Le choc eut lieu sur la face antérieure de l'articulation; il n'y eut ni ecchymose, ni gonflement. Quinze jours ou trois semaines plus tard, elle vit qu'une sorte de tuméfaction indolente se développait dans la moitié interne du creux poplité du membre inférieur droit. Cette tuméfaction s'accrut, non douloureuse.

Au mois d'avril, la peau devint rouge, ecchymotique, puis noire; enfin, elle s'ouvrit spontanément et la malade présenta peu de jours après une large ulcération qui ne présentait pas de tendance à la guérison.

A son entrée à la clinique, on trouvait au point indiqué, c'est-à-dire au niveau de l'interligne, un peu en dehors du condyle interne, une perte de substance cutanée irrégulièrement arrondie, d'un diamètre de 0^m,04. Les bords étaient formés par une peau violacée, amincie, déchiquetée. Ces bords étaient décollés sur une profondeur considérable. Le fond de la plaie était occupé par une masse d'un gris jaunâtre, encore recouverte sur certains points de débris cutanés complètement noirs, momifiés. Cette masse était insensible; elle était isolée sur ses bords; ses couches externes étaient sanieuses, baignant dans une suppuration grise, très fétide. C'était un vé-

ritable séquestre ~~compréant tout le tissu~~ conjonctif de la région. Si on l'incisait, on voyait que le centre, complètement anémié, était jaune, sans infiltration purulente centrale, d'une consistance lardacée.

Je fis une injection de calomel et de la désinfection de la plaie. Celle-ci se désodorisa rapidement par l'eau oxygénée. Après quelques jours, je pus enlever aux ciseaux tout le bloc de tissu conjonctif séquestré ; il avait le volume d'un œuf de pigeon.

La région se trouvait soigneusement disséquée jusqu'à l'aponévrose ; il n'y eut jamais d'hémorragie ; les bords de la plaie étaient très sensibles. Une amélioration apparente s'était produite après les deux premières injections de calomel, puis elle parut se ralentir ; KI administré à raison de 6 grammes n'eut qu'un effet douteux. La guérison ne s'affirma que lorsque tous les tissus compromis se furent éliminés par lambeaux. Le 8 juin, greffes dermo-épidermiques. Le 18, il restait une plaie assez large, mais bien bourgeonnante et superficielle. Tout était réparé le 3 juillet.

L'examen histologique des bords décollés avait permis d'écarter l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse ; on trouvait seulement des lésions d'ulcération passablement banale ; toutefois, il existait un degré manifeste d'endartérite.

L'examen histologique de fragments du séquestre conjonctif montrait que les faisceaux conjonctifs avaient été frappés d'une sorte de nécrose aseptique globale. Les colorants ne prenaient pas ou à peine ; on retrouvait la silhouette des faisceaux, quelques débris de chromatine ; un petit nombre de points sur les bords offraient des infiltrats inflammatoires récents, évidemment secondaires.

Les vaisseaux étaient perméables, momifiés comme le tissu conjonctif ambiant.

Rien ne rappelait une structure inflammatoire ou gommeuse.

Dans ce cas, je ne réussis pas à déterminer la nature de la lésion ; toutefois, j'ai songé à une lésion syphilitique : artérite terminale ayant frappé de nécrose tout un bloc conjonctivo-cutané ; mais, par une coïncidence singulière, j'ai pu observer récemment une autre malade présentant des lésions exactement comparables à celles que je viens de décrire, et chez laquelle le rôle de la syphilis était évident. La voici :

X..., repasseuse, âgée de 34 ans, mariée, n'a pas d'antécédents autres qu'une seule fausse couche de 3 mois, qui s'est produite spontanément il y a 8 ans, après 6 mois de mariage. Le mari, interrogé à part, nie absolument tout antécédent syphilitique.

Il y a 3 mois, la malade vit apparaître, à la racine de l'une et l'autre cuisse, une petite tumeur développée à 0,05 du pli de l'aîne. L'une et l'autre étaient absolument indolentes ; celle de gauche disparut spontanément après quelques semaines. Celle de droite s'accrut lentement, toujours sans douleurs. Petit à petit, elle acquit le volume d'un œuf ; elle était large, peu saillante et ne gênait pas la malade. Cependant, vers le 5 février, la peau qui recouvrait le sommet était devenue noire, comme croûteuse. Spontané-

ment, le 12 février, la tumeur s'ouvrit, par disjonction de la plaque noire d'avec la peau saine; il s'écoula un peu de sang, puis du pus, et de la douleur apparut.

A son entrée à la clinique, le 16 février, elle présente les lésions suivantes : Sur la face antéro-interne de la cuisse droite, au milieu du triangle de Scarpa, on voit une plaie à peu près circulaire, large de 0,07. Elle est circonscrite par décollement profond de 3-4 centimètres sur la partie supérieure et les bords latéraux. Ce décollement disjoint la peau obliquement d'avec une sorte d'eschare énorme et unique qui occupe la plus grande partie de la plaie. Cette eschare est encore recouverte d'une peau sèche et noire, et commence à peine à se décoller du segment inférieur de la plaie.

A ce même niveau, la masse de l'eschare affecte une forme de pyramide très élargie par sa base qui s'enfonce, se glisse sous le tégument sain; entre l'eschare et le tissu conjonctif dont elle s'est séparé, pus abondant, sanieux, fétide. La base du bloc de tissus morts adhère intimement au tissu sous-jacent; il commence à peine à s'en séparer sur les bords. En découpant le bloc nécrosé avec des ciseaux, on voit qu'il constitue une masse unique, compacte, jaunâtre, lardacée, assez homogène, encore un peu fibrillaire, insensible et ne saignant point. La peau qui en recouvre le sommet est noire et sèche. Ce qui répond au derme est gris, puis blanc; le centre et le fond de la masse sont jaunes.

Les tissus voisins sont modérément enflammés. Les bords seuls sont rouges, un peu violacés, minces, arrondis, déchiquetés. Il n'y a point de douleurs, sauf pendant la marche, et depuis peu. L'état général est médiocre. Pas de fièvre. Urines normales. Viscères sains. Sans aucune plainte de la malade, on s'aperçoit que tout le voile du palais est ravagé par des adhérences, des cicatrices, des perforations multiples du pilier antérieur droit et du voisinage de la luette. Une surface est rouge encore, un peu déprimée au niveau de la partie postérieure du palais osseux. Très léger nasonnement. La malade ne connaissait rien de ces désordres; seulement, elle avait un peu souffert de la gorge et mouché du pus et du sang 2 mois auparavant!!

En somme, syphilis tertiaire, à peine éteinte, du voile et de la voûte.

Traitement : huile grise, iodure de potassium. Désinfection locale. Repos.

Amélioration rapide : après 3 jours, l'odeur a disparu, ainsi que la douleur; l'appétit revient; l'état général est satisfaisant.

Chaque jour, à coups de ciseaux, on excise une partie de l'eschare; celle-ci est formée d'un seul bloc qui paraît s'étendre aux couches les plus profondes du tissu conjonctif de la région, mais n'atteint pas les gaines des vaisseaux. Le 5^e jour, les bords sont bourgeonnants et roses.

Après 15 jours, l'eschare a disparu ainsi à peu près complètement; les bords se sont recollés en haut et sur les côtés; le décollement du bord inférieur diminue. Le fond de la plaie remonte rapidement; elle est rose et bourgeonne activement.

Il reste encore quelques flocons blanchâtres, traces d'adhérences de l'eschare. Le 10^e jour, je me suis aperçu que sur un point l'eschare s'enfonçait. Elle se confondait avec une petite masse jaune qui était manifestement un ganglion caséifié en bloc, sauf sa gaine, et qui fut énucléé sans

www.libtool.com.cn

douleurs ni hémorrhagie. Le 12^e, même trouvaille, un peu au-dessous. A partir de ce moment, la plaie prit un caractère de simplicité parfaite et se répara avec rapidité. Le 5 mars, le fond est comblé. Le 10, la plaie se rétrécit avec une grande rapidité. Le 20, tout est cicatrisé.

Examen microscopique : trois fragments de l'eschare. Elle est formée de tissu conjonctif nécrosé; on reconnaît encore vaguement la disposition des faisceaux, les alvéoles graisseux vides de leur contenu. Il n'y a plus de cellules reconnaissables. En quelques points, on reconnaît des traces de cellules rondes où les noyaux s'aperçoivent péniblement. Ça et là, sur les bords, petite infiltration leucocytaire très restreinte. On retrouve parfois la silhouette des vaisseaux sanguins; ils sont vides au centre; mais sur certains points des bords ils apparaissent manifestement oblitérés par un coagulum homogène dont la nature est devenue indistincte. En somme, nécrose globulée, aseptique, avec vascularite oblitérante sur certains points.

Le ganglion est réduit à un bloc caséifié. La coque seule est encore vivante, fibreuse, sans trace d'un processus apparent de tuberculose. Sur un autre fragment de la masse ganglionnaire, même transformation caséuse; mais il reste des surfaces vivantes formées de tissu réticulé, sans abcès ni follicules tuberculeux.

De telles lésions ne sont points inconnues, quoique rares; sans remonter bien haut, on les trouve signalées explicitement par M. Fournier, sous le nom de gommesc scléreuses (T. II de son récent *Traité de la syphilis*, p. 51). Dans le même volume, Darier en fait l'anatomie pathologique sous le nom de scléro-gomme. Il remarque d'ailleurs fort bien qu'il ne s'agit nullement d'une lésion répondant réellement à la gomme, processus histologique inflammatoire, dégénératif en son centre, mais bien d'un véritable séquestre conjonctif. Les faits que je viens de relater achèvent de corroborer cette manière de voir; il me paraît tout à fait inexact de confondre cet accident avec les gommesc dont il n'a ni la marche, ni la structure. Ici la syphilis opère comme dans les centres nerveux; elle a réalisé une *nécrose globale cutané-conjonctive par vascularite oblitérante*. Toutefois, nos faits offrent un intérêt tout spécial grâce aux phénomènes de gangrène cutanée qui se sont naturellement superposés à la nécrose conjonctive profonde. Ils établissent qu'en somme, *la syphilis, elle aussi, peut fort bien réaliser des gangrènes de la peau*.

Kératose palmaire familiale.

Par MM. BALZER et GERMAIN.

L..., Renée, âgée de 12 ans, présente à la face interne des mains, depuis sa naissance, un épaissement marqué de l'épiderme avec fissures. La mère raconte que cette affection existait depuis longtemps dans la famille de son mari. Le grand-père de l'enfant en était atteint, ainsi que son père,

qui est mort à l'âge de 35 ans, probablement des suites de l'alcoolisme; le frère et la sœur de son père présentaient également la même affection, avec la même localisation et avec des degrés divers d'intensité.

Dès les premiers mois qui suivirent la naissance de la petite fille, la mère s'aperçut d'une certaine rudesse de la paume de ses mains, rudesse qui s'accrut dès que l'enfant put jouer; en même temps des fissures apparurent. Cet état s'est toujours maintenu depuis cette époque. En hiver surtout, la peau se fend, les fissures saignent facilement et les douleurs deviennent assez vives.

L'enfant n'a pas eu d'autre affection sérieuse dans son enfance que la diphtérie laryngée, ayant nécessité le tubage et accompagnée d'une albuminurie intense. L'enfant est en outre onychophage, ce qui contribue sans doute à irriter l'extrémité des doigts.

La peau des doigts et des mains à leur face interne est habituellement sèche et rude. L'enfant cherche à remédier à cette sécheresse en mouillant ses mains, ce qui favorise encore le développement des crevasses. La peau est épaissie, un peu rouge, avec un épiderme épaissi et une apparence d'eczéma corné, dans toute l'étendue de la face interne des deux mains. Les crevasses se produisent surtout au niveau des plis de flexion. La peau de la face dorsale des mains est à peu près normale, sauf au niveau des plis métacarpo-phalangiens où elle présente un certain épaississement.

Il paraît que des crevasses se forment aussi assez facilement à la face plantaire des pieds, mais les lésions de kératose y sont beaucoup moins nettement accusées qu'aux mains.

Nous n'avons pas trouvé d'autres altérations kératosiques ou ichthyosiques sur le reste du corps.

L'intérêt de notre observation semble résider surtout dans l'origine nettement familiale de cette kératose palmaire. Divers auteurs, notamment M. Gaucher (in *Thèse* de DECRU, Paris, 1905), en ont rapporté des exemples. Les traitements essayés sur notre petite malade n'ont eu jusqu'à présent que des résultats palliatifs. Notre intention est d'employer chez elle d'abord la glycéro-stéarine qui nous a donné de bons résultats dans le traitement de l'ichthyose. Nous aurons aussi recours aux courants de haute fréquence.

Le secrétaire,

P. DÉAU.

SÉANCE DU 8 JUIN 1905

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — A l'occasion du procès-verbal : A propos de la séborrhée fœtale, réponse à M. Hallopeau, par M. JACQUET. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Deuxième note sur deux cas de léprides érythémateuses avec distinction de toxi-léprides et de léprides bacillaires, par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP. (Discussion : MM. JACQUET, HALLOPEAU.) — Nouvelle note sur un malade à cicatrices de nature indéterminée, par M. HALLOPEAU. — Nouvelle note sur le développement de syphilides graves au voisinage de chancres indurés, par M. HALLOPEAU. (Discussion : MM. QUEYRAT, HALLOPEAU, FOURNIER.) — Allocution du président à propos de la mort de M. le Dr Mauriac.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

A propos de la séborrhée fœtale, réponse à M. Hallopeau.

Par M. JACQUET.

Je suis obligé à mon grand regret de répondre à M. Hallopeau, tant sur le *mode*, que sur le *fond* des quelques lignes qu'il a fait insérer au Bulletin du 6 avril, *sans les avoir prononcées en séance et sans me les communiquer.*

Ce procédé en effet nous met tous les deux en une posture désobligeante : mon savant contradicteur, en permettant de croire qu'il chercha à éviter ma réponse ; moi-même, en laissant supposer, vu l'apparition tardive de ce Bulletin, qu'il m'a fallu deux mois pour répondre à des choses aussi simples ; interprétations fausses certainement l'une et l'autre.

Je crois donc que ce procédé n'est pas recommandable et qu'il faut l'éviter.

Pour le fond même de la question, j'ai à faire une remarque que, personnellement, je juge importante.

D'après M. Hallopeau, je m'engage dans une voie qui conduit « nécessairement à agiter des questions qui par leur nature doivent rester étrangères aux études purement scientifiques de notre Société ».

Je prétends être resté sur le terrain *strictement scientifique* : le dermatologiste est, je pense, un *biologiste*, ou du moins doit tendre à l'être. Je m'y efforce pour ma part, et je revendique pour moi — et pour d'autres — le droit de contribuer, du point de vue *dermato-*

logique qui est le nôtre, par l'étude de l'origine de l'homme, question que tout le monde ne juge pas comme M. Hallopeau, « évidente elle-même ».

D'autre part, j'ai exprimé courtoisement le regret, d'être en désaccord de façon habituelle avec M. Hallopeau.

Mon honorable contradicteur en prend texte pour déclarer qu'il ne peut regretter d'être en désaccord avec moi, « en ce qui concerne l'étiologie et la nosologie de la pelade ».

Soit, je lui en donne acte; mais je prends la liberté de lui rappeler que toujours, du moins, j'ai appelé de mon mieux le contrôle et la critique de chacun sur les faits et les expériences que j'invoque en faveur de ma doctrine; expériences et faits que je n'ai jamais outre-passés.

M. HALLOPEAU. — Cette discussion a déjà trop duré. En ce qui me concerne, je la considère comme close. Aussi je ne répondrai à aucun des points de l'argumentation de M. Jacquet.

Deuxième note sur deux cas de léprides érythémateuses avec distinction de toxi-léprides et de léprides bacillaires.

PAR MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.

Nous avons continué à suivre journellement la marche de l'éruption que nous avons signalée dans la dernière séance chez Clara P...; nous avons assisté à de nouvelles poussées érythémateuses et noueuses avec réaction fébrile, puis nous avons vu peu à peu ces lésions anciennes et récentes pâlir graduellement et finir par présenter, avec des teintes d'un rouge pâle violacé, des tons bistrés caractéristiques des léprides. On peut voir ces mêmes colorations chez la jeune Al...; elles s'y sont produites dans des conditions identiques et il a été constaté que les *lésions initiales de l'érythème nouveau ne contenaient pas de bacilles*.

Il nous paraît établi que, malgré les apparences du début, il s'est agi chez cette jeune fille d'éruptions lépreuses. Seule, l'évolution de la maladie a pu nous conduire au diagnostic ferme.

En pareils cas, les antécédents du malade qui, le plus souvent, a eu déjà des poussées semblables, doivent *a priori* faire incliner vers l'idée d'une manifestation lépreuse.

L'absence de bacilles dans le sang provenant de ces érythèmes ne prouve pas qu'il ne s'y en produise pas en petite quantité, mais le phénomène essentiel est, à coup sûr, l'invasion tégumentaire par des toxines pathogènes émancipées de leurs microbes générateurs.

Il est loin d'en être ainsi dans toutes les poussées lépreuses.

Nous prendrons pour témoin un troisième malade atteint depuis

MASSON & C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (6^e)

www.libtool.com.cn

Pr. N° 435.

Vient de Paraître :

MANUEL ÉLÉMENTAIRE

DE

DERMATOLOGIE TOPOGRAPHIQUE

— RÉGIONALE —

PAR

R. SABOURAUD

Chef du laboratoire de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis

1 volume in-8°, de XII-736 pages, avec 231 figures dans le texte.
Broché : 15 fr. — Relié toile : 16 fr.

Un médecin étant placé devant une maladie cutanée qu'il ignore être la gale, on ne peut supposer comment il irait consulter dans les traités spéciaux l'article *Gale* plutôt qu'un autre.

Au contraire un médecin placé devant cette maladie cutanée constatera aisément ses localisations régionales; voyant sa prédominance aux mains, aux poignets, il consultera dans ce volume l'article *Poignet* qui a six pages, ou l'article *Mains* qui en a vingt, et il y reconnaîtra sans peine le paragraphe concernant la maladie qu'il observe. Il y trouvera consignés son nom, ses caractéristiques essentielles, ce qu'on sait de sa nature et un résumé de son traitement. Et s'il veut sur ce sujet de plus

le plus souvent sous la forme d'un liséré circulaire ou polycirciné qu'elle se présente; quelquefois sous forme de lésions papuleuses cuivrées en corymbes. Le liséré lui-même est fait de lésions papu-



FIG. 115. — Syphilis secondo-tertiaire circinée. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

leuses juxtaposées sous forme d'une bande congestive quelquefois recouverte de squames adhérentes psoriasiformes. Ce sont là des lésions d'une extrême lenteur d'évolution; livrées à elles-mêmes, elles durent des mois, et souvent elles guérissent d'un côté et continuent leur évolution en d'autres points. Ces lésions indiquent une syphilis de date déjà ancienne. Elles n'ont point de gravité personnelle, mais

neuf ans d'une lèpre, à la fois anesthésique et tuberculeuse, que caractérisent actuellement des tubercules disséminés, des altérations profondes des iris, des hyperkératoses plantaires, des anesthésies, etc.

Ce malade, nommé Jean V..., âgé de 34 ans, né à Eden, dans le Liban, présente, depuis le 19 mai, une poussée aiguë, avec réaction fébrile intense, remarquable par son polymorphisme et l'intensité des lésions locales : ce sont des nodosités variant du volume d'un petit pois à celui d'une petite noix, rouges, dures, douloureuses spontanément et à la pression, des pustules, des arthropathies des poignets et des genoux, des ténosites, des lymphangites avec saillies noueuses, des masses sous-cutanées prononcées surtout aux fesses et au scrotum, les unes libres dans le tissu cellulaire, les autres adhérentes à la face profonde du derme, des adénopathies, une *uréthrite suppurative sans gonocoques et avec de nombreux bacilles de Hansen*.

Le liquide extrait de la pustule contient, en grande quantité, des bacilles de Hansen.

Le contraste entre ces deux malades nous conduit à admettre, avec Patrik Manson, qu'il y a lieu de distinguer deux catégories de manifestations lépreuses : des *toxi-léprides dues surtout à des toxines émancipées, et des léprides bacillaires dans lesquelles on trouve à foison les microbes de Hansen* ; il nous montre de plus que les premières sont érythémateuses et superficielles ; si elles s'accompagnent de nouures, celles-ci sont fugaces et disparaissent sans laisser de traces profondes ; les secondes sont remarquables par leur siège plus profond dans le derme ou les tissus sous-jacents, par leur consistance ferme, par les suppurations qui peuvent les accompagner, par les cicatrices qu'elles laissent à leur suite.

Ces deux catégories de léprides peuvent être rapprochées des deux catégories de tuberculides.

M. JACQUET. — J'ai le souvenir précis des lésions érythémateuses et noueuses que présentait, au-dessus du coude, le malade de M. Hallopeau. Ces nodosités ont disparu dans le temps ordinaire de l'évolution de l'érythème noueux et actuellement il n'en reste aucune trace. Dans les points où, comme à la cuisse, il y a actuellement une macule bistre, je ne me souviens pas d'avoir constaté à la dernière séance la moindre nodosité. Je pense donc que cette jeune fille a eu de l'érythème noueux et que cet érythème a disparu, qu'il n'a pas laissé le ton bistre des léprides, et que s'il faut admettre la lèpre chez cette jeune fille, c'est en coïncidence avec un érythème noueux. D'ailleurs, la teinte violacée, bistre que je ne constate pas aujourd'hui, mais qu'a observée M. Hallopeau, ne s'explique-t-elle pas parfaitement par l'évolution habituelle de l'érythème noueux auquel les Allemands donnent pour cette même particularité le nom d'érythème conusiforme ?

M. HALLOPEAU. — Si M. Jacquet veut bien se reporter au compte rendu de notre dernière séance, il y verra que nous avons signalé dans notre observation des nouures érythémateuses sur les quatre membres. Nous avons d'ailleurs suivi, jour par jour, l'évolution de l'éruption et, après avoir encadré à l'aide du crayon de nitrate d'argent chacun des placards, nous avons vu insensiblement les tons bistrés caractéristiques que vous constatez aujourd'hui succéder aux tons érythémateux. Il n'y a donc pas de place au doute relativement à l'interprétation que doivent recevoir ces phénomènes : il s'agit de *léprides*. Si l'on pouvait nous adresser un reproche, ce serait d'enfoncer une porte ouverte : en effet, dans la plupart des traités de la lèpre, on trouve mentionnée la confusion possible entre ces manifestations érythémateuses et l'érythème noueux. Nous avons voulu constater simplement que l'absence de bacilles ne doit pas conduire à éliminer le diagnostic d'une lépride ; nous avons été heureux d'être conduit par la comparaison de nos observations à établir la nouvelle loi que nous avons formulée ci-dessus. Nous ajouterons que l'*urétrite lépreuse* n'avait pas encore, à notre connaissance, été signalée.

Nouvelle note sur un malade à cicatrices de nature indéterminée.

PAR M. HALLOPEAU.

Nous avons eu de nouveau dans notre service le malade au sujet duquel j'ai le regret de me trouver en désaccord avec M. Queyrat.

Il lui était survenu, depuis peu de jours, une large ulcération de la paroi postérieure du pharynx, à fond grisâtre, à bords nets et arrondis : elle s'est rapidement améliorée sous l'influence de la médication iodurée ; concurremment, une partie des cicatrices précédemment décrites se sont de nouveau tuméfiées en même temps qu'elles rougissaient ; enfin, il s'est produit sur le cuir chevelu, une saillie rouge et douloureuse du volume d'une pastille qui s'est rapidement ouverte et cicatrisée.

Pour vider la question d'une tuberculose possible, nous avons voulu pratiquer une injection de tuberculine, mais le malade s'y est absolument refusé et a quitté instantanément notre service.

Force nous est donc de demeurer, à cet égard, dans l'incertitude.

Suivant nous, contrairement à notre première impression, l'ensemble symptomatique présenté par ce sujet est en désaccord avec l'hypothèse d'une syphilis aussi bien qu'avec celle d'une tuberculose et nous en venons à celle d'une *maladie tropicale de nature incon-*
nue que nous avons formulée lors de notre première présentation.

www.libtool.com.cn

Nouvelle note sur les syphilides secondaires subordonnées à l'action de voisinage du chancre induré.

Par M. HALLOPEAU.

Voici de nouveau le nommé D..., porteur d'une vaste syphilide à la partie inférieure de l'abdomen; elle a évolué depuis la dernière séance : pâissant dans sa partie centrale et s'affaissant, elle s'est étendue verticalement, de telle sorte qu'elle mesure aujourd'hui environ 5 centimètres et demi sur 10; de plus, on voit aux deux extrémités de l'ovale qu'elle représente des papules qui témoignent d'un processus de prolifération locale.

Pour bien établir que ces faits ne sont pas rares, nous présentons ce nouveau malade chez lequel de larges et profondes ulcérations se sont développées sur le gland, consécutivement à un chancre induré et concurremment avec une éruption de roséole et de papules discrètes.

L'accident initial a débuté vers le 6 avril; il a laissé à sa suite une induration profonde en forme de pastille sur la partie antérieure du fourreau; les ulcérations actuelles se sont produites vers le 16 mai; on en distingue 3 dont 2 sont confluentes: la plus volumineuse mesure environ 25 millimètres transversalement sur 15 verticalement. Les adénopathies inguinales existent avec leurs caractères classiques. L'éruption de roséole est presque éteinte; il subsiste sur le tronc un petit nombre de papules lenticulaires.

Ce cas est le sixième de même nature que nous montrons à la Société: il y a bien évidemment la relation de cause à effet.

M. QUEYRAT. — Je crois que l'observation de M. Hallopeau s'accorde avec ce que nous regardons comme des chancres successifs.

M. A. FOURNIER. — Je préfère la conception de M. Queyrat, et je regarde ces accidents comme des chancres successifs.

M. HALLOPEAU. — J'ai vu plusieurs fois des accidents ulcéreux graves au voisinage du chancre induré; ces accidents n'avaient nullement l'apparence de chancres indurés; néanmoins, je tiendrai le plus grand compte des objections qui viennent de m'être faites et je communiquerai dans la prochaine séance les résultats de mes nouvelles recherches à ce sujet.

Allocution du Président à propos de la mort de M. le Dr Mauriac.

MESSIEURS,

J'ai le triste devoir de vous annoncer la mort de l'un des membres de notre Société.

M. le Dr Mauriac a été emporté, ces derniers jours, par une maladie qui le tenait depuis longtemps éloigné de nous.

Je n'ai pas à vous dire quel a été le collègue dont nous déplorons la perte. Chacun sait quel rang il tenait dans la syphiligraphie contemporaine. Chacun sait quel nombre considérable de mémoires, de travaux, de leçons, de publications de tout ordre il a produit. Chacun connaît ces deux gros volumes qu'il a consacrés à l'étude de la syphilis primaire, secondaire, tertiaire, et de l'hérédo-syphilis.

Toutes ces publications lui ont valu la très légitime renommée dont il jouissait parmi nous et à l'étranger.

M. Mauriac a été pendant de longues années médecin de l'hôpital Ricord, et là aussi il s'est fait connaître par un enseignement très estimé.

Il était président d'honneur de notre Société.

En conséquence, j'obéis à la tradition, non moins qu'au sentiment de tous, en déclarant levée la séance d'aujourd'hui, cela en signe de deuil et comme hommage rendu à une vie doublement laborieuse et digne, partagée qu'elle fut entre la science et les devoirs hospitaliers.

Le Secrétaire,

LENGLET.

SÉANCE DU 6 JUILLET 1905

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Allocution de M. le Président au sujet de la mort de M. R. Du CASTEL, secrétaire général.

Allocution de M. le Président au sujet de la mort de M. Du Castel, secrétaire général.

Depuis notre dernière réunion nous avons encore perdu l'un des nôtres, le D^r Du Castel.

Je n'ai pas à aborder ici, pour l'instant, l'éloge funèbre de notre regretté collègue, d'autant que ce modeste avait décliné par avance l'hommage de tout discours sur sa tombe, voire l'hommage de toutes fleurs ou couronnes sur son cercueil. C'est, d'ailleurs, à celui qui prendra sa place parmi nous que reviendra l'honneur, à l'époque rituelle, de nous retracer la vie et l'œuvre médicale du savant que nous avons perdu.

Pour aujourd'hui, il ne m'incombe qu'un devoir : c'est, au nom de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, d'adresser quelques mots d'adieu et de remerciements à celui qui l'a si bien et si longtemps servie.

Du Castel, en effet, a été pour elle l'ouvrier de la première heure, et jamais plus il ne l'a quittée. Pendant de longues années, d'abord, il a rempli près d'elle les fonctions laborieuses, difficiles et délicates, de trésorier. Plus tard, il en est devenu le secrétaire général. Et comment il a rempli ces deux fonctions, est-il besoin de le rappeler à votre souvenir ? Il était, en toutes choses et toujours, la correction même, la correction avec simplicité, dignité, courtoisie, urbanité parfaite. Son caractère inspirait la sympathie et le respect tout d'abord, puis, à la suite, la confiance et l'affection. Il eût été difficile de ne pas se laisser gagner et séduire par le charme de sa nature bienveillante, et il eût été non moins difficile de lui trouver une inimitié. Aussi bien le D^r Du Castel est-il de ce petit nombre d'hommes dont on peut dire sans exagération qu'il emporte d'unanimes regrets. En lui, la Société perd un serviteur dévoué et plein de zèle ; — beaucoup d'entre nous, un ami sûr et fidèle ; — tous, ici, un collègue hautement et justement estimé.

En son souvenir et comme signe de deuil, je déclare la séance levée.

La prochaine séance aura lieu le 13 juillet 1905.

SÉANCE DU 13 JUILLET 1905

Présidence de M. Alfred Fournier

SOMMAIRE. — Résultats fournis par la radiothérapie dans le traitement du cancer de la langue, par M. PAUTRIER. (Discussion : MM. BROCOQ, DARIER, DE BEURMANN, DÉHU, SABOURAUD, LENGLET, PAUTRIER.) — Contribution à l'étude clinique du lupus exanthématique, par MM. F. BALZER, FRANÇOIS-DAINVILLE et GERMAIN. — Chancre de la région présternale par MM. GAUCHER, PARIS et OCTAVE CLAUDE. — Kératose palmaire et plantaire symétrique congénitale, malformations multiples, par MM. GAUCHER et MILIAN. (Discussion : M. MOTY.) — Spirochète pallida dans la syphilis héréditaire, par E. BODIN. (Discussion : MM. QUEYRAT, MILIAN, SABOURAUD, BODIN, RENAULT.) — Tumeurs cutanées multiples de nature sarcomateuse chez une fillette de six mois, par MM. AVIRAGNET et COYON. (Discussion : MM. DARIER, GAUCHER.) — Seconde présentation d'un malade atteint de spina ventosa syphilitique, par M. GAUCHER. — Tuberculides papulo-nécrotiques, par MM. J. DARIER et R. WALTER. — Tuberculo-cancer de l'amygdale, du voile du palais, de la langue et des ganglions cervicaux, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Porokératose papillomateuse palmaire et plantaire, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Kératodermie avec porokératose en godets épidermiques localisés à l'ostium sudoripare et disséminés à la paume des mains par MM. F. BALZER et GERMAIN. — Sur une récidive de syphilis au bout de trente ans, par M. HALLOPEAU. — Maladie d'Addison chez un syphilitique, par M. H. HALLOPEAU. — Sur un chancre induré du sourcil chez un enfant de sept ans, par MM. HALLOPEAU et SÉE. — Plaques multiples de psoriasis circiné autour de cicatrices syphilitiques, par MM. H. HALLOPEAU et ROY. — Note préliminaire sur la nature de la granulosis rubra nasi, par M. H. HALLOPEAU. — A propos de chancres successifs, par M. HALLOPEAU. — Macules décolorées multiples dans un cas de dermatite douloureuse, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Présentation de bougies molles destinées au traitement des chancres syphilitiques du méat et de l'entrée de l'urèthre, par M. A. RENAULT. — Nouvelle lampe photothérapique aux vapeurs de mercure dite lampe HERGÈS par MM. GASTOU et NICOLAS. (Discussion : MM. BROCOQ, GASTOU.) — L'eau de mer en injections sous-cutanées dans la syphilis, par MM. GASTOU et QUINTON. — Les modifications de l'élimination urinaire sous l'influence des eaux de la Bourboule, par MM. GASTOU et FERREYROLLES. — Dyskératose pileaire et folliculaire (acné kératique villeuse) chez une enfant, par MM. GASTOU et TRIBAUT. — Élections.

Résultats fournis par la radiothérapie dans le traitement du cancer de la langue.

Par M. L.-M. PAUTRIER.

Les beaux résultats obtenus par la radiothérapie dans le traitement du cancer cutané sont aujourd'hui connus de tout le monde.

De nombreuses observations publiées, de nombreuses présentations de malades ont permis à chacun de se faire une opinion, appuyée sur des faits indiscutables. Par contre, à différentes reprises, et en particulier au cours de plusieurs séances de la Société de dermatologie, une même question a été posée à ceux d'entre nous qui s'occupent plus spécialement de radiothérapie : Pourrait-on nous dire où en est la question de la radiothérapie du cancer de la langue et quels sont les résultats obtenus ? Or, il faut bien convenir que, chaque fois, la réponse a manqué de précision, se bornant à constater que la question n'était pas encore mûre, les résultats incertains.

Et, en effet, autant, lorsqu'il s'agit d'épithélioma cutané, nous avons à notre disposition des cas nombreux et probants, autant, lorsqu'il s'agit de l'épithélioma de la langue, nous ne pouvons que constater la pauvreté, la disette de documents.

Il n'existe qu'un tout petit nombre d'observations de cancers de cet organe traités par la radiothérapie, et la plupart mentionnent des résultats douteux, incertains, presque négatifs.

Quelques cas heureux ont été rapportés ; mais, il est vrai, ils ne sont pas accompagnés d'observations détaillées, de documents photographiques, d'examen histologiques qui, seuls, imposeraient la conviction et feraient partager aux lecteurs la conviction de l'auteur. Le contrôle du temps leur fait également défaut.

On ne peut qu'être frappé de cette disette de documents, si l'on réfléchit que voici cinq ans déjà que l'on fait de la radiothérapie, que l'on en fait de plus en plus à l'heure actuelle, et de différents côtés. Si l'on réfléchit également que l'épithélioma de la langue est une affection qui est loin d'être rare, et qu'il y a toutes sortes de chances pour qu'on en ait soigné par la radiothérapie un nombre assez élevé, nous sommes en droit de penser que cette pauvreté de documents peut s'expliquer par la médiocrité des résultats obtenus. Lorsqu'il s'agit d'une question aussi importante que celle du traitement de l'épithélioma de la langue, nous pensons cependant que tous les documents doivent être publiés, aussi bien les positifs que les négatifs. Ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra arriver à formuler des conclusions précises. C'est dans cet esprit que nous venons aujourd'hui publier deux cas d'épithélioma lingual que nous avons traités par la radiothérapie, et chez lesquels nous avons échoué complètement.

Voici l'observation de notre premier malade :

OBSERVATION I. — M. L..., 47 ans, présente une tumeur volumineuse, qui occupe la moitié gauche de la langue, dans le tiers moyen de cet organe. Plus exactement, elle commence juste au niveau du bord gauche de la langue et s'étend sur la face dorsale dépassant un peu la ligne médiane.

Elle mesurait 3 centimètres de long sur 2 de large et 1 centimètre de hauteur, au niveau de sa partie médiane la plus élevée. Sa surface est irrégulière, végétante, bosselée; elle présente des saillies arrondies, limitées par des sillons peu profonds. Le bord de la tumeur est très nettement délimité sur tout son pourtour, d'abord par la saillie très nette qu'il fait sur la surface de la langue et ensuite par un sillon qui sépare le bord de la tumeur de la langue elle-même. Ce sillon n'a pas partout la même profondeur: à gauche, sur le bord de la langue, il est à peine indiqué, et ne reçoit que la pointe d'un stylet, tandis que sur la face médiane de la langue, il s'enfoncé profondément sous la tumeur. En d'autres termes, à ce niveau, celle-ci a une surface d'implantation beaucoup plus faible que sa surface de recouvrement, rappelant la disposition d'un champignon. Sur ce point, la tumeur est donc nettement pédiculée.

La couleur de cette masse végétante est la teinte rosée ordinaire de la muqueuse linguale. Cependant, sa surface est recouverte par places d'un enduit blanchâtre très adhérent, de consistance cornée.

Au toucher, la tumeur est dure et résistante. Cependant, si l'on palpe la langue dans son épaisseur, dans la partie sous-jacente à la tumeur, on ne sent pas de noyau d'induration profonde; la masse végétante semble s'être développée uniquement à l'extérieur, en surface.

En palpant toute la région maxillaire avec beaucoup de soin, on trouve, de chaque côté, près de l'angle du maxillaire, un petit ganglion non douloureux, facilement mobilisable, rénitent.

Une biopsie est faite avant de commencer tout traitement; elle montre qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé corné.

En somme, il s'agit d'un volumineux épithélioma de la langue, développé tout en surface, sous forme de tumeur végétante, n'ayant encore produit qu'un retentissement ganglionnaire insignifiant.

La radiothérapie est commencée le 20 février 1903. Voulant agir d'une façon aussi énergique et aussi rapide que possible, nous avons réglé le traitement de la façon suivante: les séances sont faites couplées, pendant 2 jours de suite, et suivies d'un repos de 15 à 18 jours. Nous nous sommes servis du transformateur de Gaiffe et d'une ampoule de Chabaud. La dose de chaque séance variait entre 4 H 1/2 et 5 H, soit de 9 à 10 H par séances couplées. Les rayons marquaient le n° 5 ou le n° 6 du radiochromomètre de Benoist. On voit que le traitement a été fait à doses massives. Du 20 février à fin juin, nous avons fait ainsi six séances couplées et une séance isolée, soit au total 65 H. Nous avons pratiqué également 2 séries de séances sur les régions sous-maxillaires, pour irradier les ganglions; pour cela, nous nous servions de rayons n° 7, et faisons absorber 4 H à la peau.

Dès les premières séances, nous assistâmes à des modifications très nettes au niveau de la tumeur: elle diminua considérablement de volume et s'affaissa: mais au bout de la période de repos, elle

avait recommencé à s'accroître et à végéter. Durant toute la durée du traitement, nous avons eu ainsi des alternatives de régression et de récidence. A deux reprises, nous avons cru toucher au but ; la tumeur avait presque complètement fondu ; elle n'était plus représentée que par une sorte de bourrelet légèrement surélevé à la surface de la langue. Mais bientôt elle regrossit.

Malgré les doses considérables que nous avons employées et le laps de temps relativement court laissé pour le repos, nous n'avons jamais eu le moindre accident. La surface de la tumeur a pris parfois une teinte brunâtre, comme si elle était en train de se nécroser, et s'est quelquefois creusée d'ulcérations en surface, à aspect sanieux ; mais jamais nous n'avons dépassé l'épaisseur de la tumeur et ne sommes arrivés sur la surface même de la langue. Tout le reste de cet organe était protégé grâce au tube du localisateur de Dean, que nous employons.

La tumeur paraissait à un moment donné en voie de disparition complète, lorsque, entre le 15 et le 20 juin, une nouvelle tumeur est apparue sur le bord gauche de la langue, près du plancher de la bouche. Nous avons dû alors nous avouer vaincu et renoncer à la radiothérapie, pour recourir à l'intervention chirurgicale, qui va être pratiquée.

L'état actuel est le suivant : depuis un mois que les lésions n'ont pas été traitées, la tumeur a de nouveau grossi : elle est, dans son ensemble, un peu plus petite qu'au début ; mais elle forme encore une masse arrondie, dure, lardacée, parsemée d'ulcérations sanieuses ; à sa partie antérieure s'est développée une masse secondaire, une sorte de bourgeonnement, séparé de la tumeur principale par un sillon. De plus, on trouve sur le bord gauche de la langue, à cheval entre ce bord et le plancher de la bouche une nouvelle tumeur, qui, en un mois, s'est développée très rapidement. Elle est allongée d'avant en arrière, a la forme d'une amande verte coupée en deux et répondant, par sa tranche, au rebord du maxillaire ; elle mesure 2 centimètres de long sur 1 de large ; elle est d'aspect blanchâtre, lardacé, très douloureuse.

En même temps, le malade souffre de douleurs très vives dans l'oreille ; il maigrit considérablement. Nous déclarons alors au malade, sur les instances duquel nous avons prolongé le traitement plus que nous ne l'aurions voulu, que nous nous refusons absolument à continuer la radiothérapie, et nous le décidons à subir une opération.

Obs. II. — M. de W..., 51 ans. Début des lésions il y a six mois environ ; le malade eut son attention attirée sur sa langue, par la gêne qu'il éprouvait à manger. En examinant la pointe de la langue, il aperçut une sorte de petit bouton étalé ; les lésions ont progressé depuis, lentement, sans que le malade ait rien fait pour se soigner.

Lorsque nous examinons le malade (14 février 1905), on trouve au niveau de la pointe de la langue, une sorte de champignon aplati, de forme irrégulièrement arrondie, avec un bord saillant, une surface antérieure légèrement végétante, mais aplatie dans son ensemble et une surface postérieure se confondant avec la pointe de la langue, mais la débordant latéralement, formant, surtout en bas, un volumineux bourrelet libre. La lésion affecte donc, grossièrement, la forme d'un gros pain à cacheter, épais, qu'on aurait collé sur la pointe de la langue.

Le bord de la tumeur forme un bourrelet arrondi surplombant les parties saines périphériques, et qui est de niveau avec la face antérieure de la tumeur, sauf au niveau du bord supérieur, où cette face est érodée et même ulcérée, creusée sur un point; à ce niveau le bourrelet légèrement déchi-queté surplombe le fond de l'ulcération mais en s'unissant avec lui en pente douce. Ce bourrelet est très dur au toucher. Au niveau de la face supérieure de la langue, la tumeur se confond presque avec cette face et n'en est séparée que par le bourrelet que nous venons de décrire; mais, au niveau de la face inférieure de la langue, la tumeur déborde largement cette face et possède à ce niveau un bord libre de 4 à 5 millimètres de large, légèrement recourbé, incurvé vers le plancher de la bouche.

La face antérieure de la tumeur, c'est-à-dire la partie libre, est assez régulière, sauf au niveau de la partie supérieure, où siège l'ulcération déjà décrite, très légèrement végétante, recouverte par un enduit blanchâtre, très épais, de consistance presque cornée.

Sur la face supérieure de la langue, dans sa moitié gauche, on trouve en arrière du bourrelet limitant la tumeur, un état irrégulier, mamelonné, légèrement végétant, qui s'étend sur près d'un centimètre.

Au toucher, la tumeur est extrêmement dure, résistante et en continuant la palpation de la langue, en arrière de la tumeur, on sent au niveau de la partie mamelonnée et végétante que nous venons de décrire, un léger noyau d'induration.

Une biopsie est faite, qui porte à la fois sur le bourrelet et la face antérieure de la tumeur: elle permet de constater qu'il s'agit d'un épithélioma lobulé à globes épidermiques.

N'oublions pas de mentionner qu'il existe, de chaque côté, un petit ganglion sous-maxillaire, mobile.

Le traitement radiothérapique est commencé le 18 février et poursuivi jusqu'au début de juillet. Nous avons procédé, ici encore, par séances couplées, mais à doses plus faibles que pour le cas précédent, nous contentant de faire absorber entre 7 et 8 H par chaque groupe de deux séances. Les rayons employés marquaient le n° 5 ou 6 du radiochromomètre de Benoist. Les intervalles de repos entre chaque série de deux séances étaient de 13 à 18 jours. La partie malade a absorbé au total 58 H. Des irradiations ont également été faites au niveau des régions sous-maxillaires, en employant des rayons n° 7 et en faisant absorber chaque fois 4 H à la peau.

Ici encore, il se produisit, dès le début du traitement, un certain

nombre de modifications. L'enduit blanchâtre, corné, qui recouvrait les lésions en partie, tomba après la troisième séance ; le bourrelet s'affaissa un peu.

Plus tard, après la quatrième série de séances couplées, le bord libre inférieur, qui débordait la pointe de la langue, se résorba et disparut complètement. Après la cinquième séance couplée, il y eut une radiodermite marquée se traduisant par une rougeur intense, une chute de la muqueuse, un léger état d'œdème ; tous ces phénomènes disparurent en 3 semaines. Cependant, à aucun moment les lésions ne parurent rétrocéder complètement, et, au début de ce mois, nous faisons part à notre malade de notre intention de ne pas poursuivre plus longtemps un traitement qui s'était montré inutile et que nous pouvions craindre de voir devenir dangereux.

A l'heure actuelle, les lésions sont presque dans le même état qu'en février dernier ; la tumeur ne s'est pas agrandie en largeur. Mais, en palpant la langue, on sent, au-dessus de la tumeur, au niveau du point qui était déjà largement induré, une induration plus profonde, qui paraît avoir envahi une partie de la langue dans son épaisseur et qui s'est légèrement étendue plus loin en arrière.

Un des ganglions sous-maxillaires a très légèrement augmenté de volume ; l'autre est resté stationnaire.

En résumé, voici deux cas d'épithélioma de la langue, chez lesquels les lésions se présentaient dans des conditions particulièrement favorables, puisqu'il s'agissait, pour le premier, d'une tumeur végétante, toute en surface, siégeant sur la face dorsale de la langue et n'ayant pas infiltré cet organe ; pour le second, d'une tumeur, à marche assez lente, limitée à la pointe de la langue ; dans les deux cas, le retentissement ganglionnaire était minime. Aussi, au début et même pendant la première partie du traitement, nous avons cru au succès. Le traitement radiothérapique a été poursuivi pendant 4 mois et demi ; ce laps de temps nous semble suffisant. Il paraîtra peut-être même trop long à certains médecins, qui penseront que les malades auraient pu être confiés plus tôt au chirurgien.

Nous n'avons poursuivi la radiothérapie pendant tout ce temps que sur la demande expresse des malades et parce que, malgré tout, nous nous sentions toujours maîtres de la situation. Cependant, pour notre premier malade, l'apparition et le développement si rapide de la seconde tumeur nous montrent qu'en dehors des réactions macroscopiques, que nous pouvions seules surveiller, il se produisait des réactions microscopiques, qui se sont traduites d'une façon soudaine. Il est bien certain que ce malheureux malade va être opéré aujourd'hui dans de moins bonnes conditions qu'il ne l'aurait été en février dernier.

Si nous envisageons la question des doses, il nous semble qu'il aurait été difficile de les augmenter impunément chez nos malades : 7 à 8 H dans un cas, 10 H dans l'autre, absorbées en deux jours ; 58 H et 65 H au total, voilà, nous semble-t-il, des doses qu'il aurait été impossible de dépasser.

Or, malgré ces conditions favorables, l'extériorisation des lésions, qui permettait de les atteindre facilement, l'intensité du traitement fait, l'échec est complet. Il semble même que pour un des deux malades, il y ait eu aggravation ; il est possible d'admettre que la seconde tumeur se serait formée indépendamment de tout traitement ; cependant, sa rapidité d'évolution est frappante.

Ce n'est évidemment pas avec deux cas positifs ou négatifs que l'on peut porter un jugement définitif favorable ou défavorable sur une méthode thérapeutique. Cependant, si l'on rapproche nos deux insuccès des résultats incertains que nous rapportions au début de cette communication, on devra convenir que le bilan de la radiothérapie dans le traitement de l'épithélioma de la langue paraît de plus en plus négatif.

Les ennemis valent mieux, dit-on, que les dangereux amis. Il importe donc de ne pas promettre au nom de la radiothérapie plus qu'elle ne peut tenir. Elle reste une méthode précieuse et qui rend tous les jours les plus grands services ; mais ne lui demandons pas plus qu'elle ne peut donner ; sans cela, à une période d'engouement peut-être exagéré, pourrait succéder une période de dénigrement excessif.

M. BROCC. — J'ai observé la même marche défavorable dans plusieurs autres cas de cancer de la langue. Après une amélioration momentanée au début, le mal a paru recevoir un coup de fouet et s'est aggravé de telle façon que toute intervention devenait illusoire. Il faut donc se défier beaucoup des premiers résultats.

M. J. DARIER. — Je rappelle, à l'occasion de la présente communication, que j'ai depuis longtemps soutenu que la radiothérapie agit d'une façon toute différente sur les épithéliomas tubulés ou baso-cellulaires et sur les épithéliomas lobulés ou spiro-cellulaires ; très efficace dans le premier cas et donnant des succès parfois brillants, elle est inactive ou peut-être même nuisible dans le cas d'épithéliome lobulé ; or la grande majorité, mais non la totalité, des cancers de la langue et des lèvres appartiennent à cette dernière catégorie.

J'ai exposé cette manière de voir au Congrès international de dermatologie tenu à Berlin en septembre dernier ; depuis lors j'ai observé un grand nombre de cas tous confirmatifs. Ma conclusion est formelle : dans tout épithéliome tubulé de la peau ou des muqueuses la radiothérapie est le traitement de choix ; dans l'épithéliome lobulé on doit y renoncer. Lorsque le diagnostic n'est pas cliniquement réalisable avec certitude.

il est indispensable de recourir à la biopsie pour l'établir et pour décider quelle est la méthode de traitement qui convient.

M. DE BEURMANN. — J'ai observé un fait qui confirme ce qu'avance M. Darier. Chez une femme atteinte de leucoplasie buccale, se développa un épithélioma volumineux tubulé qui fut guéri par la radiothérapie. Le résultat, il est vrai, est assez récent et a besoin de la confirmation du temps.

M. DÉHU. — Je connais un cas de cancer de la langue traité par M. Belot où le résultat a été très bon.

M. SABOURAUD. — Il faut, en dehors de la nature histologique du mal, faire entrer en ligne de compte la manière dont est appliqué le traitement : tel épithélioma est favorisé dans son extension, par des séances trop courtes, trop faibles de 3 à 6 H, et s'arrête quand on lui fait absorber par séance une dose de 10 H.

M. BROCCQ. — Pour apporter une confirmation à l'influence de la structure du cancer sur les bons effets de la radiothérapie, je rapporterai le cas d'un malade qui avait un épithélioma pavimenteux lobulé de la lèvre et qui, malgré le nombre et l'intensité des séances, vit son mal envahir rapidement.

M. LENGLET. — Parmi les malades qu'a vus M. Broccq, il en est un que j'ai eu l'occasion de biopsier, c'était un épithélioma pavimenteux lobulé de la pointe de la langue. Après une apparente guérison consécutive à la radiothérapie, il eut une récurrence violente. Sur cette récurrence furent faites des applications intenses de 8 et 10 H. répétées plusieurs fois. Le mal s'étendit, envahit tout le côté gauche de la langue, les ganglions carotidiens. Il fut opéré alors largement par M. Walther; je trouvai dans les ganglions carotidiens d'énormes lobules épithéliomateux, et après trois mois de répit, le malade avait des nodules nouveaux qui envahissaient tout le plancher buccal et les ganglions du côté opposé.

M. DARIER. — Je ne peux donc qu'insister sur la nécessité de la biopsie, elle fournit une indication précieuse sur l'opportunité et la possibilité de la radiothérapie.

M. PAUTRIER. — Je ferai remarquer que, dans les deux cas que je viens de rapporter, les doses ont varié entre 7 et 10 H par séance, ce qui répond bien aux desiderata de M. Sabouraud. D'autre part, il s'agissait bien, chez mes deux malades, d'épithélioma lobulé, mais comme c'est là, je crois, la forme de beaucoup la plus fréquente du cancer de la langue, la distinction établie par M. Darier entre les épithéliomas lobulés et tubulés (ces derniers devant seuls bénéficier de la radiothérapie) confirme l'impression pessimiste sur les résultats de la radiothérapie dans l'épithélioma de la langue.

Contribution à l'étude clinique du lupus exanthématique.

Par MM. F. BALZER, FRANÇOIS-DAINVILLE et GERMAIN.

Lupus érythémateux à développement rapide. — Louise D..., âgée de 24 ans, entre le 22 juin 1905, salle Alibert, n° 11. Les antécédents héréditaires

ditaires ne présentent rien qui soit digne d'être noté. Elle a eu un enfant à l'âge de 18 ans. La malade a remarqué, il y a deux mois environ, l'apparition de rougeurs sur la face dorsale des mains. Ces rougeurs, apparues subitement, ne se sont point modifiées depuis leur apparition.

Quinze jours après environ, la malade a remarqué des rougeurs semblables siégeant sur les pommettes. Elles se sont progressivement étendues depuis cette époque. Ce développement s'est fait sans être accompagné de phénomènes généraux. Peu de phénomènes locaux : sensation de démangeaison et de cuisson plus marquée à la face qu'aux avant-bras.

A l'examen, on constate une zone érythémateuse occupant les deux joues, ayant les dimensions de la paume de la main, et dont les limites correspondent : en dedans au sillon naso-génien, en bas à une ligne circulaire reliant la commissure labiale au pavillon de l'oreille. Une nouvelle ligne semi-circulaire, passant à un centimètre de la paupière inférieure, forme la limite supérieure.

La rougeur généralisée n'est pas moins intense au centre. Vers les bords, il existe une desquamation par très minces lamelles adhérentes et plus marquée à gauche qu'à droite.

A la pression du doigt, la rougeur disparaît presque complètement. Il n'y a point d'infiltration nette à la palpation, mais un simple épaissement du derme, plus marqué sur les bords. Tout le long du sterno-mastoïdien, on voit et on perçoit de chaque côté des *ganglions en chaîne* augmentés nettement de volume, et roulant sous le doigt. Cette adénopathie est surtout accusée fortement à droite.

Sur la face antérieure des avant-bras, et sur la face dorsale des mains on trouve des lésions semblables avec quelques petites taches atrophiques blanchâtres. Cependant, les placards sont moins étendus; les plus petits ont la dimension d'une pièce de 0 fr. 50; et les plus grands dépassent à peine une pièce d'un franc. Quelques-uns sont isolés les uns des autres, mais le plus grand nombre se touchent par leurs bords. Même coloration uniforme. Même effacement à la pression. Même épaissement, mais point de desquamation à la périphérie.

Point de lésion sur les autres parties du corps. Rien d'anormal à l'auscultation de la poitrine.

Après six jours de traitement, on constate une amélioration très rapide de l'érythème qui s'est très atténué. L'engorgement ganglionnaire est beaucoup moins net.

Le traitement a été commencé avec une pommade à l'ichthyol faible, à 2 p. 100. Malgré cela une amélioration s'est produite assez rapidement pour que la malade ait cru pouvoir demander sa sortie au bout d'une semaine, en promettant de revenir dans le service.

Lupus érythémateux exanthématique des joues, du nez, des oreilles, des avant-bras et des mains. — M^{me} Roc..., 41 ans, ménagère, juive russe, entre le 4 avril 1905, salle Alibert, lit 36, pour un lupus érythémateux ayant subi en quelques mois une marche envahissante et extensive dans différents points du corps.

Antécédents personnels : A 12 ans, fièvre typhoïde. La malade n'a pas eu d'autre maladie jusqu'à son mariage.

Elle a eu sept grossesses, dont cinq fausses couches de 4 à 6 mois, et deux enfants nés à terme, bien portants actuellement et âgés de 18 ans et de 5 ans. Toutes ces fausses couches ont été attribuées à une métrite.

La malade ne semble pas avoir eu d'antécédents syphilitiques. Depuis deux ans, albuminurie abondante avec œdème des jambes. La malade a fait, à cette époque, un séjour à l'hôpital Beaujon pendant un mois.

Enfin, le 3 août 1904, séjour à l'Hôtel-Dieu pour la même maladie, la malade en sort très améliorée en novembre 1904. Pendant cette hospitalisation, la malade a eu une forte hémoptysie ayant duré 12 heures.

En décembre 1904, il y a donc cinq mois, le lupus a débuté à la face par une petite tache érythémateuse sur chaque joue, symétriquement. Presque immédiatement les oreilles étaient envahies à leur tour sur leur bord libre et sur la conque. Le lupus des membres est plus récent, et remonterait à quatre semaines environ.

Les *antécédents héréditaires* sont bons : Père et mère ayant joui d'une bonne santé et morts âgés.

Examen. — Sur chaque joue on voit une large surface rouge violacé, saillante, infiltrée, figurant un grand croissant à concavité postérieure. On ne voit pas de productions épidermiques plâtreuses comme dans le lupus érythémateux ordinaire, mais les téguments ont simplement un aspect granuleux et fortement vascularisé. L'infiltration est profonde et forme masse lorsqu'on saisit la région malade entre les doigts. Ce contact est un peu douloureux, mais en dehors de ces contacts, la malade éprouve seulement des démangeaisons très minimes et intermittentes.

Au niveau des ailes du nez, on voit deux productions morbides analogues, grandes comme une pièce d'un centime; sur le bord libre de chaque oreille, sur la conque, infiltration rouge violacé s'étendant jusqu'au lobule.

Au niveau de la face dorsale des mains, on voit plusieurs trainées rouge violacé, lie de vin, scarlatiniforme, dont l'épaississement est moindre qu'à la face. Au niveau de la face dorsale de chaque poignet et au niveau des coudes, larges trainées analogues.

Au niveau des genoux, la malade avait également de larges éléments érythémateux disparus depuis 6 semaines.

La malade est à la fois pâle et cyanosée, très affaiblie, ses jambes sont enflées et ses urines sont fortement albumineuses.

La dyspnée est persistante.

Au cœur, on entend à la base un souffle d'insuffisance aortique; au premier temps, il y a aussi un souffle moins marqué; pouls bondissant, régulier.

Au sommet du poumon droit, signes de tuberculose très nets.

Nous voyons dans ces deux observations des exemples de lupus érythémateux à marche rapide, mais appartenant à des types cliniques différents. La première se rattacherait plutôt au groupe des lupus érythémateux fixes, avec cette restriction que cette malade a encore besoin d'être suivie pendant un certain temps.

L'éruption s'est produite avec une grande rapidité, mais elle a

déterminé promptement aussi des lésions dermiques, blanchâtres, atrophiques, disséminées dans la rougeur et qui indiquent un processus profond.

Chez la seconde malade, les éruptions lupiques ont été beaucoup plus étendues. Véritablement fixes aux joues et en certains points des poignets et de l'avant-bras, elles ont dans d'autres endroits présenté une évolution résolutive remarquable. Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, nous avons vu sous nos yeux des bandes érythémateuses des membres supérieurs entrer en résolution sous l'influence des courants de haute fréquence. Nous savons aussi que des érythèmes qui existaient aux genoux ont complètement disparu, et il est impossible d'en voir la trace. Malheureusement la malade, trop gravement atteinte du côté de la poitrine et du cœur et craignant sans doute de mourir à l'hôpital, nous demanda sa sortie, et le traitement par les courants de haute fréquence ne put être continué. Le type vraiment exanthématique de cette variété de lupus est nettement affirmé par cette résolution relativement facile en quelques points.

Des faits analogues ont été observés par M. Besnier et sont signalés dans l'article savant de M. Lenglet (1). L'un de nous en a observé encore d'autres cas qui peuvent être brièvement rapportés à cette occasion. Le premier en date concernait une jeune juive polonaise qui vint à l'hôpital avec des efflorescences érythémateuses très superficielles aux deux joues. Après une séance de scarifications ces efflorescences disparurent complètement, mais se montrèrent de nouveau quelques mois plus tard. Cette fois les scarifications n'eurent pas immédiatement le même succès. La jeune malade retourna dans son pays, à Cracovie; là elle fut traitée par des applications d'une pommade à base d'ichthyol et probablement aussi d'acide pyrogallique. Elle revint à Paris guérie en apparence encore une fois. Au bout de quelque temps, elle fut reprise de nouveau, aux mêmes points, mais cette fois avec des infiltrations plus profondes disséminées, indiquant des localisations fixes. En même temps elle présentait des signes de tuberculose aux sommets des poumons. L'autre cas concernait un malade atteint de localisations fixes du lupus érythémateux à la face, au cou, à la poitrine, et surtout à la muqueuse buccale où le lupus présentait des manifestations d'une extraordinaire intensité. Il fut pour cette raison montré au Congrès international de 1900. Pendant qu'il était dans le service, ce malade présenta un érythème remarquable aux mains, principalement aux doigts. Cet érythème d'une couleur rouge ou violacée, qui paraissait devoir être très persistant, disparut pourtant avec

(1) LENGLET. Lupus érythémateux. *Pratique dermatologique*, t. III, p. 392 et suiv.

facilité, avec quelques applications de savon noir. Au moment où il présenta cet érythème, le malade était très affaibli et abattu, mais il n'eut pas de fièvre. Il n'avait pas non plus de signes manifestes de tuberculose pulmonaire. Ce malade est devenu infirmier à l'hôpital; il n'a plus eu d'efflorescences érythémateuses, mais les localisations fixes de la peau et des muqueuses ont persisté.

Comme nous l'avons dit, deux de nos malades étaient atteints certainement de tuberculose pulmonaire; chez une autre il existe des tuméfactions des ganglions cervicaux très accusées qui ne peuvent guère être attribuées qu'à la tuberculose. Nous sommes disposés, avec la plupart des auteurs français, à considérer le lupus érythémateux comme une manifestation plus ou moins directe de l'infection tuberculeuse, bien que dans de nombreux faits il soit difficile d'en donner nettement la preuve et de trouver le point de départ de l'infection. Les efflorescences lupiques, comme nous l'avons vu, peuvent guérir sans traitement, au moins pour quelque temps, ou bien elles peuvent céder à des moyens simples avec rapidité. Ces disparitions faciles sembleraient indiquer une origine toxinique pour ce qui concerne les poussées érythémateuses.

Chancre de la région présternale.

Par MM. GAUCHER, PARIS et OCTAVE CLAUDE.

Le nommé F..., 17 ans, garçon livreur, soigné salle Saint-Louis, présente depuis 15 jours environ, au niveau du manubrium, une ulcération qui a débuté par une papule. Actuellement, l'ulcération est nettement arrondie, large de 3 centimètres et repose sur une base indurée. Elle est accompagnée, à droite et à gauche, d'adénopathie axillaire et inguinale, dure et non douloureuse.

Le diagnostic d'accident primitif est confirmé par l'apparition, il y a deux jours, d'une roséole disséminée à éléments moyens, très caractérisée. Il n'y a, ailleurs, aucune trace de chancre.

La contagion semble d'origine familiale et accidentelle. En effet, la sœur du malade est soignée à Saint-Louis pour une syphilis secondaire, et, il y a deux mois environ, alors qu'elle était déjà en traitement, le malade se fit une application de teinture d'iode ancienne et altérée sur la poitrine. Il en résulta une brûlure que le malade pansa avec des linges et de l'ouate sans doute contaminés.

Kératose palmaire et plantaire symétrique congénitale, malformations multiples.

Par MM. GAUCHER et MLIAN.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un malade qui n'est pas un inconnu pour elle. Il lui a été montré par MM. Dupré

et Mosny qui ont publié une courte observation dans le Bulletin en 1894, p. 536, et ont fait reproduire les mains et les pieds du sujet sous les numéros 1832 et 1833 des moulages du Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Nous avons cru intéressant de montrer à nouveau ce malade :

1° Pour compléter l'observation ;

2° Pour montrer ce qu'est devenu ce malade après onze ans.

B..., 33 ans, né en mai 1872, à X. (Finistère).

Antécédents héréditaires. — Père, mort vers 40 ans.

Mère, 65 ans, bien portante, douleurs dans les jambes, marche difficilement, aucune difformité. Quatre enfants.

1° Homme, mort dix ans avant la naissance de B..., après dix jours de maladie. Ne présente aucune difformité.

2° Femme, 39 ans, bien portante, mariée, a 4 enfants bien portants, pas de difformité.

3° Homme, 36 ans, bien portant, pas de difformité, a eu la jambe cassée vers 26 ans; marié, a 3 enfants tous vivants.

4° Le malade.

Antécédents personnels. — Variole à 20 ans, contractée en allant voir un camarade qui avait la maladie.

Diarrhées fréquentes étant jeune. A l'âge de 3 mois sont apparues les lésions actuelles. De l'affirmation de sa mère et de ses voisins, B... n'avait rien à la naissance. Il a revu sa mère il y a 4 mois, qui lui a affirmé formellement qu'en venant au monde, il était comme ses frères et sœurs.

La maladie a toujours eu la même physionomie depuis que le malade existe, mais il est venu depuis, vers l'âge de 10 ans, des lésions des coudes et des genoux.

Depuis qu'il est à Paris, les lésions anciennes sont restées telles quelles; à l'heure actuelle se développent encore des lésions, car il est apparu depuis 5 ans deux plaques de la dimension d'une pièce de 2 fr. sur l'avant-bras, une à la face antérieure sur la ligne médiane, une autre près du bord radial. Aujourd'hui encore, me dit le malade, il se développe une lésion pareille en un point où porte le bâton dont il se sert pour frotter, sur la partie latérale droite du bras, un peu au-dessous du pli axillaire. Il y a là une légère rougeur et un début de kératose.

ÉTAT ACTUEL, 23 janvier 1905. — Je vais décrire en détail les lésions de la main droite où existent tous les degrés. De la sorte, je n'aurai plus qu'à signaler la répartition de la kératose aux autres régions.

Main droite. — Les lésions sont limitées vers l'avant-bras d'une manière absolument nette: en arrière, à l'extrémité de l'apophyse cubitale au niveau même de laquelle il existe de la rougeur et, en avant, à 4 centim. 5 au-dessus du pli de flexion des éminences thénar et hypothenar. Aux lésions de cette face antérieure, existe un prolongement, une queue de 5 centimètres de long sur 1 de large. Les lésions de cette main présentent aujourd'hui l'aspect suivant :

Il y a une rougeur diffuse, sur toute l'étendue des lésions. On le remarque très bien, car le malade met des pansements humides permanents, qui font

tomber les croûtes et laissent des intervalles suffisants. La couleur est rosée comme au niveau d'une muqueuse.

La peau, au niveau de cette rougeur, est loin d'être lisse et régulière; elle est tomenteuse, velvétique jusqu'à former de véritables papillomes qui, sur le dos de la main particulièrement, sont arrondis, presque analogues à des crêtes de coq et abondamment serrés en groupes abondants. Ces papillomes sont variables en volume depuis une petite tête d'épingle jusqu'à un grain de millet. Certains sont grisâtres, à coiffe cornée et l'on saisit ainsi tous les intermédiaires entre l'érythème, le papillome érythémateux, le papillome corné et les bourgeons kératosiques.

Du côté de la paume des mains, très rarement au dos, au niveau des plis articulaires, existent de place en place des *fissures*, craquelures qui deviennent douloureuses au froid.

Les végétations kératosiques sont plus élevées et plus volumineuses à la paume, qu'au dos de la main, aux doigts et au bord cubital de la paume. A la paume de la main, en son centre, ces végétations un peu protégées par la saillie de celles des bords, sont de couleur jaunâtre comme de la cire; leur volume est variable. Ces végétations kératosiques quelquefois arrondies, sont la plupart du temps cubiques, formant des amas analogues comme régularité et amoncellement aux couches de basalte. Elles sont noircies, quoique le malade recouvre toujours ses mains de vaseline et par-dessus d'une compresse humide bouillie et de taffetas.

Les ongles sont très altérés: déformés, déviés, épaissis. Les *déformations* en sont très variées: incurvation en bec d'aigle, saillie en bourgeon d'arbre à implantation oblique sur l'axe du doigt, saillie conique analogue à une incisive. Leur axe est presque toujours *dévié* plus ou moins obliquement; il n'y en a cependant pas d'implantés à angle droit. L'*épaississement* est assez considérable, triplant, quadruplant les dimensions normales. La coloration est tantôt jaunâtre, tantôt gris noirâtre. Ils sont *durs* comme des morceaux de bois, semblables à des griffes d'animal et sonnent quand on les frappe avec un stylet. Tantôt leur surface est à peu près lisse, ou légèrement bosselée, tantôt, au contraire, elle est absolument vermoulue quoique dure. Ils sont très solides et non ébranlables. Le malade ne coupe jamais ses ongles bien entendu, car il faudrait au moins un sécateur pour y arriver. Ils *tombent tout seuls* de temps en temps. Leur solidité s'ébranle au voisinage de la matrice, ainsi qu'on peut le voir au petit doigt de la main droite, il se fait une sertissure et l'ongle tombe en entier. Quelquefois l'ongle se fend en deux dans le sens de la longueur et tombe ainsi en deux temps, chaque moitié droite ou gauche séparément. Quand l'ongle est tombé, il reste à sa place un tissu mou, rose, très sensible à la pression où persistent quelques fines squames, tout à fait identiques aux régions érythrodermiques. Aux pieds, il n'existe aucun ongle. Ils n'y poussent pas. On en voit un rudiment sur les petits orteils: léger épaississement comme une écaille d'ablette. Les autres orteils montrent une végétation kératosique intense et rien d'unguéal. Il n'y en a jamais eu davantage aux pieds. Aux mains, au contraire, le malade se souvient très bien qu'il avait des ongles normaux à son arrivée à Paris; ils se sont progressivement altérés ensuite.

A la main gauche, les lésions kératosiques ont un aspect identique, elles

sont peut-être encore plus accusées. Elles existent à la paume et au dos : à la *paume*, elles remontent à quatre centimètres au-dessus du pli thénar-dien, suivant une ligne à contours réguliers comme une syphilide et avec un élément erratique arrondi de la dimension de 1 franc. Il est à remarquer combien cette limite, cette zone d'extension est analogue à la tuberculeuse verruqueuse. Au *dos*, limite nette polycyclique, ne dépassant la main que vers le bord cubital. On y trouve au niveau de la tête du 2^e métatarsien une tache, une cicatrice rose où Dupré a fait une biopsie, à cheval sur la limite. Il n'y a, à ce niveau, aucune kératose, il ne s'en est pas produit, et cela nous montre combien la maladie s'est étendue depuis cette époque.

Au *pied droit*, les lésions : érythrodermie, état papillaire, existent en grande abondance avec maximum au talon, sur les orteils, et sur la face latérale des régions tibio-tarsiennes où existent deux sortes d'oreilles montantes, qui encadrent le bas de la jambe latéralement, le devant et le derrière étant indemnes. Les contours sont limités exactement, et possèdent aussi une zone d'envahissement s'éloignant de la périphérie vers la racine du membre et donnant l'impression d'une lésion toujours en activité.

Il existe d'autres placards de kératose moins grands, isolés, ayant beaucoup plus le caractère verruqueux : au membre inférieur gauche, existe un *petit placard* de la largeur d'une pièce de 50 centimes au-dessous de la *rotule*, à 6 centimètres au-dessous du bec de celle-ci, la jambe étant dans l'extension, et un plus grand de la largeur d'une pièce de 5 francs ; un vaste placard quadrillé comme un placard d'érythrasma (influence du siège cutané sur la forme de la kératose), à la face interne de la cuisse au-dessous du pli inguino-scrotal et qui se prolonge en arrière jusqu'à l'intérieur du pli interfessier et dans l'entonnoir anal. Au niveau de cet entonnoir anal, dans la région humide, il n'y a pas de kératose mais seulement rougeur et végétations arrondies, papillaires, sans corne.

Membre inférieur droit, symétrie absolue, petit placard de la largeur d'une pièce de 50 centimes, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia ; un autre de la largeur d'une pièce de 5 francs au-devant du bec de la *rotule*, un troisième à la face interne de la partie supérieure de la cuisse.

Enfin, on trouve un *petit placard* kératosique recouvrant les trois quarts inférieur de la saillie ombilicale et un petit élément comme un grain de millet au niveau du *rebord costal droit*, à 10 ou 12 centimètres de la ligne médiane.

Une *odeur butyrique* insupportable se dégage de toutes ces surfaces et du sujet en totalité.

Ainsi sont étudiées la kératose et sa répartition d'une part, les lésions des ongles d'autre part.

PEAU INTERMÉDIAIRE AUX RÉGIONS KÉRATOSIQUES. — Il y existe de la *sécheresse*, bien que le malade soit capable de transpiration.

On trouve une *apparence sale de la peau*, on dirait que le malade ne se lave pas, et pourtant il prend des bains toutes les semaines.

Enfin, il y a des régions pigmentées avec surfaces décolorées donnant l'apparence de la syphilide pigmentaire, dans les régions suivantes : face antéro-interne des cuisses et des fesses, flancs, face postérieure du cou.

Ces taches blanches n'ont pas l'apparence cicatricielle, et il n'est pas vraisemblable qu'elles résultent de la variole antérieure du sujet.

Poils. — Ils sont très peu abondants, presque comptables aux parties génitales. Ils sont fins, blonds, fragiles, car il suffit de tirer sur une pincée pour en amener immédiatement six ou sept à la traction.

Les seins en possèdent quelques-uns noirs et un peu plus solides autour du mamelon.

Aux aisselles ils sont assez nombreux, fins, doux, duveteux, blond pâle, et viennent en masse à la traction.

La barbe est assez abondante, plus dure, blonde par places, châtain en d'autres; elle vient facilement à la traction et pousse assez vite, car le malade est obligé de se raser deux fois par semaine sous peine de folliculite.

Les moustaches sont très clairsemées, à poils presque comptables fins, duveteux, roux de 3 à 5 centimètres de long.

Les sourcils sont noirs, clairsemés, ont des poils plus solides, plus durs, plus gros, en un mot réellement adultes, alopécie incomplète de la queue, rongeur de la peau au même niveau comme dans la kératose pileaire.

Pas de cils aux paupières inférieures qui sont rouges comme dans la blépharite, quelques-uns aux paupières supérieures. Les paupières sont toujours collées le matin.

Le cuir chevelu est absolument glabre. On trouve quelques vagues poils allongés, tirebouchonnés comme des cheveux favigues mais très fins, et dépourvus de toute solidité. Quelques touffes existent dans la région de la nuque. On n'y voit pas d'orifices nets de follicules pileux, mais il existe sur toute la surface du cuir chevelu, une multitude de points gris noirâtre, luisants à la surface, qui donnent l'impression de poils emprisonnés sous une couche épidermique.

Il y a des Couétons noirs dont quelques-uns très gros, abondants sur le cuir chevelu; il en existe un ou deux dans le dos, mais pas au visage.

Kystes faisant corps avec l'épiderme, mobiles avec lui, sans adhérence profonde, sans modification de coloration de la peau à leur niveau, sinon quelquefois amincissement par distension jusqu'à former un épiderme très mince, véritable pellicule translucide sous laquelle on voit le liquide transparent du kyste. Ces kystes varient en volume depuis une lentille jusqu'à une petite noix.

Ils existent abondamment mais petits à la face antérieure du tronc, au thorax surtout à la face postérieure où ils sont plus nombreux, mais surtout au cuir chevelu où ils sont très volumineux et donnent au malade un aspect très curieux. Ce sont là évidemment des kystes sudoripares. Quand ils crèvent ils rougissent d'abord, deviennent sensibles, puis laissent couler, au dire du malade, un liquide séro-sanguinolent, très liquide et non gluant.

Le liquide extrait par ponction est opalescent, trouble et se prend en une masse blanche, grasse, peu de temps après son extraction.

Voici l'examen succinct qui en a été fait par M. Desmoulières :

Le produit au moment du prélèvement était trouble, jaunâtre et de consistance sirupeuse. Par refroidissement, il s'est pris en une masse blanche très légèrement jaunâtre, de consistance molle (le tube qui contient le produit peut être retourné sans en renverser le contenu).

Réaction légèrement acide, odeur nulle. Une partie du produit chauffée dans une capsule de platine s'est enflammée (flamme fuligineuse), et après calcination il ne restait que des traces à peine sensibles de cendres, donc : traces seulement de substances minérales.

Le produit est insoluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, soluble dans l'éther et dans un mélange à parties égales d'alcool à 90° et d'éther.

Un peu du produit mis sur une feuille de papier forme une tache analogue à celle produite par un corps gras.

Examen microscopique. — Matières grasses (en forte proportion), acides gras, leucocytes (assez nombreux, polynucléaires presque exclusivement), quelques cellules.

La présence de matières grasses a été confirmée par la coloration noire, produite en présence d'acide osmique à t p. 100.

C'est donc un produit constitué par des matières grasses, des acides gras et des leucocytes.

LES DENTS ne sont pas laides. Petites, trapues, les incisives et canines existent toutes, sans striations ni érosions, mais B. a perdu deux molaires au maxillaire supérieur droit, trois molaires au maxillaire supérieur gauche ; trois molaires au maxillaire inférieur droit, deux au maxillaire inférieur gauche.

MUQUEUSES : Les lèvres ont des fendillements perpendiculaires à la longueur des lèvres, au nombre de 7 à la supérieure, 3 à l'inférieure. Ces fendillements profonds, actuellement analogues à des plis, deviennent de véritables fissures saignantes en hiver et se recouvrent de croûtes. Sur les bords de ces fissures, existent quelques petites végétations papillaires, mais leur coloration est normale. Aux commissures et se continuant au niveau des commissures qui, au dire du malade, ne saignent jamais, jusque sur la muqueuse de la joue au niveau de la ligne interdentaire, état blanc laiteux de la muqueuse, véritable état leucoplasique.

Cette leucoplasie non végétante, occupe toute la face interne de la joue droite. Il y a bien quelques plis de la muqueuse, quelques végétations en certains points mais indépendantes de la répartition de la tache blanche, et n'ayant rien de commun avec le quadrillage de la leucoplasie spécifique.

La langue est un type de langue scrotale ; elle n'offre pas de leucoplasie, elle est un peu élargie, mais sans augmentation de volume très notable.

La voûte palatine est normale, sauf mamelonnement à la partie antérieure et sur la ligne médiane.

Le gland est normal ; il est recouvert d'un abondant smegma et montre une petite corne du volume d'un grain de millet à la commissure inférieure du méat.

Anus, état déjà vu.

DÉFORMATIONS SQUELETTIQUES. — Mains en griffe véritable, surtout la gauche.

A la main droite le pouce et l'index sont presque droits, la phalangette du pouce est même renversée vers l'extension. Le médius est en flexion modérée au niveau de l'articulation des première et deuxième phalanges, l'annulaire et le petit doigt en flexion beaucoup plus accentuée au même niveau.

A la main gauche la flexion porte également sur les trois derniers doigts mais plus accentuée qu'à droite.

Le pouce et l'index restent en extension, à gauche il y a une certaine faiblesse des extenseurs, car le poignet fait un dos et la main tombe comme dans la paralysie radiale sans qu'il y ait cependant paralysie. Le fonctionnement des mains n'est pas très brillant, il se sert de ses mains pour balayer, n'arrive pas à boutonner son paletot avec ses mains seules. Il emploie pour cela un petit bâton, duquel il se sert un peu comme d'un crochet à bottine. Il n'a presque aucune force avec les poignets, surtout à gauche. Il ne peut pas mettre ses chaussures avec ses mains, il est obligé d'en tenir la tige avec la mâchoire et les dents pour les enfiler.

Pas de déformation aux pieds.

Il a un certain degré de laxité ligamenteuse, car outre les exercices acrobatiques qu'il met en œuvre pour se chausser, il peut arriver à joindre ses deux coudes au-devant de la poitrine.

Viscères. — *Système nerveux.* — Sensibilité : hyperesthésie partout, surtout dans les régions malades. La moindre piqûre provoque de véritables sauts de carpe.

Les réflexes cutanés plantaires sont exagérés au point qu'on est sous l'impossibilité de se rendre compte de l'état des orteils, car le moindre atouchement provoque une réaction générale violente.

Le réflexe du crémaster est normal.

Les réflexes abdominaux sont très exagérés.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont très exagérés jusqu'à provoquer des contractions à distance.

Les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont normaux.

L'intelligence est vive. Il a bien appris le français et ne manque pas d'ingéniosité pour suppléer à l'inhabileté de ses mains. Il a même de l'esprit.

Les poumons sont normaux.

Au cœur la pointe bat dans le 4^e espace à 2 centimètres en dedans du mamelon ; il parait petit.

On entend un souffle systolique au niveau de l'extrémité interne du 3^e espace intercostal et aussi, mais un peu moins bien, au 2^e espace.

Le foie est petit, mesure 6 à 7 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Le bord inférieur est à 2 centimètres au-dessus du rebord costal.

Urines : claires, pas de sucre, ni de pigments biliaires, traces d'albumine.

ÉVOLUTION. — Lentement progressive. « Cela ne va pas vite, mais cela vient tout doucement, dit le malade. »

M. Gaucher a fait faire le grattage une fois en 1895 par M. Nélaton. Le malade a été endormi pendant deux heures et demie. Les mains, après ce grattage, étaient rouges et sans corne, mais trois semaines après, la repousse commençait et en deux mois l'état était redevenu semblable au premier.

Il est intéressant de souligner dans cette maladie congénitale, la multiplicité des malformations : l'agénésie pileaire, les kystes sudoripares, à contenu graisseux, la langue scrotale et la probabilité

d'un rétrécissement pulmonaire. La laxité ligamenteuse et musculaire, permettant des mouvements anormaux, rentre sans doute dans la même catégorie de faits.

Signalons également la sécheresse et la pigmentation de la peau intermédiaire aux végétations kératosiques, l'odeur butyrique de l'individu, malgré les bains fréquents qu'il prend, les comédons du cuir chevelu, la leucoplasie des lèvres et des joues, l'érythrodermie sous-jacente à la kératose, l'état d'excitabilité générale du système nerveux qui se traduit par une hyperesthésie cutanée très grande et une exagération très grande des réflexes tendineux.

Notons aussi que ce cas est isolé dans la famille, qu'il n'y a aucune hérédité directe et qu'on ne trouve chez les parents, par l'anamnèse du moins, aucune tare capable de l'expliquer, ni alcoolisme, ni syphilis.

M. Mory. — Je demanderai à M. Milian si le champ visuel du malade a été pris; le système dentaire paraît intact et les lésions cutanées, qui sont de toute évidence la manifestation d'une cause générale permanente, s'expliqueraient très bien par une anomalie fonctionnelle du système nerveux trophique.

Spirochæte pallida dans la syphilis héréditaire.

Par M. E. BODIN.

Dans l'histoire encore jeune du spirochæte pallida de Schaudinn, aucun fait ne saurait être indifférent, c'est ce qui m'engage à donner ici la relation de deux cas que je viens d'étudier au point de vue microbiologique, à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

Le premier est relatif à un fœtus expulsé au 6^e mois, par une jeune femme syphilitique. Ce fœtus était complètement macéré et le placenta présentait une hypertrophie très nette. Au point de vue histologique, il m'a été impossible d'étudier les organes viscéraux, tant la macération avait altéré les éléments cellulaires. Quant à l'examen microbiologique, il a été pratiqué sur des frottis de foie, de rate, de rein, de poumon, de placenta, faits avec ces organes au moment de l'autopsie et colorés pendant vingt heures dans le liquide de Giemsa.

Cet examen ne m'a permis de déceler aucun germe microbien quel qu'il soit.

Bien que la recherche du spirochæte pallida ait été négative en ce cas et que la macération des organes soit peut-être la cause de ce résultat, j'ai tenu à le signaler sans commentaires, car je n'en connais pas d'autre semblable dans la littérature médicale.

Plus intéressante est ma seconde observation; elle a trait à un enfant de

15 jours, issu de mère syphilitique et que l'on m'apporta avec des lésions non douteuses de syphilis héréditaire.

Sur les membres, particulièrement aux membres inférieurs, et sur les fesses, on notait une éruption à type érythémato-papuleux, confluyente en certains points.

Le petit malade présentait en outre des lésions érosives de deux ordres : les unes fissuraires au pourtour de l'anus et aux commissures labiales, les autres sous forme de petites plaques ovalaires ou arrondies, de 2 à 3 centimètres de diamètre, à surface exulcérée, rouge et laissant suinter un liquide hémorrhagique. Ces dernières se rencontraient à la partie postérieure des membres supérieurs et sur les fesses, elles provenaient, d'après les renseignements qui m'ont été donnés, de la rupture de bulles plus ou moins volumineuses.

L'une de ces bulles persistait sur le bord externe du pied gauche, constituant à ce niveau un élément allongé de 2^{cm} 1/2 à 3 centimètres dans son grand diamètre et rempli d'un liquide légèrement hémorrhagique.

Au niveau du bord interne du pied droit, on notait enfin une pustule plate remplie de pus blanchâtre, de 2-3 millimètres de diamètre et paraissant n'être qu'une lésion d'infection secondaire staphylococcique.

Toutes ces lésions s'accompagnaient d'un état général si grave que l'enfant, presque mourant au moment où on me l'amena, succomba le lendemain.

A l'autopsie, je n'ai relevé qu'une légère hypertrophie du foie, mais l'examen histologique, pratiqué sur des coupes, m'a montré que cet organe était atteint de l'hépatite interstitielle diffuse caractérisant le foie de la syphilis héréditaire et que les lésions y étaient plus avancées que ne pouvait le faire supposer l'aspect de l'organe. Par contre, le poumon, le rein, la rate n'offraient rien de particulier, sauf un léger degré d'augmentation des éléments conjonctifs de ce dernier viscère.

Voici maintenant ce que m'a donné l'étude microbiologique de ce cas typique de syphilis héréditaire. Pendant la vie, j'ai prélevé aseptiquement d'une part le liquide hémorrhagique de la bulle existant sur le pied gauche et, d'autre part, le pus de la petite pustule plate développée sur le pied droit.

Le contenu de la bulle renferme parmi de nombreuses hématies et quelques leucocytes, un bacille d'apparence banale et le spirochæte pallida en abondance assez grande. Ce même germe se retrouve dans le produit du raclage du fond de la bulle en nombre suffisamment élevé pour qu'il soit possible d'en compter souvent 2, 3, et même 4 individus dans un seul champ du microscope (obj. imm. 1/5 Zeiss, ocul. comp. 6).

Au contraire, l'examen du liquide de la pustule apparue sur le pied droit ne m'a donné que des cocci analogues aux staphylocoques, au milieu de globules de pus et de débris épidermiques, sans la moindre trace de spirochète.

Quant à l'étude des viscères, elle a porté sur des frottis opérés dans les conditions requises de pureté : avec la rate, le rein, le poumon, la recherche prolongée et minutieuse du spirochæte pallida, faite sur plusieurs séries de préparations, est restée complètement négative, tandis qu'avec les frottis de

foie, elle s'est montrée positive dans des conditions particulièrement intéressantes. Sur toutes ces préparations, le nombre des spirochètes est considérable, tel qu'il n'y a pour ainsi dire pas de champ du microscope où l'on ne puisse en rencontrer et que j'en ai plusieurs fois compté 5 et 6 dans un seul de ces champs.

Afin de ne rien omettre, j'ajouterai que dans tous les viscères, j'ai relevé la présence d'un coccus en courtes chaînettes de 4 à 6 éléments et qui ressemble au streptocoque, mais dont je n'ai pas établi définitivement la diagnose, n'ayant pas fait de cultures.

Aucun doute ne peut subsister sur la nature des spirochètes que j'ai vus dans les lésions que je viens d'indiquer, ils offrent bien les caractères assignés au spirochæte pallida par les divers savants qui se sont occupés de ce germe. Mesurant de 6 — 14 μ de long, ils ont de 4 à 12 tours de spire, réguliers et donnant l'apparence d'un véritable tire-bouchon; certains d'entre eux présentent une incurvation générale plus ou moins prononcée, tous m'ont paru effilés à leurs deux extrémités. J'en ai obtenu la coloration soit par la méthode de Marino, soit par celle de Giemsa, mais je dois dire que cette dernière m'a donné les meilleurs résultats, et je ne crois pas inutile d'indiquer qu'elle m'a permis de colorer très bien les spirochètes en quatre heures, en ayant soin d'employer une solution fraîchement préparée de 2 à 3 gouttes de la liqueur colorante de Giemsa par centimètre cube d'eau distillée.

En somme, l'observation que je viens de résumer montre que dans la syphilis héréditaire, le spirochæte pallida se rencontre en abondance dans les lésions spécifiques cutanées, comme les bulles et dans les lésions viscérales (hépatite interstitielle diffuse), mais qu'on ne le trouve pas dans les lésions éruptives d'ordre banal, comme les pustules d'infection secondaire staphylococcique, ni dans les viscères qui n'offrent pas d'altérations histologiques.

Les deux cas précédents s'ajoutent à ceux que nous ont fait connaître A. Buschke et W. Fischer (1), et Levaditi, Nobécourt et Darré (2), et cela porte à 5 le nombre des observations actuellement publiées, à ma connaissance du moins, dans lesquelles le spirochæte pallida a été recherché dans les viscères de syphilitiques héréditaires.

Le spirochète existait dans le foie et dans la rate, chez le premier malade de Levaditi et chez celui de Buschke et Fischer, qui précisent nettement que ces deux organes présentaient des altérations profondes. Seul le foie était atteint dans ma deuxième observation, et c'est dans ce viscère seul que j'ai trouvé le spirochète. Enfin, chez

(1) A. BUSCHKE et W. FISCHER. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 18 et 25 mai 1905.

(2) LEVADITI. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 20 mai et 18 juin 1905.

un deuxième malade, Levaditi n'a relevé aucune lésion viscérale et n'a pu déceler de spirochètes dans aucun organe; à cette observation, on peut rattacher celle du fœtus dont j'ai parlé précédemment.

De tels faits, si rares qu'ils soient encore, sont évidemment très suggestifs; je ne pense pas, toutefois, que l'on soit autorisé dès aujourd'hui à en tirer une conclusion définitive relativement à la spécificité du spirochæte pallida de Schaudinn; il convient d'en recueillir un plus grand nombre avant de pouvoir résoudre ce problème.

M. QUEYMAT. — On peut colorer aisément en deux heures en se servant d'une dilution de bleu de Giemsa au dixième. Je crois à la valeur plus grande de ce colorant.

M. MILIAN. — Reitmann, dans le n° 25 de la *Deutsche medicinische Wochenschrift*, p. 997, indique un procédé simple de coloration : fixation à l'alcool absolu, mordantage à l'acide phosphotungstique à 2 p. 100 et coloration par la fuchsine phéniquée de Ziehl, à chaud, comme pour le bacille de Koch.

M. SABOURAUD. — La présence de plusieurs variétés de spirochètes dans les exsudats de surface rend la distinction difficile.

M. BODIN. — Il y a des variétés si douteuses qu'il est, dans un certain nombre de cas, impossible d'en sortir.

M. ALEX. RENAULT. — Le spirochæte de Schaudinn est difficile à découvrir et surtout difficile à différencier de formes spirillaires voisines que l'on rencontre également dans les lésions spécifiques. En outre, son inconstance est inexplicable.

Il y a donc lieu de poursuivre avec persévérance les recherches entreprises. Mais j'estime qu'il serait prématuré de porter dès à présent un jugement définitif sur la valeur sémiologique réelle de l'organisme découvert par Schaudinn et Hoffmann.

Tumeurs cutanées multiples de nature sarcomateuse chez une fillette de six mois.

Par MM. AVIRAGNET et COYON.

Lucienne D... est amenée à la consultation de nourrissons de l'hôpital Saint-Louis, le 20 juin 1905, pour de petites tumeurs apparues depuis trois mois et demi sur divers points du corps. Née en décembre 1904, nourrie au sein, l'enfant n'a jamais été malade; bien développée, elle pèse aujourd'hui 7 kilog. 630. Voici ce que la mère nous apprend. A la naissance, l'enfant présentait dans la partie droite de la nuque, une petite tumeur sessile de la grosseur d'un pois, recouverte de peau normale non douloureuse spontanément ou à la pression. Vers l'âge de deux mois et

demi, la mère voulant faire enlever cette tumeur, une incision fut pratiquée, qui donna issue à du sang. C'est de cette période, simple coïncidence à notre avis, que date l'apparition et la dissémination des tumeurs.

Actuellement, il existe sur toute la surface cutanée : bras, jambes, poitrine, abdomen et surtout dans le dos, une quarantaine de petits nodules demi-durs, lisses, blanchâtres, vernissés, quelques-uns légèrement colorés en brun, enchâssés dans le derme, à bords nets, s'atténuant lorsqu'on tend la peau, de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noisette, non douloureux. A signaler ensuite la présence de taches érythémateuses, véritables taches urticariennes, survenant soit spontanément, soit à la pression, présentant au centre une papule blanchâtre et disparaissant au bout de quelques heures ; il semblerait, au dire de la mère, que ce soit au niveau de ces papules que se développeraient ultérieurement les tumeurs.

Rien de particulier à noter dans les antécédents personnels ; la fillette est la troisième enfant, les deux aînés sont en bonne santé. Du côté héréditaire, nous devons signaler qu'au cours de sa grossesse, la mère faillit accoucher prématurément vers le septième mois, à la suite d'une émotion violente causée par une attaque nocturne au cours de laquelle son mari fut blessé. Il y a quatre mois la mère a eu une pleurésie à frigore du côté droit ; il existe au sommet de ce côté des signes d'infiltration bacillaire. Quel diagnostic porter ? Cliniquement trois hypothèses ont été émises : urticaire pigmentée à forme nodulaire, xanthome, neurofibromatose, qui furent rejetées. Seul, l'examen histologique nous a révélé la nature de l'affection.

La lésion siège dans le derme, elle est constituée par une infiltration de cellules embryonnaires jeunes à gros noyaux, remplissant la presque totalité du protoplasma, cellules que l'on retrouve dans les sarcomes ; par places on voit de grandes cellules multinucléées : myéloplaxes. Il existe, en outre, des vaisseaux de nouvelle formation et peu de tissu conjonctif adulte. Nous n'avons constaté en aucun point la présence d'éléments étrangers pouvant faire penser à des éléments parasitaires. L'examen du sang n'a rien révélé.

Nous sommes donc en présence de tumeurs sarcomateuses cutanées ; actuellement, au point de vue clinique, d'allure bénigne, l'état général n'étant nullement touché, malgré l'apparition incessante de nouvelles tumeurs émergeant sans cause apparente en un point quelconque du revêtement cutané. Au point de vue histologique, nous avons affaire à des tumeurs de nature conjonctive, qui doivent être classées dans le groupe des angiosarcomes ou tumeurs angioplastiques, à marche lente, car nous n'avons rencontré aucune figure de division.

Le pronostic doit être très réservé, car à un moment donné l'évolution peut revêtir une allure maligne avec généralisation et prise de l'état général. Reste la question importante du traitement, et nous demandons quelle doit être la conduite à tenir. Excision par le bistouri ou destruction par le galvano-cautère ?

M. DARIER. — A l'examen des préparations histologiques, je m'étais en effet rangé au diagnostic d'angiosarcome, mais l'examen clinique du petit malade fait naître en moi quelques doutes. Le teint jaunâtre, la saillie nette limitée et la mollesse des nodules rappellent le xanthome qui d'ailleurs existe chez les enfants sous forme éruptive.

M. GAUCHER. — Nous nous sommes arrêtés au diagnostic d'angiosarcome, parce que seul il peut s'accorder à la fois avec l'examen histologique et avec l'aspect clinique. Il n'y a d'ailleurs dans les coupes aucune cellule xanthomateuse.

M. DARIER. — Cela ne satisfait pas complètement, il sera nécessaire d'exciser une tumeur du bas du dos et de la fixer par le liquide de Flemming.

Seconde présentation d'un malade atteint de spina ventosa syphilitique.

Par M. GAUCHER.

Ce malade a déjà été présenté à la séance du 4 mai 1905 et moulé. On demanda à ce moment le résultat de l'inoculation au cobaye. Le cobaye qui était déjà inoculé n'a pas réagi, et le malade a complètement guéri sous l'influence du traitement spécifique. Il s'agit donc bien d'un spina ventosa syphilitique.

Tuberculides papulo-nécrotiques.

Par MM. J. DARIER et R. WALTER.

Les tuberculides papulo-nécrotiques sont bien décrites actuellement dans plusieurs ouvrages didactiques et sont connues d'une forte proportion des médecins instruits. Cependant il arrive couramment que, lorsque cette affection se présente avec tel ou tel caractère qui n'appartient pas au schéma classique, elle soit méconnue et devienne l'occasion d'erreurs de diagnostic.

Il paraît donc utile d'en publier les cas plus ou moins atypiques que l'on rencontre, pour que, de l'ensemble des observations particulières, se dégage une notion plus précise de ce qui est essentiel et de ce qui n'est que contingent dans le tableau nosographique qui s'y rapporte.

Nous vous présentons un jeune garçon de 7 ans dont le thorax est couvert d'éléments papulo-croûteux ressemblant à première vue à de l'acné, à des folliculites pyococciques, ou même à des syphilides papulo-crustacées.

Voici l'observation clinique recueillie par l'un de nous (Dr Walter)

OBSERVATION. — Appelé auprès de cet enfant, il y a quelques mois, pour un embarras gastrique banal, je constatai que le thorax était absolument

criblé de petites cicatrices, rondes pour la plupart, de la grosseur d'une petite lentille, ayant les apparences de petites vergetures. La mère que je questionne à ce sujet me dit que depuis quatre ans, chaque année, à peu près à la même époque, l'enfant présente une éruption qui, après avoir duré trois, quatre ou cinq mois, laisse ces cicatrices. Je prie alors la mère de me prévenir lors de la prochaine éruption, qui ne manque pas de se produire quelque temps après. Il y a environ deux mois je suis appelé pour l'éruption actuelle. Disons tout d'abord deux mots des trois éruptions antécédentes, d'après les renseignements fournis par la mère. En général, toutes trois ont eu les mêmes caractères et la même durée.

La première éruption, remontant à trois ans, est restée exclusivement localisée à la face d'extension des membres supérieurs. Ceux-ci n'ayant pas été atteints depuis, c'est par les cicatrices qui subsistent que nous pouvons juger de l'intensité de cette poussée.

La deuxième éruption se produisit l'année suivante, à peu près à la même époque, c'est-à-dire au commencement de l'été. Elle est composée d'éléments rares et disséminés sur le tronc. Ils sont plus volumineux que ceux de l'année précédente et ressemblent, au dire d'un médecin, à des pustules vaccinales.

La troisième éruption apparut l'année dernière. Elle fut extrêmement abondante et demeura tout à fait limitée, pendant un certain temps, au tronc : dos, poitrine, abdomen. L'enfant est conduit à la consultation de Saint-Louis où cette « distribution flanelle » frappe le médecin qui l'examine. Cependant aucun diagnostic n'est porté, aucun traitement proposé. Une quinzaine de jours après, la figure fut envahie et il se fit sur le thorax une poussée plus forte. A l'hôpital Trousseau où l'enfant est alors conduit, on remarque que l'éruption a pris une configuration circinée qui fait porter le diagnostic de syphilis. Le traitement par piqûres est proposé à la mère qui le refuse. Trois semaines après, l'éruption avait presque disparu.

Voici enfin la quatrième éruption dont le début remonte à deux mois. Aujourd'hui la plupart des éléments sont à leur déclin ; nous en voyons cependant quelques-uns aux différents stades de leur évolution. Au point de vue topographique l'éruption est très confluyente dans le dos, sur la ligne médiane, les éléments devenant plus clairsemés quand on s'en écarte. C'est là du reste que sont apparus les premiers éléments. On en trouve d'autres, isolés ou groupés, sur le front, les joues, le menton, l'abdomen, la face dorsale des mains, la face palmaire de l'avant-bras et de la main (?) gauches. Quant aux quelques éléments groupés sur la nuque, ils ne m'ont semblé être que des pustules de folliculites inoculées par le grattage.

La marche des éléments, qui a été suivie aussi régulièrement que possible, m'a permis de constater que l'élément initial est constitué par une nodosité des dimensions d'une tête d'épingle, située assez profondément dans les couches profondes du derme, produisant une légère élévation qui, du moins tout à fait au début, est incolore et appréciable surtout au toucher. Bientôt elle devient rouge, d'un rouge foncé, un peu violacé. Huit ou dix jours après, se produit au centre un petit soulèvement épidermique suivi d'une vésico-pustule qui, en quelques jours, se transforme en pustule très nette. Cette pustule est entourée d'une zone érythémateuse peu étendue et, plus

excentriquement, d'une auréole pigmentée. Au bout d'un laps de temps qui varie de quatre à dix jours, la pustule se rompt ou commence à se dessécher. Dans le premier cas, son évidement laisse voir une cavité étroite, mais profonde, « putéiforme »; dans le deuxième cas, il se forme une croûte déprimée en cupule, peu épaisse, mais adhérente. A cette époque apparaît alors autour de l'élément une collerette épidermique, très nette sur la majorité des éléments et mise parfaitement en évidence sur la photographie. La chute de la croûte met à nu une petite érosion violacée, déprimée en cupule, entourée de son auréole pigmentée qui persiste quelque temps, se rétrécit petit à petit et se limite enfin à l'érosion pour laisser la place à la cicatrice. Tels sont les aspects successifs qu'ont pris les éléments qu'il m'a été donné de suivre. Telles ont été leur marche et leur durée que je crois être de quatre à six semaines.

L'état général se maintient excellent.

Quant aux symptômes subjectifs, ils sont pour ainsi dire absents: tout au plus le petit malade éprouve-t-il un léger prurit.

Entre temps l'enfant se porte tout à fait bien. Il ne tousse pas. On ne trouve rien à l'auscultation. Il n'est pas sujet aux engelures. La palpation du cou révèle deux chaînes de petits ganglions indolores, roulant sous le doigt. A aucun moment ils n'ont eu un volume suffisant pour devenir apparents à la vue. Notons aussi quelques petits ganglions inguinaux.

Dans les antécédents héréditaires on ne relève rien de particulier. Cependant le premier mari de la mère (qui n'est pas le père de l'enfant) est mort tuberculeux, et depuis ce moment la mère est atteinte d'une laryngite et s'enrhume facilement. Mais son état général demeure parfait et l'auscultation ne révèle aucune lésion.

Comme antécédents morbides l'enfant a eu une broncho-pneumonie à 3 ans, la rougeole à 5 ans, suivie, quelques mois après, de la varicelle.

Le 19 juin 1905, à la consultation dermatologique de la Pitié où le petit malade est conduit, le diagnostic de tuberculides papulo-nécrotiques ne semble pas douteux de par les caractères objectifs directs.

On ne saurait songer à de l'acné, en raison de l'âge du sujet, de l'absence de comédons et d'état séborrhéique de la peau; ni à des folliculites pyococciques, car il n'y a ni impétigo de Bockhardt, ni furoncles, et l'ulcération putéiforme profonde s'accompagne de très peu de réaction inflammatoire; des syphilides papulo-crustacées ne comporteraient pas une ulcération térébrante de ce genre, n'apparaîtraient pas sous forme de nodosité profonde, ne laisseraient pas de cicatrices semblables à celles qu'on rencontre là; l'adénopathie que nous avons signalée ne saurait avoir de valeur probante.

Malgré la quasi-certitude du diagnostic, nous avons tenu à le vérifier par la biopsie. L'étude histologique d'un élément jeune de l'épaule, au stade initial de l'apparition de la vésicule a donné le résultat suivant :

Examen histologique. — La vésicule contient des leucocytes en abondance son plafond est formé par la couche cornée; son plancher, en partie par

l'épiderme malpighien. Mais ce en quoi elle diffère d'une vésicule d'impétigo par exemple, c'est que sur une portion de ce plancher l'épiderme fait défaut et qu'en ce point ce sont les éléments d'un infiltrat dermique qui viennent au contact du contenu de la vésicule. La portion supérieure du derme, en effet, le corps papillaire, est le siège d'une infiltration dense de cellules diverses qui constituent un tissu tuberculoïde : on y rencontre surtout des cellules épithélioïdes, des cellules conjonctives fusiformes à noyau pâle, des lymphocytes et quelques rares cellules géantes. Au point où ce tissu affleure à la vésicule il est manifestement en état de nécrose.

Plus bas dans le derme un infiltrat de même constitution forme des traînées périvasculaires et se diffuse dans le derme.

Au total, l'essence de la lésion consiste en l'apparition dans le derme d'un tissu tuberculoïde qui partiellement se nécrose et devient l'origine d'une vésico-pustule.

En résumé, notre cas sort de l'ordinaire, au point de vue clinique, par la topographie des éléments qui actuellement occupent surtout le tronc ; par les cicatrices pâles et analogues à des vergetures ; par les poussées éruptives récidivantes, un peu plus nettement périodiques qu'il n'est habituel. Mais les caractères des éléments éruptifs et leur évolution sont typiques et permettent de faire le diagnostic.

Au point de vue histologique, ce cas est intéressant en ce que la structure de l'élément que nous avons examiné rappelle à la fois celle du lichen scrofulosorum et celle de l'acné cachecticorum, témoignant, une fois de plus, de l'étroite parenté qui unit entre eux les divers types de tuberculides.

Tuberculo-cancer de l'amygdale, du voile du palais, de la langue et des ganglions cervicaux.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Les cas sont rares d'association *tuberculo-cancéreuse* où la tuberculose semble avoir précédé et peut-être provoqué l'atypie cellulaire qu'est l'épithélioma. Leur diagnostic clinique est entouré des plus grandes difficultés et serait sans doute insoluble sans la bactériologie et l'anatomie pathologique, errant entre la *sypilis*, la *tuberculose*, le *cancer* et les *mycoses*.

Ce malade, âgé de 55 ans, au facies vif et intelligent, est amaigri et jaune ; les pommettes, saillantes, sont sillonnées de capillaires dilatées, les temporales sont sinueuses, il parle mal, avale difficilement, mais l'état général est encore peu atteint, il ne souffre pas. C'est grâce aux précieux renseignements du Dr Dumont-Perret qui nous a envoyé ce malade, que l'observation clinique a été suivie dès le début.

En 1894, à propos d'un *anthrax* de la cuisse, on s'aperçut qu'il était glycosurique. Depuis, cette *glycosurie* n'a pas été continne, elle manque

aujourd'hui. De **longues années auparavant** (22 à 23 ans) il avait commencé de tousser l'hiver, mais ces rhumes trainants avaient toujours été peu graves et sans accidents aigus; aujourd'hui il ne tousse ni ne crache, cependant le sommet gauche est submat, l'inspiration y est rude et saccadée, l'expiration prolongée, preuve d'une *lente et très bénigne tuberculose pulmonaire*.

Les multiples lésions de la maladie actuelle ont commencé d'apparaître vers le mois d'octobre 1904: 1° angines répétées et adénites cervicales supprimées, compliquées d'anthrax en octobre 1904; 2° nodosités linguales et, 3° tuméfaction du voile du palais au début d'avril 1905; 4° ulcération amygdalienne découverte à la fin d'avril 1905, mais peut-être antérieure.

1° *Angines bénignes répétées, adénites supprimées cervicales, anthrax. (Première période d'évolution tuberculeuse)*. — En octobre 1904, il eut une série d'angines à prédominance unilatérale bénignes et passagères restant érythémateuses sans troubles généraux, qui se sont répétées cet hiver. Vers le milieu d'octobre les tuméfactions ganglionnaires ont été remarquées; plusieurs au côté droit se sont mises à suppurer, s'accompagnant en même temps d'anthrax. Le placard anthracoidé était caractéristique, pustules agminées, puis ulcérations et bourbillons, entourant les tuméfactions ganglionnaires; il essaima quelques pustules tout autour de lui et jusqu'à la ligne médiane qu'il ne dépassa pas. L'état général fut peu touché, le malade ne garda pas le lit et la glycosurie n'augmenta pas. Il en est resté quelques cicatrices et la fistule ganglionnaire tuberculeuse à bords papillomateux de la région sus-claviculaire droite.

Il est probable que la *tuberculose amygdalienne* (1^{re} étape) a commencé (1) restant latente, *ne se traduisant que par cette suite d'angines* unilatérales bénignes « insignifiantes », phases aiguës d'infection secondaire plutôt que recrudescences du foyer tuberculeux chronique. *L'infection lymphatique* a continué (2^e étape), les ganglions cervicaux se sont pris à droite et à gauche, plusieurs d'entre eux à droite ont suppuré. — Infection secondaire et bacillose, ou bacillose seule? Il est difficile de le dire. Cette deuxième étape a été si prédominante qu'elle a caché et fait méconnaître la 1^{re} étape (amygdalienne). Tout autour l'infection banale staphylococcique a fait l'anthrax et les folliculites disséminées. A la suite de cette phase aiguë sont restées les *fistules bacillaires* qui ontensemencé les lésions tuberculeuses de la peau qui l'entoure.

Deux des fistules se sont cicatrisées, dépressions linéaires et profondes sur le bord postérieur du muscle sterno-cléido-mastoldien droit. Deux continuent de suppurer. Ces quatre dépressions longent la partie postérieure et inférieure du muscle, comprises dans un placard de peau rouge et violacée, inégale et verruqueuse. La principale est en arrière et en haut, en déprimant la peau elle l'a tirée en plis rayonnés que recouvrent quelques saillies papillaires. Ces saillies deviennent si nombreuses au fond de la dépression centrale, qu'elles semblent la combler et qu'elles cachent l'orifice fistuleux, d'où la pression fait sourdre une sérosité mêlée de grumeaux purulents riches de bacilles de Koch.

(1) Infection de l'amygdale sur un terrain déjà touché par la tuberculose pulmonaire « fermée ».

La deuxième fistule est à 5 millimètres en avant et à 12 millimètres au-dessous de la première. Toutes deux adhèrent aux plans sous-jacents, elles reposent sur l'induration globuleuse ganglionnaire, de 5 centimètres environ de diamètre, cachée sous le sterno-cléide-mastoidien qu'elle déborde un peu en arrière. Cette masse indolore, irrégulière, dure, mobile sur les plans profonds, mais adhérente au muscle, dont la contraction l'immobilise et la recouvre, descend jusqu'à 1 ou 2 centimètres au-dessus de la clavicule, séparée d'elle par un petit ganglion mobile et dur.

Tout autour persistent encore les macules rouges, quelques-unes cicatricielles, de l'anthrax et des folliculites suppurées d'infection banale.

Ces lésions parurent assez caractéristiques pour que M. Sabouraud, se souvenant d'une même réaction cutanée autour d'une fistule costale, affirmât la nature tuberculeuse de la lésion avant l'examen bactériologique.

II. — *Noyaux cancéreux multiples greffés sur les lésions anciennes tuberculeuses pour une partie au moins. (Deuxième période : évolution cancéreuse lésions mixtes.)*

2° *Noyaux linguaux.* — Le malade croit que les noyaux linguaux dont il s'aperçut à la maladresse de sa langue, débutèrent en même temps que la tuméfaction du voile du palais, vers le commencement d'avril, et qu'ils précédèrent l'ulcération amygdalienne. Cependant il accuse dès ce moment et même un peu avant, de la voix nasonnée et des erreurs de déglutition qui font soupçonner la *simultanéité sinon l'antériorité de la néoplasie amygdalienne.*

La moitié gauche de la langue est infiltrée à sa partie postérieure et dans sa profondeur (la muqueuse est saine) de trois nodosités fusionnées irrégulières dures et indolores ou à peine sensibles. La nodosité antérieure déforme à peine la face inférieure et le bord latéral gauche ; la 2° nodosité au-dessus et en avant de la 1^{re} est plus saillante car, plus superficielle, la 2° grosse molaire y a creusé une profonde empreinte, la muqueuse est parsemée de trois ou quatre petits points blancs de 2 à 3 millimètres de diamètre ressemblant aux tubercules de Trélat. La 3^e, ou nodosité postérieure, se prolonge en arrière aussi loin que le doigt peut pénétrer.

3° *Tuméfaction de la moitié gauche du voile du palais.* — Le voile du palais dans sa moitié gauche, donc du même côté que les nodosités linguales, est tuméfié et tombant. La muqueuse est normale, sauf un peu de rougeur à sa partie postérieure sur le bord de l'induration amygdalienne. La luette semble détruite ou plutôt son moignon est rejeté à droite. Quelques points blancs semblables aux points linguaux parsèment le tronçon de luette et la partie postérieure de la tuméfaction palatine. Cette tuméfaction est fluctuante et cependant 6 ponctions répétées à plusieurs jours d'intervalle, même avec une grosse aiguille de 2 millimètres de diamètre laissant passer les pus les plus visqueux, restent infructueuses. En deux des points ponctionnés naissent des points blancs sur la muqueuse.

4° *Ulcération amygdalienne gauche.* — Une large ulcération a creusé et détruit l'amygdale remontant jusqu'à la fossette sus-amygdalienne, se prolongeant en bas dans les nodosités linguales, érôdant les deux piliers. Elle est profonde, irrégulière et peu de tissu sain doit subsister. Sa surface est

recouverte d'un enduit blanchâtre, sorte de fausse membrane très adhérente qui, enlevée à la curette, laisse apercevoir au-dessous, des mamelons rougeâtres, saignants, durs et çà et là quelques points jaunes suppurants et ramollis.

Les ganglions sous-maxillaires et carotidiens supérieurs gauches sont gros, durs, mobiles et indolores.

L'indolence est absolue : La déglutition est gênée ; le malade ouvrant difficilement la bouche, sa langue et son voile étant maladroits, rejette les liquides par le nez. La voix est nasonnée. Pas de troubles laryngés. Il souffre de névralgies du trijumeau gauche, rétro-auriculaire temporale, sus et sous-orbitaire continues et lancinantes avec recrudescence vespérale assez régulière. Ces douleurs étaient plus fortes au début, elles ont presque disparu.

Tout le reste de la cavité bucco-pharyngienne paraît sain, la muqueuse est de couleur normale sans la pâleur diffuse des tuberculoses buccales.

Le diagnostic reste indécis.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — I. *Raclages amygdaliens* : a. *Frottis sur lame* : milieu de nombreux débris cellulaires polynucléaires et mononucléaires sans cellules néoplasiques nettes, paquets de staphylococques, de rares diplococques et colibacilles. Un examen prolongé de 10 lames permet de découvrir 5 bacilles de Koch un peu incurvés et à extrémité renflée.

β) *Culture* : Staphylocoques gris et colibacilles.

γ) *Inoculation* : Deux cobayes sont inoculés sous la peau de l'aine avec la bouillie de curetage amygdalien exposée pendant vingt-quatre heures aux vapeurs formolées en boîte de Petri (le dimanche 21 mai). *Ulcerations tuberculeuses* (vers le 4 juin). Adénite. Puis propagation péritonéale.

II. — *Gouttes saignantes* provenant de la ponction infructueuse de la tuméfaction palatine : rien sur lame ; cultures : staphylococques et diplococques.

EXAMEN ANATOMIQUE. — *Quatre fragments* sont prélevés, l'un, lambeau de l'ulcération amygdalienne, est enlevé à la curette, l'autre, tronçon de luette semé de points blancs est sectionné aux ciseaux, les deux derniers sont pris à la pince emporte-pièce sur le bord rouge et bourgeonnant du pilier postérieur.

Deux processus évoluent côte à côte, l'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques, l'autre processus inflammatoire chronique. Entre les boyaux épithéliaux sinueux et anastomosés se presse une infiltration leucocytaire à prédominance mononucléaire que nous n'oserions affirmer tuberculeuse, car une inflammation banale donne le même aspect.

Cependant un point au-dessous de la muqueuse les mononucléaires s'ordonnent en un nodule à centre clair nécrosé semé de rares noyaux pâles à protoplasma flou ressemblant à un tubercule naissant, et en d'autres endroits, au milieu des papilles cancéreuses, en des nodules lymphoïdes. Rien qu'avec le lambeau pseudo-membraneux de l'ulcération amygdalienne le diagnostic d'épithélioma eût été possible : sur le bord de la nappe fibreuse infiltrée d'une multitude de leucocytes, se dessinaient en deux ou trois points des globes épidermiques entourés de quelques grosses cellules cancéreuses irrégulières à protoplasma granuleux foncé, à noyau énorme et multinucléolé.

Les points blancs de la luelle sont des épaisissements de la muqueuse et des enfoncements épithéliomateux, non des nodules tuberculeux.

En résumé, l'inoculation au cobaye et l'examen sur lame prouvaient la tuberculose, l'anatomie pathologique démontrait le cancer, ces deux méthodes se complétaient. Avec la bactériologie on ne pouvait affirmer que la tuberculose, avec l'histologie que le cancer, en suspectant pourtant l'infiltration leucocytaire et les nodules sous-muqueux.

On peut supposer que la tuberculose amygdalienne était profonde non ulcéreuse, quand se greffa le processus épithéliomateux, que le cancer a débuté par l'amygdale et de là a gagné par infiltration profonde la langue et peut-être le voile, puis que tuberculose et cancer ont ulcéré l'amygdale, ce que seule la tuberculose n'aurait pas fait si rapidement, que les boyaux épithéliaux cancéreux ont débordé les anciennes lésions tuberculeuses et envahi les ganglions sous-maxillaires et carotidiens. Cette adénopathie gauche (de la 2^e période) est purement néoplasique. En résumé, lésions tuberculeuses pures des ganglions sus-claviculaires droits et de la peau péri-fistuleuse, lésions mixtes tuberculo-cancéreuses de l'amygdale, lésions épithéliomateuses pures probables de la langue et des ganglions gauches. La tuméfaction pseudo-fluctuante du voile du palais restant d'explication difficile (peut-être cancéreuse et tuberculeuse).

Le mélange de ces deux processus ici mêlés, là distincts, expliquait l'évolution en deux phases, et les lésions si différentes, la marche peu rapide, la suppuration des ganglions droits (cette localisation secondaire masquant la lésion amygdalienne porte d'entrée du bacille), la persistance des fistules séro-purulentes et l'invasion bacillaire de la peau tout autour, puis la marche rapide, cette ulcération creusante de l'amygdale indurée, mamelonnée, ces noyaux multiples durs de la langue, cette adénopathie gauche, mobile, indolore et dure. — Lésions trop complexes qu'un diagnostic uniciste ne pouvait réunir.

Il n'est pas inutile d'insister sur la nature épithéliomateuse des points blancs disséminés sur une muqueuse saine (1), et tout à fait semblables cliniquement aux tubercules de Trélat et confondus avec eux. Cette question des « points blancs » de la muqueuse buccale, revêtant le type de la lésion élémentaire : tubercule, semble d'ailleurs à reprendre sur une base nouvelle anatomo-pathologique, nous en avons encore eu la preuve dans un cas de lupus érythémateux de la face s'accompagnant d'un groupe de quatre à cinq « tubercules cliniques » sur la gencive supérieure, que l'histologie montrèrent être des épaisissements kératosiques de la muqueuse avec infiltration diffuse non nodulaire de la sous-muqueuse. Ces « points blancs » groupés autour d'une ulcération douteuse ne peuvent donc en rien en faire une lésion tuberculeuse.

Évolution : L'évolution se poursuit rapide ; au début du séjour hospitalier une heureuse rémission avait fait croire à une amélioration bientôt démentie. Les nodosités linguales, l'ulcération amygdalienne s'accroissent peu, mais l'infiltration sous-amygdalienne et ganglionnaire a fait d'énormes progrès rendant plus difficile l'ouverture de la bouche, la déglutition et la parole, ramenant les névralgies et l'otalgie. La cachexie cancéreuse avec teinte jaune et amaigrissement s'installe peu à peu. L'état général est pourtant

encore satisfaisant et le malade souffre peu, mais nous doutons que la radiothérapie puisse démentir le pronostic fatal.

Ces faits d'association tuberculo-cancéreuse, outre les difficultés de diagnostic et anatomo-pathologiques, ont un intérêt de pathologie générale puisqu'ils soulèvent la question de la pathogénie des néoplasies. La tuberculose par son irritation chronique lente et répétée semblant favoriser l'atypie et la désharmonie cellulaires caractéristiques du cancer. Tous les intermédiaires semblent exister entre le cancer prédominant avec lésions tuberculeuses à peine retrouvables (notre cas, car l'épithélioma a tout envahi) et les tuberculoses avec irritation de l'épithélium (simple atypie épithéliale) et de diagnostic douteux si l'évolution ne venait confirmer le cancer.

Porokératose papillomateuse palmaire et plantaire.

PAR MM. DE BRUMANN et GOUGEROT.

L'hyperkératose palmaire et plantaire localisée autour des orifices sudoripares, kératose périostéo-sudoripare, ou porokératose est loin d'être rare : Brocq l'a observée dans la syphilis acquise, Respighi dans la syphilis héréditaire (1), Darier dans la psorosperme folliculaire végétante, Emery, Gastou et Nicolau dans les « verrues familiales héréditaires avec dyskératose systématisée et à répétition ; Dubreuilh dans un nævus kératosique. D'après Mantoux elle existerait dans plus de la moitié des cas des lichens plans palmaires.

Tantôt elle se manifeste par l'élargissement en puits de l'ostium sudoripare (lichen, psorosperme), tantôt par la formation d'une perle cornée (lichen, psorosperme, syphilis), tantôt, enfin, par la formation d'une sorte de bouchon corné (nævus) ».

Au contraire les cas que, au nom de l'anatomie pathologique, Mantoux a appelés porokératose papillomateuse palmaire et plantaire et qui cliniquement se caractérisent par le grain corné translucide, les végétations brunâtres papillomateuses, la chute du grain corné et la perte de substance que laisse cette chute, sont extrêmement rares, on compte les observations :

Besnier en a étiqueté un (moulage Baretta, musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 560) : « Kératodermie érythémateuse symétrique des extrémités ; forme ponctuée. Kératose localisée à l'ostium sudorifère. Paume de la main ».

Hallopeau et Claisse ont présenté un cas à la Société de dermato-

(1) On peut se demander si dans ce cas la porokératose n'était pas de la porokératose papillomateuse non syphilitique, mais chez un hérédo-syphilitique. Car le traitement n'a nullement entravé son évolution et les lésions anatomiques se rapprochent de celles de Mantoux.

logie (*Annales de Dermatologie*, 1891, p. 226, et *Bulletin de la Société de dermatologie*, 1891, p. 117), où les plaques kératosiques n'étaient pas exclusivement plantaires et remontaient derrière les malléoles externe et interne cutanées, étaient douloureuses et entourées d'une zone érythémateuse.

Mantoux, élève de Brocq, a publié la minutieuse étude d'un troisième cas dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (janvier 1903) et il en a approfondi l'anatomie pathologique.

Balzer et Germain en rapportent un cas nouveau à cette séance même.

En voici une nouvelle et cinquième observation :

Homme petit et trapu de 57 ans, passementier (1), sans autres antécédents qu'une poussée d'eczéma des jambes, soignée à l'hôpital Saint-Louis il y a 8 ans (2), ayant récidivé il y a 2 ans, et une blennorrhagie urétrale récente persistant encore.

Le début de la porokératose remonte à une vingtaine d'années, il fut insidieux et très lent et rien ne l'expliqua, dit le malade. La kératose semble avoir précédé les punctuations. Les mains furent prises d'abord, puis les pieds. L'évolution s'est continuée toujours la même.

ÉTAT ACTUEL. — Les lésions sont localisées aux régions palmaires et plantaires, avec une certaine asymétrie. Elles sont et elles furent toujours très rares à la paume droite, moins nombreuses à la plante gauche.

Main gauche (moulage merveilleusement réussi de M. Baretta, n° 2440 du Musée de l'hôpital Saint-Louis).

La lésion est constituée par des *plaques de kératose* (1°), *criblées de punctuations élémentaires* (2°).

1° La kératose est *diffuse* à toute la paume de la main et à la face palmaire des doigts ; l'épiderme, épaissi, blanchâtre, est rugueux, presque craquelé aux plis de flexions que font ressortir des débris blancs de desquamation, il se soulève en deux callosités à la base des 2° et 5° doigts. Cependant cette kératose est plus accentuée encore dans les régions punctuées, à la région palmaire moyenne (creux de la main), à la face palmaire des premières phalanges, aux plis de flexion du pouce, de la paume et des doigts, elle revêt la forme de *taches diffuses jaune brunâtre et à peine saillantes*.

Kératose diffuse avec hyperkératose en plaques, callosités, desquamations poudreuses des plis de flexion, tel est le premier élément, le deuxième étant la punctuation.

2° Sur les plaques d'hyperkératose sont rangées plus ou moins serrées les lésions élémentaires ou punctuations, de 1 à 1^{mm},5 de diamètre, séparées les unes des autres de 2 à 4 millimètres, parfois si nombreuses qu'on en compte 15 à 20 par centimètre carré. Les punctuations sont

(1) A relever sans d'ailleurs pouvoir l'expliquer cette notion professionnelle : la malade de MM. Balzer et Germain était passementière.

(2) Il est utile d'insister sur l'apparition tardive de cet eczéma ; en effet, jusqu'à l'âge de 27 ans, il n'eut pas la moindre éruption.

d'aspect très différent suivant l'âge de la lésion : *Premier stade* : α) point blanchâtre sous-épidermique, devenant peu à peu saillant, enchâssé dans une cupule épidermique et séparé d'elle par une fente circulaire imperceptible.

Deuxième stade : β) point noir et saillant résultant de l'addition au point blanc épidermique de petites dilatations vasculaires (papillome vasculaire). La plupart, mais non tous des points blancs épidermiques subissent cette pénétration angiomateuse.

Troisième stade : γ) perte de substance circulaire à bords taillés à pic (puits épidermiques) laissée par la chute du grain épidermique, donc de même diamètre que lui, 1 à 1^{mm},5 et de profondeur variable, 1 à 2 millimètres.

Presque toutes sont à moitié comblées par une poudre blanchâtre et nacréée épidermique. Ces débris enlevés laissent apparaître le fond du puits, à peine rosé, formé par l'épiderme. Parfois les bords taillés à pic et hyperkératosés, tendant à la desquamation, ont sur une largeur de 2 à 2^{mm},5, l'aspect blanchâtre des squames.

Quatrième stade : δ) disparition des puits par aplanissement des bords desquamant et s'effritant (1).

Cette succession cyclique des quatre stades est très lente et demande des semaines et des mois, les points noirs mettent plus de 15 jours à apparaître, et persistent au moins 3 à 4 mois, tant que le malade hâte leur chute en les grattant et les énucléant à la pointe de son couteau, les pertes de substance sont lentes à disparaître, l'évolution d'un élément dépasserait un an.

L'apparition d'éléments nouveaux montre *au même moment des lésions d'âge différent* : points blancs peu nombreux, rares points noirs (car le malade les arrache, encore quelques-uns à la base des 2^e et 5^e doigts); très nombreux puits épidermiques, quelques points en voie de disparition.

Mêlés à ces éléments caractéristiques, se pressent dans le sillon de flexion de la paume de très nombreux petits points, d'un demi-millimètre au plus, blanchâtres, puits minuscules qui ne paraissent être que les orifices dilatés, desquamant et poudreux, des glandes sudoripares.

Les phénomènes subjectifs sont nuls, le malade ne s'en préoccuperait pas, si les points saillants n'agrippaient pas ses passementeries, et si les points noirs ne paraissaient pas sales.

Main droite. — Kératose diffuse, peu d'hyperkératose, de très rares ponctuations (à peine une douzaine).

Plante gauche. — Kératose diffuse et callosités, petite plaque d'hyperkératose ponctuée d'éléments blancs et noirs sur le bord antéro-interne du talon.

Plante droite. — Kératose diffuse et callosités, trois plaques d'hyperkératose ponctuée : à la partie moyenne, à la partie interne et postérieure du talon, sur le bord interne du pied. Cette dernière, large de 3 à 4 centimètres, criblée de nombreux points noirs, est tout à fait caractéristique.

Autres lésions cutanées. — L'eczéma a laissé sur les jambes une pigmen-

(1) Toute l'évolution se fait sans vésicule ni suintement.

tation diffuse avec quelques varicosités et, sur la face antérieure des avant-bras, une tache rouge à bords imprécis, mais sans traces de vésicules.

Le malade ignorait qu'il eût de l'*érythrasma* inter-génito-crural, il n'appela l'attention que sur la *goutte* matutinale de son uréthrite *blennorrhagique*.

Le diagnostic est facile pour qui a vu une fois les lésions : l'association et la succession des points épidermiques, des points noirs saillants, des pertes de substance en puits, sont tout à fait caractéristiques sur ce fond kératosique, elles sont très différentes des petits soulèvements épidermiques incolores sans points noirs, sans sillons, sans puits du lichen plan palmaire.

Cette observation est calquée sur le cas de Besnier (moulage 540) : même kératose diffuse, même localisation de l'hyperkératose et des punctuations, mêmes points blancs, mêmes grains noirs, mêmes puits épidermiques (1).

L'observation de Mantoux, bien qu'appartenant au même ordre de faits cliniques et anatomo-pathologiques, en diffère par plus d'un point :

Le début est lointain, remonte à vingt ans, alors qu'il est récent (18 mois) chez la malade de Mantoux, l'un a été lent et insidieux alors que l'autre a été précédé d'une saillie verruqueuse, et a presque eu la brusquerie d'une maladie éruptive. — L'évolution de l'un a été très lente : chaque élément isolé mettant plus d'un an à accomplir son cycle, les poussées étant ininterrompues ; l'évolution de l'autre a été rapide, ne demandant que quelques semaines (point blanc 24 heures, point noir 6 jours), et la poussée ne s'est pas reproduite. — La lésion élémentaire est différente : l'une est un point à peine saillant de 1 à 2 millimètres au plus, et n'est séparée de sa cupule kératosique que par un sillon invisible, l'autre est saillante, plus grosse puisque la perte de substance atteint 5 à 6 millimètres, le sillon est large puisque le fond est occupé à son centre par une sorte de végétation papillomateuse. — La kératose de l'un est diffuse, la kératose de l'autre est partielle, n'entourant que la lésion élémentaire. — Les uns sont très nombreux, les autres plus rares. — L'une continue dévoluer, l'autre a guéri en quelques semaines.

Nos lésions ne ressemblent pas non plus aux autres nombreux éléments qui apparurent le 3 octobre chez la malade de Mantoux, en deux jours, brusquement, sous forme de dépression sans précession de points noirs, bien que ces lésions aient le nombre, la grandeur, la forme, le siège et la persistance de nos éléments.

(1) Comme dans le cas de Mantoux, l'examen direct et la culture n'ont rien révélé.

On peut supposer que, du cas de Besnier et du nôtre au cas de Mantoux et de M. Balzer, il existe une suite ininterrompue de faits. La porokératose de Mibelli, quoique *très différente*, appartient peut-être au même ordre de faits. En effet, « affection voisine du lichen plan annulaire caractérisée par un bourrelet circulaire périphérique dont le sommet enferme un cône corné emboîté dans un sillon et qui enclôt une aire hyperkératosique », la porokératose de Mibelli a souvent dans l'aire hyperkératosée des cônes cornés saillants ou les orifices en puits déshabités de ces cônes; et d'après Mibelli (à l'encontre de Respighi) la lésion initiale se développerait autour d'un canal sudoripare. Mais ce n'est là qu'une hypothèse que les faits nouveaux infirmeront ou confirmeront.

La pathogénie reste indéterminée. Hallopeau et Claisse croyaient au nævus. L'observation de Respighi ferait penser à la syphilis. Mantoux aurait tendance à supposer une lésion parasitaire (1). Dans notre cas, il serait difficile d'invoquer l'eczéma venu longtemps après et qui a respecté les mains et les pieds, la blennorrhagie est trop récente. On ne peut donc que répéter avec Mantoux: « la pathogénie en est totalement inconnue ». Il est cependant à relever que quelques-uns de ces malades sont en puissance de « diathèse eczémateuse ».

Kératodermie avec porokératose en godets épidermiques localisés à l'ostium sudoripare et disséminés à la paume des mains.

PAR MM. BALZER ET GERMAIN.

Léontine L..., âgée de 25 ans, passementière, se présente en juin à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

Les *antécédents héréditaires* ne présentent rien d'intéressant à signaler.

Antécédents personnels. — Il y a deux ans, la malade a remarqué sur le visage, les bras et les jambes, une éruption discrète qui a disparu lentement en deux à trois mois. Il reste sur la joue droite une cicatrice ovale blanche et légèrement déprimée. On élimine la syphilis qui paraît peu probable.

L'*affection actuelle* date d'environ un an. La malade a constaté à cette époque l'apparition sur la paume de la main gauche de petites élevures rougeâtres, et non douloureuses.

L'apparition s'est faite sur cette main, presque en une seule poussée; la main droite a été prise quelques semaines après. Très récemment enfin, la malade a constaté un nouvel élément développé assez rapidement sur la face palmaire de la première phalange du médius.

Actuellement, on constate sur la face palmaire de la main gauche de petites papules arrondies, cornées, de forme assez régulièrement conique, de dimensions variables, les plus petites ayant 2 à 3 millimètres de diamètre, les plus grandes 4 à 5 millimètres; au nombre d'une trentaine environ, elles sont disposées d'une façon à peu près régulière sur toute la

paume; trois ou quatre éléments sont agminés; elles sont rares sur la peau des éminences thénar et hypothénar.

Chacun de ces éléments est formé d'une base brunâtre et cornée entourée parfois d'une petite zone rose et vascularisée. Au centre, apparaît un très petit godet corné, blanchâtre, déprimé en une cupule plus ou moins profonde selon les éléments (quelques dixièmes de millimètre).

A côté de ces éléments typiques et qui semblent à leur période d'état, il en est d'autres peu nombreux, se présentant comme des grains de la grosseur d'une tête d'épingle, inclus dans l'épiderme, faisant une légère saillie translucide, ce doivent être les éléments jeunes.

Plus nombreux sont d'autres éléments, à base moins kératinisée, à cratère plus large, et comme taillé à l'emporte-pièce, dont le fond est rempli de concrétions cornées qui paraissent devoir s'éliminer. Il semble que ce soit là un stade consécutif à celui de la période d'état, et qu'il en existe un troisième, dans lequel on pourrait grouper d'autres éléments, dont la base est moins cornée encore, et dont le cratère est très effacé ou absent, comme s'il était comblé.

Sur la main droite, même disposition. Deux ou trois éléments ont dépassé la paume et se sont développés sur l'avant-bras. Les éléments sont de ce côté moins nombreux, mais leur base est aussi nettement kératinisée, le cratère très apparent. Il n'y a rien sur la face palmaire des phalanges.

La peau des régions voisines est normale. Il n'y a pas d'hyperhydrose. L'affection ne s'accompagne ni de douleur, ni de prurit.

La malade, revue le 25 juin, semble améliorée par le traitement qui a consisté dans l'application d'une pommade à la résorcine.

Nous nous trouvons en présence d'une affection rare, et dont il n'existe qu'un très petit nombre d'observations que nous allons brièvement rappeler.

1° C'est d'abord un cas appartenant à M. Besnier (musée de l'hôpital Saint-Louis, pièce 360), ainsi étiqueté: « Kératodermie érythémateuse symétrique des extrémités, forme *ponctuée*. Kératose localisée à l'ostium sudorifère. Paume de la *main* ». L'observation n'en a pas été publiée, mais la nomenclature proposée par M. Besnier résume admirablement les caractères principaux de l'affection.

2° Cas de MM. Hallopeau et Claisse.

3° Cas de M. Mantoux.

Le cas de M. Besnier (1) ne présente avec le nôtre que des analogies incomplètes. Il est remarquable par la grande quantité de petits godets qu'il présente. Ces godets sont groupés les uns près des autres, et en outre, ils reposent sur un fond de kératodermie diffuse étendue à toute la paume de la main et au poignet, tandis que dans notre cas, la kératodermie est disposée en éléments limités et disséminés, surmontés chacun par un petit godet. Au moment où fut moulé le cas de M. Besnier, l'un de nous était son chef de

laboratoire et put faire un examen histologique de lamelles épidermiques exfoliées qui ne comprenaient que la couche cornée. Cet examen montra cette couche très épaissie et fit voir que les godets étaient situés au niveau de l'orifice des glandes sudoripares et constitués simplement par l'épiderme corné partiellement dissocié, sans doute par le passage de la sueur.

Des dilatations remarquables des orifices des glandes sudoripares peuvent s'observer dans les cas de la kéraodermie palmaire et plantaire désignée quelquefois sous le nom de mal de Meleda, et dans laquelle se produit une hyperhidrose marquée. Mais la formation des petits godets épidermiques n'est pas habituelle et semble bien n'appartenir qu'à certains cas de kéraodermie spéciale. On ne l'observe pas non plus avec les mêmes caractères dans le lichen ou dans d'autres dermatoses.

A côté du cas de M. Besnier, et avec des lésions différentes, vient se placer le cas de MM. Hallopeau et Claisse (1). Dans ce cas, la kéraodermie est constituée par des plaques cornées, creusées de cavités cratériformes que remplissent des concrétions cornées. Autour de ces éléments existent des orifices dilatés qui appartiennent certainement à des glandes sudoripares. Le processus qui a donné lieu à la production de ces lésions semble être partout le même : dilatation des orifices sudoripares, hyperplasie et kératinisation de l'épiderme qui les tapisse et les entoure; accumulation de la substance cornée dans la cavité qu'ils circonscrivent.

Le cas de M. Mantoux (2) se rapproche davantage de l'observation que nous publions. Les éléments étaient localisés sur la face palmaire des doigts, d'abord disséminés dans la peau normale, puis tendant à l'organisation en groupes confluent où l'hyperkératose devient diffuse et donne à la lésion un aspect verruqueux. Chacun des éléments présente l'évolution suivante : apparition d'une élévation conique, l'épiderme s'épaissit rapidement; production d'un godet épidermique à son sommet; usure de la surface hyperkératosée et détachement du godet remplacé par un petit cratère; quelquefois chute complète de l'épiderme épaissi, et mise à nu d'une surface rosée. Mantoux a pu faire l'examen histologique d'un de ces éléments et en donne la structure : il note surtout l'hypertrophie des papilles avec dilatation des vaisseaux et la prolifération atypique de l'épithélium malpighien et l'hyperkératose circonscrite. Il propose pour la maladie la dénomination de *porokératose à localisation périostéo-sudoripare* ou plus simplement *porokératose palmaire et plantaire*.

(1) HALLOPEAU et CLAISSE. *Bulletins de la Société française de dermatologie*, 1891, p. 117.

(2) MANTOUX. Porokératose palmaire et plantaire. *Bulletins de la Société française de dermatologie*, 1903, p. 171.

Dans notre observation, comme dans celle de Mantoux, les éléments sont disséminés dans une peau saine, et non sur une surface atteinte de kératodermie diffuse, comme dans les cas de MM. Besnier, Hallopeau et Claisse. Cette particularité est importante et place notre cas dans une période ou une variété spéciale de l'affection.

Dans notre cas, les éléments sont constitués de la façon suivante : base dermique vasculaire, plus ou moins rosée ou rouge, épaissement épidermique conoïde portant à son sommet un petit godet jaunâtre ou brunâtre, ou bien en son absence un cratère où était incrusté le godet.

Tantôt le godet est très adhérent, tantôt il est détaché et remplacé par une dépression cratériforme. Nous distinguons trois phases dans le développement : 1° apparition d'une petite élevation vascularisée légèrement et surmontée d'une perle épidermique ; 2° épaissement de l'épiderme sur toute la surface de l'élevation qui s'agrandit et formation nette du godet à l'orifice des glandes ; 3° élimination de ce godet remplacé par une dépression cratériforme, et quelquefois affaissement du sommet de l'élément.

L'évolution des éléments peut se produire parfois avec une certaine rapidité, et c'est ainsi que Mantoux décrit des éléments datant de vingt-quatre heures. Notre malade n'a pas pu nous renseigner sur cette rapidité d'évolution des éléments, et nous ne l'avons pas suivie nous mêmes d'assez près pour pouvoir préciser ce point. Nous savons seulement qu'après avoir débuté, il y a un an environ, la dermatose a pris d'abord un développement rapide, et produit de nouveaux éléments dans ces trois derniers mois. Elle a procédé parfois par véritables poussées dans lesquelles les éléments se formaient très vite. On peut voir sur la main des éléments qui sont manifestement de divers âges, ainsi que nous l'avons décrit dans l'observation.

Le diagnostic de cette dermatose ne présentera pas de grandes difficultés pour qui l'aura vue une fois. Le moulage de Besnier, les observations de Hallopeau et Claisse, celle de Mantoux, ainsi que la nôtre, en établissent nettement les caractères principaux.

Parmi les diagnostics différentiels étudiés par Mantoux, il en est un qui doit nous arrêter à propos de notre malade, c'est celui de la syphilis. Cette maladie peut produire à la paume de la main des syphillides papuleuses cornées, au sommet desquelles se développe un cône d'hyperkératose. Respighi même a signalé des altérations histologiques de l'appareil sudoripare qui établissent des analogies réelles entre les deux variétés d'éléments éruptifs. Nous croyons, cependant, que l'existence d'une base d'infiltration papuleuse avec la coloration caractéristique doit toujours permettre de fixer le diagnostic.

Cette base manque dans la porokératose disséminée dans laquelle on ne trouve qu'une très légère rougeur à la base des cônes épidermiques, sans épaissement nettement appréciable du derme.

La maladie, malgré la dénomination de *porokératose palmaire et plantaire* (Mantoux), n'a rien de commun avec la porokératose de Mibelli. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les moulages envoyés par cet auteur au musée de Saint-Louis, pour comprendre les différences qui séparent les deux affections.

La nature de cette dermatose ne peut être encore précisée, car les observations ne sont pas encore assez nombreuses. A celles qui sont publiées, nous pourrions encore ajouter un cas qui a été présenté à l'un de nous en ville par le Dr Le Pileur. Il s'agissait d'une jeune dame qui présentait sur le bord cubital de la main une petite traînée d'éléments de porokératose assez rapprochés les uns des autres, et qui ne paraissaient pas devoir se multiplier beaucoup et, en effet, l'affection parut céder assez facilement à la pommade kératolytique qui fut employée.

D'autre part, l'histologie de l'affection n'a pu être qu'ébauchée par Mantoux. Il a bien décrit les altérations de l'épiderme et du corps papillaire, mais nous ne connaissons pas encore les altérations du derme, ni celles des glandes sudoripares, qu'il importait pourtant de déterminer, vu le rôle que ces appareils paraissent jouer dans la maladie.

En somme, les petits godets orificiels que l'on remarque tout d'abord dans cette dermatose peuvent sans doute se produire dans des kératoses de causes diverses. Ils ne constituent qu'une lésion accessoire, mais assez caractéristique, il est vrai, de la maladie. Celle-ci a son siège principal à la fois dans les couches de l'épiderme et dans le derme de la paume des mains ou de la plante des pieds; c'est une kératodermie à laquelle les godets placés aux orifices des glandes sudoripares donnent un aspect spécial qui justifie assez bien le nom de porokératose palmaire et plantaire qui a été proposé par Mantoux. Il faudrait observer encore des cas nouveaux et connaître les lésions profondes pour bien comprendre l'évolution et la nature de cette affection.

On peut aussi se poser la question de savoir si elle a pour point de départ une lésion dermique, principalement glandulaire, avec hyperkératose consécutive, ce qui paraît le plus probable, ou bien si la cause n'en serait pas une altération peut-être d'origine parasitaire partant de l'ostium sudoripare et provoquant secondairement les autres lésions. Les recherches de Mantoux dans ce sens ont été négatives.

Nous avons essayé pour le traitement l'emploi d'une pommade à la résorcine de 1/15 à 1/10, qui paraît donner de bons résultats.

www.libtool.com.cn

Sur une récurrence de syphilis au bout de 30 ans.

Par M. HALLOPEAU.

Malgré les observations positives de Du Castel, Brocq, Galezowski, Nobl, Haslund, Baurowicz, Schultze, Neumann, Mracek, Spagelli et autres, M. A. Fournier, dans son *Traité de la syphilis* en cours de publication, considère cette récurrence comme « prodigieusement rare »; nous ne l'avons, pour notre part, jamais observée jusqu'ici; il nous paraît donc intéressant d'en faire connaître à la Société un cas qui nous paraît authentique.

M. X..., âgé de 54 ans, a eu, à l'âge de 24 ans, une induration de la lèvre avec adénopathie, suivie d'une roséole, qui a été considérée par Demarquay comme syphilitique. Ce diagnostic a été confirmé par Ricord qui a plaisanté le malade sur le mode d'acquisition de sa maladie et lui a prescrit un traitement mercuriel, lequel a été suivi pendant environ 7 mois.

Or, M. X... est venu nous consulter au commencement de juin pour induration du prépuce, avec adénopathie inguinale, qui offrait tous les caractères d'un chancre induré cicatrisé; il était atteint, en plus, d'une éruption papuleuse à larges éléments dont la nature syphilitique nous a paru également évidente; il présentait enfin des ulcérations des piliers du voile du palais.

Pour plus de sûreté, nous avons engagé le malade à consulter M. Fournier, et notre éminent maître a confirmé catégoriquement notre diagnostic.

Si donc nous pouvons nous appuyer sur l'opinion de Ricord pour les accidents d'il y a trente ans, et sur celle du professeur Fournier pour ceux d'aujourd'hui, nous sommes conduit à admettre qu'il s'agit bien là d'une récurrence de syphilis; à en juger par ses caractères éruptifs, elle ne paraît nullement atténuée.

Maladie d'Addison chez un syphilitique.

Par MM. H. HALLOPEAU et ROY.

L'origine syphilitique de la maladie d'Addison n'a pas encore été nettement établie; on a parfois trouvé, chez des syphilitiques, des altérations des capsules surrénales sans maladie bronzée; d'autre part, quelques cas de cette maladie ont été observés chez des syphilitiques, notamment par Gordon et par Beaven Rake; le contraire serait surprenant, car il établirait un antagonisme entre les deux maladies; il n'a pas été jusqu'ici démontré qu'il y eût entre elles relation de cause à effet.

Chez le n° 94 de notre salle Vidal, nommé Jules C., âgé de 32 ans, que nous avons l'honneur de présenter, la mélanodermie a commencé environ trois mois après le chancre; l'asthénie et les douleurs lombaires sont sur

venues neuf mois plus tard ; il s'y joint, depuis un mois, une diarrhée persistante. Vous pouvez constater que le malade présente le tableau classique de la maladie bronzée ; la pigmentation est en particulier très prononcée au niveau du fourreau de la verge, que l'on dirait appartenir à un nègre.

Nous nous promettons de suivre ce malade, de rechercher si le traitement mixte par les frictions et l'iodure exercera une influence sur la maladie bronzée et, dans le cas où elle aurait une terminaison fatale, de rechercher les syphilomes dans les capsules surrénales.

Jusqu'à son entrée dans notre service ce malade n'avait suivi aucun traitement spécifique.

Sur un chancre induré du sourcil chez un enfant de 7 ans.

Par MM. H. HALLOPEAU et SÉE.

Le chancre induré est rare dans l'enfance et le chancre du sourcil n'avait pas encore, à notre connaissance, été signalé avant la communication de l'un de nous avec M. Trastour en novembre 1900 ; M. Fournier n'en fait pas mention dans son livre si complet. C'est à ce double titre que nous croyons devoir montrer ce jeune malade.

Il avait été antérieurement soigné dans notre service pour un eczéma au front : il est probable qu'il y aura eu la porte d'entrée pour le contage.

Plaques multiples de psoriasis circiné autour de cicatrices syphilitiques.

Par MM. H. HALLOPEAU et ROY.

Le nommé Jean R..., atteint d'une syphilis qui remonte à 25 ans, est entré dans notre service, au 62 de la salle Bazin, pour un psoriasis étendu sur la plus grande partie de la surface du corps.

Ce qui nous a frappé tout d'abord, c'est qu'un certain nombre de plaques squameuses sont situées à la périphérie de cicatrices arrondies, offrant tous les caractères de cicatrices syphilitiques ; elles en suivent très régulièrement les contours. Nous nous sommes demandé, au premier abord, si nous n'aurions pas affaire aux hybrides si souvent cherchées des deux maladies : mais un examen attentif nous a montré que les anneaux psoriasiques péri-cicatriciels n'offrent par eux-mêmes aucun caractère syphilitique : les cicatrices n'ont fait ici que de servir d'appel aux localisations psoriasiques comme le font, chez ce même malade, des cicatrices de vaccin et, chez d'autres, des piqûres de sangsues, des traumatismes et autres altérations antérieures de la peau.

On ignore absolument par quel mécanisme ces altérations cicatricielles de la peau déterminent ainsi des localisations du psoriasis,

l'interprétation la plus vraisemblable est celle d'un milieu de culture favorable que constitua le pourtour de ces altérations pour l'agent pathogène de cette dermatose.

Note préliminaire sur la nature de la granulosis rubra nasi.

Par M. H. HALLOPEAU.

Nous voulons dire simplement, pour prendre date, que, suivant nous, cette dermatose n'est pas, comme l'a supposé Jadassohn, à qui l'on doit de l'avoir décrite le premier, de nature infectieuse, et qu'elle doit être considérée comme une *angio-névrose, parfois familiale, étroitement liée à l'asphyxie des extrémités, dont elle n'est vraisemblablement qu'une localisation* ; nous ferons connaître ultérieurement les faits qui nous ont conduit à adopter cette manière de voir.

A propos de chancres successifs.

Par M. HALLOPEAU.

Le malade, chez lequel MM. Queyrat et Fournier ont tendance à admettre des chancres successifs, ayant immédiatement quitté mon service, je n'ai pu me livrer à l'enquête supplémentaire que j'avais promise. Je dirai seulement, à ce propos, que suivant moi, une bonne partie des soi-disant chancres successifs — je veux parler de ceux qui surviennent tardivement, — ne sont autres que des intra-inoculations secondaires à forme ulcéreuse.

Macules décolorées multiples dans un cas de dermatite douloureuse polymorphe.

Par MM. H. HALLOPEAU et ROY.

Cette malade présente le type classique de cette dermatose dans sa forme grave : elle a, depuis le mois de janvier, des poussées bulleuses, vésiculeuses, érythémateuses, pustuleuses, hémorrhagiques, successivement sur toute la surface du corps ; nous insisterons seulement, en raison de leurs caractères insolites, sur les troubles de pigmentation qu'elles ont laissés à leur suite.

Les macules sont les unes décolorées, les autres hyperpigmentées ; les parties décolorées forment des taches circulaires ou ovalaires, beaucoup plus pâles que la peau saine, elles ne présentent pas d'induration et c'est à peine si la qualification de cicatrices peut être appliquée à une partie d'entre elles (une biopsie serait nécessaire pour en décider) ; leurs dimensions atteignent celle d'une pièce de deux francs et au delà ; elles sont

entourées par une auréole sombre de quelques millimètres de rayon.

Dans l'aire de plusieurs d'entre elles, des taches arrondies, du volume de grains de chènevis, d'un brun foncé, ne disparaissant pas sous la pression du doigt, tranchent sur le fond décoloré.

En certains points, les macules achromiques et pigmentées s'imbriquent en traînées semi-circulaires : on voit jusqu'à six de ces fragments de cercles se succéder ainsi excentriquement au pourtour d'un même centre initial.

Cette disposition n'avait pas encore, à notre connaissance, été signalée, du moins en ce qui concerne les macules consécutives.

Présentation de bougies molles destinées au traitement des chancres syphilitiques du méat et de l'entrée de l'urèthre.

PAR M. ALEX. RENAULT.

Vous savez combien il est fréquent que le chancre syphilitique du méat et celui de l'entrée de l'urèthre entraînent une atrésie du canal.

Cette atrésie peut s'accroître au point que, dans certains cas, la miction devient presque impossible. Le malade n'urine plus que par un mince filet ou même goutte à goutte. Inutile d'insister sur les inconvénients d'une complication, poussée ainsi à l'extrême.

Pour la prévenir, on avait recours jusqu'ici à l'introduction de petits cylindres d'ouate comprimée, enduits d'un corps gras.

Chez quelques malades, la tendance à la coarctation est telle, que cette mesure est insuffisante. Il faut employer un mode de dilatation plus énergique. Mais il importe, en outre, que l'instrument destiné à réaliser cette dilatation puisse être toléré par le canal. L'expérience, en effet, nous a appris que tous les corps étrangers sont mal supportés par l'urèthre et tendent à l'irriter.

Une troisième condition enfin s'impose, à savoir : la nécessité de panser l'ulcère chancreux.

C'est dans ce triple but que nous avons demandé à M. Eynard, le fabricant bien connu, de préparer les petites bougies spéciales que nous avons l'honneur de vous présenter.

Ces bougies, de consistance molle, ont une longueur de 4 centimètres environ. Leur calibre est variable et se trouve compris entre le n° 12 et le n° 22 de la filière Charrière. Le bout externe est terminé par un disque arrondi ; l'extrémité interne est tantôt en pointe, tantôt, au contraire, offre un bord mousse, de façon à pouvoir s'adapter aux divers cas.

Après avoir fait uriner le malade, on imprègne la bougie d'une pommade destinée au pansement de l'ulcère, et on l'introduit jusqu'à la garde. Je me sers habituellement, d'après les préceptes de

M. le professeur Fournier, de la pommade au calomel à 1/20. L'instrument est parfaitement maintenu en place par une mince couche d'ouate, dont on coiffe le sommet du gland et sur laquelle on ramène le prépuce. Si le sujet a été circoncis, une petite bande en toile fine est nécessaire pour adapter la feuille d'ouate.

Le malade enlève le tout chaque fois qu'il a besoin d'uriner, nettoie la bougie et renouvelle le pansement.

Au bout de quelques applications, la miction devient facile.

Quand on retire la bougie, on constate que le canal, au lieu de revenir sur lui-même, se termine par un orifice arrondi et béant, dont les contours offrent une induration plus ou moins accentuée.

Peu à peu, cette induration s'assouplit; les lèvres du méat se rapprochent et reprennent, en s'adaptant, leur disposition normale.

Avant cette *restitutio ad integrum* les bougies, qui étaient en permanence, ne sont plus appliquées que la nuit. Malgré leur absence dans la journée, la dilatation se maintient. Le pansement, se trouvant ainsi très simplifié, le malade peut, s'il en est besoin, vaquer à ses occupations.

J'ajoute, en terminant, que les bougies en question, qui constituent un moyen thérapeutique simple et pratique, sont très bien tolérées par les patients. Je n'ai pas souvenance, en effet, d'en avoir rencontré un seul, que la douleur ou une gêne constante aient obligé d'y renoncer.

Le seul petit inconvénient à signaler est un léger œdème du prépuce qui se produit, lorsqu'on applique une bougie d'un calibre trop fort ou qu'on laisse celle-ci, chez quelques sujets sensibles, trop longtemps en contact avec les parois du canal. En dilatant l'urètre progressivement et en tenant compte des sensations accusées par le malade, on prévient ce léger accident, qui disparaît d'ailleurs très promptement après l'extraction de la bougie.

Nouvelle lampe photothérapeutique aux vapeurs de mercure dite lampe Heraeus.

Par MM. GASTOU et NICOLAS.

Les lampes à vapeur de mercure dans le vide ont surtout, jusqu'à présent, été étudiées au point de vue de l'éclairage. Il en existe trois types principaux :

1° La lampe Cooper-Hewitz, en verre, employée pour l'éclairage, non utilisée dans le traitement.

2° L'Uriol-lampe, en verre d'Ina, expérimentée par les D^{rs} Schott et Genessen, qui, en plaçant des parties à traiter à une distance de 1 à 3 centimètres, ont obtenu des réactions.

3° Enfin, la lampe dite Heraeus, en quartz fondu, que nous avons pu expérimenter grâce à M. Gosse, ingénieur de la maison Poulenc, qui en a mis une à notre disposition.

C'est en 1892 qu'Arout, puis Wiedeman firent connaître qu'il était possible d'obtenir une lumière intense en faisant passer un courant continu dans un tube vide d'air contenant une petite quantité de mercure : c'est le principe de la lampe d'Heraeus.

Cette lampe est constituée par deux réservoirs de mercure superposés et réunis entre eux par un tube en zigzag : le tout est en quartz fondu, qui a la propriété de laisser passer à peu près la totalité des rayons violets et ultra-violets.

Le réservoir inférieur est entouré d'un fil dans lequel passe un courant électrique et communique en outre à sa partie supérieure, par une électrode spéciale avec un fil établi en dérivation. Dans le réservoir supérieur pénètre une tige métallique en fer. Ces deux réservoirs sont remplis de mercure.

Le fil du réservoir inférieur, lors de l'établissement du courant, constituant une résistance en court-circuit, s'échauffe au rouge vif et, sous l'influence de la chaleur ainsi développée, le mercure monte peu à peu jusqu'au réservoir supérieur.

A ce moment, par un mécanisme de déclenchement spécial, que donne un petit appareil placé dans le circuit, le courant cesse de passer dans le fil en court-circuit entourant le réservoir inférieur ; le mercure, n'étant plus chauffé, redescend, laissant dans le tube en zigzag des vapeurs qui prennent une teinte vert bleuâtre extrêmement intense, laquelle se maintient fixe tant que le courant passe. La lampe est munie d'un mécanisme spécial de réglage du court-circuit d'une résistance, et se branche sur un courant de 110 volts n'absorbant que trois ampères.

Le pouvoir actinique des radiations émises par la lampe est considérable ; une exposition du visage de quelques minutes peut être l'occasion de conjonctivite et d'érythème : ainsi que le fait s'est produit sur un des préparateurs.

Son pouvoir calorifique a été déterminé en plaçant un thermomètre à 10 centimètres du foyer pendant 40 minutes : la température ambiante étant de 24°, le thermomètre ne s'est élevé qu'à 31°.

Après avoir déterminé l'action calorifique des radiations de cette lampe, nous en avons essayé l'action phototherapique chez les lapins.

Voici le résumé de ces expériences :

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Lapin. Poids 2^{kg},300.

Première séance : 27 mai ; durée d'exposition, 1 heure 15 à 10 centimètres.

L'application est faite sur les deux oreilles accolées l'une à l'autre et exposées par la face interne de l'une d'elles — la droite — le 30 au matin, desquamation puis exulcération.

Le 6 juin, il persiste une desquamation abondante et une croûte recouvrant une ulcération, la zone voisine se dépèle.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — Le 7 juin, le flanc droit du même lapin rasé au préalable est exposé pendant 45 minutes environ à 12 centimètres.

Le 8 juin, érythème.

Le 17 juin, apparaît une exulcération et tout autour une dépilation intense.

L'expérimentation nous ayant donné des résultats favorables, nous avons fait quelques essais thérapeutiques sur des cas de lupus tuberculeux et érythémateux et sur un cas d'adénite tuberculeuse.

Les parties à traiter étaient à une distance de 10 à 22 centimètres du foyer radiant. L'exposition a duré trois quarts d'heure.

Dans tous les cas, le début de la réaction a eu lieu entre 4 et 12 heures après l'exposition. Il a été marqué par une sensation de picotement et brûlure, par une légère douleur à la pression, en même temps que se manifeste un léger érythème qui s'accroît et devient squameux ou aboutit à la phlyctène caractéristique des réactions photothérapeutiques.

Nos observations ont porté sur cinq malades, dont voici l'observation résumée :

OBSERVATION I. — *Tuberculides frontales*. — G1..., 30 ans, domestique, à la suite d'une brûlure au-dessous de l'œil gauche et de pansements irritants, éruption de petites nodosités qui se sont transformées, peu à peu, en une nappe centrale avec infiltration nodulaire à la périphérie. — L'ensemble de la lésion occupe l'espace compris entre les deux sourcils au-dessus de la racine du nez.

Ces lésions traitées par les pointes de feu disparurent d'abord, puis se reproduisirent au visage en même temps qu'aux bras. La malade fut traitée successivement par des injections d'eau de mer isotonique (Quinton), soumise au traitement spécifique, sans résultats.

Le traitement par la lampe Heraeus est alors appliqué.

30 mars 1905. — *Première séance* : La région intersourcilière est exposée à une distance de 22 centimètres pendant 45 minutes, sans compression. Pas de phénomènes douloureux immédiats, 24 heures après : picotements, cuisson, prurit et consécutivement écoulements légers de sérosité.

3 juin : La portion irradiée est rouge, desquamante ; les tubercules sont affaiblis, moins durs.

Deuxième séance dans l'après-midi : durée 16 minutes à 12 centimètres du foyer.

4 juin. — Début de la réaction à 9 heures du matin. Cette réaction atteint son maximum à 3 heures de l'après-midi.

7 juin. — Croûtes, desquamation. On applique des pansements humides.

8 juin. — *Troisième séance* : 30 minutes à 10 centimètres, thermomètre à 39°. La réaction débute le soir, les paupières enflent.

La réaction dure jusqu'au 11 et disparaît graduellement.

13 juin. — Affaîssement des tubercules. La partie traitée s'est transformée en une nappe régulière.

Quatrième séance : 30 minutes, 10 centimètres; le soir, prurit et picotement.

14 juin. — Suintement.

15 juin. — Croûtes, œdème des paupières.

17 juin. — La plaque est rouge, saigne assez facilement, continue à s'affaîsser. Cinquième séance, de 45 minutes à 0,10 centimètres.

20 juin. — Réactions avec fièvre, phlyctène et suintement.

24 juin. — Sixième séance. Il se produit des nodules aberrants au voisinage de la lésion.

29 juin. — Réaction normale.

1^{er} et 4 juillet. — Septième et huitième séances. Réactions normales.

En résumé, chez cette malade, les applications ont produit une régression manifeste des parties primitivement malades, mais dans le cours même du traitement s'est faite une poussée de nodules aberrants dans le voisinage.

Obs. II. — Adénite bacillaire du cou. — Rien de particulier à signaler dans l'histoire du malade, dont l'affection remonte à 4 ans et se présente actuellement sous forme d'une perte de substance bourgeonnante et fongueuse.

Le malade a eu quatre séances : La première, de 15 minutes à 12 centimètres; les suivantes, de 30 minutes à 12 centimètres.

23 mai. — Première séance. Réaction, rougeurs et desquamation.

30 mai. — Deuxième séance. 24 heures après prurit, picotements, pustulation légère.

3 juin. — Réaction vive, tendance à la phlycténisation en masse. Herpès labial, malaise général. Le bourgeonnement continue. La peau saine du voisinage a subi une réaction érythémateuse.

7 juin. — Amélioration de la réaction et des signes de voisinage.

20 juin. — Réaction terminée. Cicatrisation partielle de l'ulcération, mais les ganglions sont toujours tuméfiés.

Troisième séance. Sur l'ulcération.

24 et 27 juin. — Séances.

4 juillet. — La cicatrisation est à peu près complète. Les séances sont continuées.

Obs. III. — Lupus érythémateux du visage et des mains. — Cette malade présentait le type des érythrodermies analogues au lupus pernio.

Elle n'a été soumise qu'à une seule séance, qui avait donné une réaction aux mains. A partir de ce moment elle n'a point reparu. Nous la mentionnons néanmoins.

Obs. IV. — Lupus tuberculeux de la face. — Y..., 71 ans, atteint de lupus tuberculeux datant de 65 ans et occupant la presque totalité de la face.

Déjà traité par les différents procédés photothérapeutiques et cicatrisé de ce fait par places.

17 juin. — Première séance. 30 minutes à 10 centimètres. Le soir sensation de chaleur; le lendemain matin, sensibilité accusée et phlyctène.

17 juin. — La réaction du 17 n'est pas encore complètement terminée.

4 juillet. — La première réaction n'est pas encore complètement terminée.

12 juillet. ~~La réaction est terminée.~~

Lupus érythémateux de la face. — Traité comparativement par le Broca-Chatin et les rayons X.

Première séance le 8 juin, 3 heures après midi : 30 minutes, 10 centimètres. — Début de la réaction vers 7 heures du soir, augmente pendant 24 heures, paraît, au dire du malade, plus profonde qu'avec le Broca-Chatin.

A eu en tout neuf séances, sur trois points différents, soit trois pour chaque point.

La région sous-orbitaire gauche était très infiltrée et offrait un bourrelet marginal assez élevé.

Une exposition pendant une heure, mais à 22 centimètres, a donné une réaction légère.

Lorsqu'une portion de la peau saine a été irradiée, il y a eu chaque fois phlyctène.

Le petit nombre de cas traités ne nous permet que de tirer des conclusions provisoires à propos de l'action de la lampe Heraeus.

Voici ce qu'il nous semble pouvoir dire à son sujet :

L'action de ses radiations, analogue à celle du Finsen, paraît en différer par une plus grande profondeur de la réaction, qui serait plus lente à se produire, mais agirait pendant plus longtemps.

Ce sont là des points des plus intéressants à fixer. Nous en continuerons l'étude, la communication actuelle n'ayant pour but que d'attirer l'attention sur un nouveau moyen de produire des radiations utiles à la thérapeutique cutanée. Radiations semblant tenir à la fois, comme action curative, de la lampe Finsen et des rayons X.

M. BROCCQ. — Cette lampe pourra être intéressante dans la pratique, parce qu'elle consomme peu d'électricité, mais il faut attendre de nombreuses et plus anciennes guérisons avant de se prononcer sur sa valeur. Les réactions qu'elle cause sont, nous dit-on, intenses : l'intensité de la réaction ne suffit pas toujours à guérir le lupus érythémateux fixe, et quelquefois même elle est suivie de l'extension du processus, comme je l'ai observé à la suite de la phlycténisation. Nous savons d'ailleurs qu'il ne faut jamais conclure d'un cas à un autre, que le lupus érythémateux fixe est beaucoup mieux influencé que l'érythème centrifuge par les actions profondes, que des malades en apparence semblables donnent des réactions différentes. Sans vouloir préjuger de l'avenir qui est réservé à la nouvelle lampe, nous devons dire que nous avons à Broca à peu près renoncé à la photothérapie dans le traitement du lupus érythémateux, après avoir successivement employé les appareils de Lortet-Genoud, de Marie, de Broca-Chatin. Nous ne soignons actuellement le lupus érythémateux que par la radiothérapie qui, d'ailleurs, ne réussit pas toujours.

M. GASTOU. — Il est probable que les réactions seront en effet d'action variable, nous avons seulement voulu étudier l'influence qu'elles peuvent avoir dans des cas particulièrement rebelles, et nous essayons d'en faire bénéficier le malade.

www.libtool.com.cn
L'eau de mer en injections sous-cutanées dans la syphilis.

Par MM. GASTOU et QUINTON.

Depuis les travaux de l'un de nous (1) sur l'*Eau de mer, milieu organique*, les injections isotoniques ont été essayées dans un grand nombre de maladies générales ou de troubles de la nutrition et, en particulier, dans la tuberculose. Ces essais ayant donné de très bons résultats, il nous a semblé qu'il y avait lieu de rechercher si dans la syphilis — à n'importe quelle période — l'eau de mer pouvait avoir une action utilisable et efficace, soit employée isolément, soit associée au traitement mercuriel et ioduré.

Les essais thérapeutiques auxquels nous nous sommes livrés n'ont porté, jusqu'à présent, que sur un nombre relativement très restreint de malades, mais l'intérêt des constatations que nous avons faites nous a paru devoir être signalé, même prématurément.

Ces constatations ont trait :

1° Aux modifications très nettes survenues dans l'état général des malades;

2° A la modification des lésions syphilitiques ulcéreuses;

3° A l'évolution de ces ulcérations;

4° A la tolérance du traitement mercuriel associé à l'injection d'eau de mer.

Nos observations ont porté sur 5 malades. En voici le résumé :

OBSERVATION I. — *Syphilides psoriasiformes disséminées. Plaques muqueuses. Syphilides érosives cutanées.* — P..., âgée de 30 ans, est soumise d'abord pendant une dizaine de jours aux injections d'eau de mer, à raison de 100 à 300 centimètres cubes en injection tous les trois jours.

Les éléments semblent pâlir, mais devant l'intensité des accidents buccaux, nous joignons aux injections d'eau de mer à la dose de 150 à 200 centimètres cubes, des injections de biiodure de mercure à la dose de 0,02 à 0,04 centigrammes tous les trois jours.

Les syphilides s'aggravent; d'ailleurs, dès la troisième injection mercurielle la malade fait de la stomatite.

L'eau de mer est continuée tous les trois jours. Sur 15 injections d'eau de mer, il y en a eu 7 avec association de biiodure de mercure.

La stomatite étant guérie, on reprend l'eau de mer associée au biiodure, puis à l'huile grise (3 injections à 8 divisions d'huile Vigier au quarantième).

Après avoir subi 20 injections d'eau de mer, 10 injections de biiodure de mercure dont 5 à 0,02 centigrammes, et 15 à 0,04 centigrammes et 3 injections d'huile grise, la malade cesse de venir, alors qu'elle était en période d'amélioration manifeste.

Quoique cette observation reste incomplète et que, d'autre part, elle n'indique pas une action très nette de l'eau de mer, nous

(1) R. QUINTON. *L'eau de mer, milieu organique*. Paris, 1904.

la donnons surtout, parce qu'ici l'eau de mer a semblé avoir une action très manifeste sur l'élimination du mercure, puisque malgré une stomatite intense, nous n'avons été arrêtés dans le traitement mercuriel que 8 jours environ.

Obs. II. — *Chancre induré du gland. Plaques muqueuses de la gorge. Syphilides lichénoïdes. Adénopathie cervicale tuberculeuse ancienne.* — K... a été envoyé par son médecin pour confirmer le diagnostic hésitant entre syphilis et tuberculose.

K... porte en effet sur le corps des éléments éruptifs en bouquets qui ressemblent à première vue à du lichen scrofulosorum, et ce diagnostic est d'autant plus acceptable que le malade porte au cou à droite, le long du sterno-mastoïdien une adénite fistuleuse datant de plusieurs années.

Un examen plus attentif montre que les éléments éruptifs sont papulo-tuberculeux, beaucoup plus saillants que ceux du lichen scrofulosorum, leur forme et leur groupement sont plutôt ceux de la syphilite lichénoïde.

Le diagnostic de syphilis est d'ailleurs confirmé par la présence de plaques muqueuses gutturales et du reliquat d'un chancre qui se serait manifesté, il y a plus de deux mois.

Le malade est pâle, anémié, son état général est mauvais, il pèse, le 26, 59^{kil}, 400 grammes.

Le 30 juin, les 3 et 7 juillet, injections de 150, 110 et 290 centimètres cubes d'eau de mer : le poids monte à 60 kilog. ; l'état général s'améliore, la fistule donne moins et les papulo-tubercules s'affaissent.

Au 10 juillet l'amélioration persiste sur les éléments cutanés, mais pas sur les muqueuses.

Le malade va être soumis concurremment au traitement mercuriel.

Dans cette observation, il y a hybridité, et quoique le malade n'ait été suivi que quelques jours, il y a néanmoins une modification notable dans l'aspect des éléments.

On peut se demander si le caractère éruptif des syphilides ne se ressent pas de l'hybridité tuberculeuse. Chez le malade, il y a eu, en tous cas, action tonique rapide.

Obs. III. — *Chancres indurés exulcèreux. Roséole au début. Suspicion bacillaire sans certitude.* — M..., âgé de 22 ans, a sur le prépuce deux chancres exulcèreux légèrement saillants, à base étalée très indurée. L'un des chancres mesure 2 centimètres 1/2 de long sur 1 centimètre de large, l'autre 1 centimètre sur environ 1 centimètre de large. Ils sont récents et s'accompagnent d'une volumineuse adénopathie inguinale. Il existe une roséole à peine visible, tout à fait au début. Le malade est pâle, amaigri, tousse et a des sommets à sonorité diminuée et inspiration saccadée et rude, pas de bacilles constatés.

Le malade est très déprimé par l'idée qu'il a attrapé la syphilis.

Il pèse 53^{kil}, 800 le 31 mai, jour où on lui fait une injection de 100 centimètres cubes d'eau de mer. Le 3 juin, injection de 150 centimètres cubes.

Le 6 le malade revient, les chancres sont complètement modifiés d'as-

pect, leur bordure est, dans l'étendue de près de 3 à 4 millimètres, garnie d'une cicatrice blanchâtre des plus nettes. La surface exulcérée est réduite d'un quart, l'induration persiste. Injection de 200 centimètres cubes d'eau de mer.

Le malade pèse 54 kilog. Son état général est excellent,

Le 10, l'état des chancres est tel qu'il reste à peine au centre une partie érodée, la cicatrisation a marché avec une très grande rapidité. L'induration persiste. Poids 54^{kil},450. Injection de 125 centimètres cubes d'eau de mer. La roséole s'accroît. Le 3 juillet, injection de 225 centimètres cubes; le malade pèse 55^{kil},500. Le traitement spécifique est commencé.

Dans ce cas, la cicatrisation des chancres a marché avec une rapidité vraiment surprenante. Les injections n'ont en rien modifié l'évolution de la roséole.

Obs. IV. — *Syphilis maligne précoce : ulcérations syphilitiques disséminées et multiples.* — X..., 19 ans, malade du service de M. le Dr Tenneson, a eu son chancre en janvier 1898, puis roséole sans autres accidents.

Elle entre dans le service vers le mois de mars 1898, pour des syphilides ulcéreuses.

Du 15 au 21 mars elle prend journellement 1 cuillerée à soupe de liqueur de Van Swieten, et 2 cuillerées à soupe d'iodure de potassium.

Le 23 mars, elle est dans un mauvais état : inappétence, insomnie, adynamie, transpirations, syphilides ulcéreuses de dimension variant de 50 centimes à franc, sur la face, le cuir chevelu, le thorax, l'abdomen, la région sacrée, les bras et les jambes.

Elle est soumise aux injections d'eau de mer; le 23 et le 28, on lui injecte 800 centimètres cubes à chaque fois.

Il se produit dans les ulcérations une modification subite dans le sens de la cicatrisation et les lésions semblent marcher hâtivement vers la guérison.

Les injections d'eau de mer sont cessées, le traitement mercuriel est repris sous forme d'injections mercurielles et d'iodure de potassium.

Le 1^{er} avril l'état des plaies, loin de s'être amélioré, s'est aggravé.

Cette observation n'a pu malheureusement être suivie plus longtemps; mais le fait important à retenir est la poussée cicatricielle active dès la deuxième injection.

Obs. V. — *Syphilome gommeux des bourses.* — N..., jockey, âgé de 33 ans, nous est envoyé à Saint-Louis, comme étant atteint de tuberculose testiculaire. C'est d'ailleurs le diagnostic que nous acceptons à cause des ulcérations profondes, anfractueuses, des pertuis fistuleux, des abcès, de l'empatement général et de la tuméfaction violacée des parties malades. Cependant les testicules ne semblent pas intéressés.

Un examen bactériologique ne démontre pas de bacilles et l'examen histologique indique une infiltration abondante de toutes petites cellules sans caractères nets : on dirait un bourgeon charnu.

Le malade est très déprimé, vomit, ne dort pas, maigrit. Il ne tousse cependant pas et nie tout accident tuberculeux ou syphilitique.

Nous écartons le diagnostic de morve ou d'affection équine.

Le 24 février, le malade pèse 62 kilogrammes, on lui injecte 100^{cc} d'eau de mer. Puis injections successives, le 27 février et le 3 mars, de 100^{cc}; les vomissements se calment, le sommeil et l'état général sont bons.

Le 8 mars, la suppuration a diminué notablement, les bords de l'ulcère ont bon aspect et se sont notablement rapprochés. On fait une injection de 200^{cc}.

Les jours suivants l'amélioration s'accroît. Le 27 avril, le malade pèse 68 kilogrammes. Il a donc augmenté en un mois de 6 kilogrammes.

On lui fait régulièrement, tous les 3 à 4 jours, une injection de 200^{cc} d'eau de mer. Mais à partir du milieu d'avril les ulcérations reprennent, il s'en fait même de nouvelles.

Nous suspectons la syphilis et concurremment faisons des injections d'abord de biiodure à la dose de 0,02 à 0,04 centigrammes, nous n'obtenons pas de résultats. L'huile grise à 1/40 est alors substituée au biiodure. A la quatrième injection de 8 divisions d'huile grise, sans eau de mer, le malade est complètement guéri.

Dans cette observation, il y a eu deux phases très nettes : une amélioration rapide par l'eau de mer, puis ensuite une recrudescence, sans que nous puissions saisir encore le pourquoi de ces brusques variations.

De ces observations et de nos essais de thérapeutique de la syphilis par l'eau de mer, nous pensons pouvoir tirer quelques conséquences intéressantes :

1° En premier lieu les modifications rapides de l'état général et l'augmentation de poids qui s'est montrée dans les cas traités. C'est l'effet analogue que produit l'injection d'eau de mer chez les tuberculeux, chez les dénutriés et débilités.

2° Le deuxième point essentiel, semblant, à notre avis, véritablement imputable à l'eau de mer, est la poussée cicatricielle sur les ulcérations syphilitiques quelle qu'en soit la période ou la nature.

3° Comme conséquence dans certains cas, la guérison rapide, dans d'autres au contraire, après une phase d'amélioration, arrêt puis poussée ulcéreuse nouvelle.

Ces faits, pouvant être interprétés, soit par un arrêt momentané de la virulence, soit par une modification passagère du terrain.

4° Enfin une dernière remarque des plus importantes résulte de l'examen des observations qui indiquent, en cas d'association des injections marines et du traitement mercuriel, une plus grande tolérance pour l'absorption du mercure et la préservation ou la guérison plus rapide de l'intoxication mercurielle.

En résumé, on peut se demander si l'injection d'eau de mer ne constituerà pas dans l'avenir, associée au traitement mercuriel,

qu'elle permettra de rendre intensif, le meilleur traitement du phagédénisme syphilitique.

Les modifications de l'élimination urinaire sous l'influence des eaux de la Bourboule.

Par MM. GASTOU et FERREYROLLES.

Dans une étude sur les troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire au cours des dermatoses (1), MM. Gaucher et Desmoulières ont attiré l'attention des médecins sur la nécessité actuelle de définir chimiquement ce que l'on se contentait de définir autrefois sous le nom de diathèse.

La diathèse n'est plus pour eux qu'une auto-intoxication chronique par les matières azotées désassimilées, et les accidents dits diathésiques ne sont que les manifestations de cette auto-intoxication.

Le premier d'entre nous a donné de l'arthritisme la conception suivante : « Véritable déséquilibre du système glandulaire, entraînant une incapacité fonctionnelle ou organique des cellules du foie, du rein, des glandes du tractus digestif, des bronches ou de la peau, dont la conséquence est la production en excès d'acide urique, de produits insuffisamment transformés qui au lieu de s'éliminer par les voies habituelles normales, restent dans les tissus articulaires ou osseux, dans les viscères, ou bien sont rejetés par les glandes intestinales, pulmonaires ou cutanées, donnant naissance aux manifestations articulaires viscérales ou cutanées : d'où les dermatoses arthritiques » (2).

Dans une étude antérieure, étudiant les dermatoses au point de vue de l'élimination urinaire, le même auteur disait : « Quoique l'analyse des urines, telle du moins qu'elle est pratiquée actuellement, ne puisse être considérée comme le critérium absolu des échanges organiques et, par conséquent, de la nutrition, elle en est cependant un élément d'étude important.

Dans les dermatoses aiguës, on note l'augmentation de la densité et des chlorures, la diminution de l'urée et des phosphates; exception faite pour les dermites médicamenteuses d'origine interne, dans lesquelles l'urée et les phosphates ont été trouvés augmentés et les chlorures diminués.

Dans les dermatoses chroniques avec phénomènes nerveux ou

(1) Le terrain dermatologique. Dermatoses systématisées. Les dermatoses diathésiques (arthritisme et lymphatisme, scrofule et strume, herpétisme). *Revue des maladies de la nutrition*, t. I, n° 2, p. 65.

(2) P. GASTOU. Formule urinaire des dermatoses. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie et Annales de Dermatologie*, 1901, p. 136.

cachectiques, la densité, l'urée et les phosphates ont été diminués, les chlorures augmentés.

Dans les dermatoses bulleuses, il existe une variabilité considérable dans les résultats.

En général, tous les éléments sont diminués, alors qu'au moment des poussées il existe des modifications considérables dans les rapports des éléments entre eux.

Dans la syphilis à la période secondaire et lorsqu'il existe des lésions viscérales tertiaires, tous les éléments sont augmentés alors que les manifestations nerveuses entraînent une diminution de tous les éléments et une augmentation des phosphates. »

Si nous avons cité ces travaux et conclusions, c'est pour montrer l'importance qu'a le traitement de la cause diathésique dans le traitement des dermatoses.

— Ce traitement se faisant non seulement à l'aide des médications appropriées mais encore par les eaux thermales.

C'est à ce sujet que le second d'entre nous, l'an dernier, dans une étude sur l'action des eaux de la Bourboule, sur les dermatoses (1), s'est efforcé de montrer que ces eaux modifiaient heureusement (indépendamment de leur action locale) le vice de nutrition caractérisé : par la dislocation incomplète de la molécule azotée, par la production excessive de matières extractives. Dans ce travail, à la suite d'une série de faits cliniques et expérimentaux, il était démontré que par ingestion : elles remédiaient au mauvais fonctionnement du foie qui se traduit par l'augmentation de l'acidité des urines; elles élevaient le coefficient azoturique et facilitaient l'élimination de l'urée en même temps que l'on observait une diminution dans l'élimination des chlorures et une légère action sur l'élimination des phosphates avec prédominance des phosphates terreux.

Cette conception d'un traitement diathésique à opposer aux dermatoses diathésiques vient de prendre, sous l'influence de Degrez et d'Ayrignac, une importance beaucoup plus grande. En effet, l'examen d'un grand nombre d'analyses d'urines au cours des dermatoses les amène à conclure que :

« Chez 53 p. 100 des malades, le degré de corpulence est supérieur à la normale. Dans 89 p. 100 des cas l'excitation catalytique est supérieure à la normale, tandis que l'activité histolytique révèle une destruction azotée inférieure à la moyenne dans 90 p. 100 des cas.

Relativement au coefficient d'utilisation azotée, nous obtenons les résultats déjà publiés par Gaucher et Desmoulières pour l'eczéma et le psoriasis, mais non comme ces auteurs, dans tous les cas étudiés. Ce

(1) P. FERNEYROLES. Les eaux de la Bourboule et leur action dans les dermatoses. *Thèse inaug.* Michalon, Paris, 1904.

coefficient ne descend, en effet, au-dessous de la normale, que chez 50 p. 100 des malades. Il semble donc que chez les autres, la qualité de l'histolyse supplée à sa réduction quantitative.

Dans 60 p. 100 des cas, le rapport $\frac{\text{acide urique}}{\text{urée}}$, normalement de 2,6 p. 100, dépasse cette moyenne pour atteindre 3, 4 et même 5 p. 100. »

Nous avons cherché à expliquer, par l'étude de l'examen des urines, les résultats obtenus à la suite du traitement par les eaux de la Bourboule chez nos malades. Nous avons eu cette année à traiter plusieurs cas de dermatoses qui n'ont fait que confirmer les résultats que nous avons obtenus. Nous pourrions citer quelques observations; deux seulement suffiront:

M^{me} M. Eczéma des bras.

AVANT LE TRAITEMENT		APRÈS LE TRAITEMENT	
Volume.....	600 cc.	Volume.....	1.200 cc.
Urée.....	14 ^{gr} ,50	Urée.....	17 ^{gr} ,04
Chlorures.....	3 ^{gr} ,80	Chlorures.....	4 ^{gr} ,20
Phosphates.....	1 ^{gr} ,45	Phosphates.....	2 ^{gr} ,00
Acide urique.....	3 ^{gr} ,7	Acide urique.....	1 ^{gr} ,99

Dans la seconde (observation d'un psoriasis), nous avons:

AVANT LE TRAITEMENT		APRÈS LE TRAITEMENT	
Volume.....	580 cc.	Volume.....	1.600 cc.
Urée.....	15 ^{gr} ,54	Urée.....	23 ^{gr} ,08
Chlorures.....	4 ^{gr} ,23	Chlorures.....	8 ^{gr} ,43
Phosphates.....	2 ^{gr} ,05	Phosphates.....	2 ^{gr} ,59

Mais un fait nouveau nous a frappé. En même temps que nos malades voyaient leurs lésions s'améliorer, nous voyons que le volume de leurs urines se rapproche, en même temps que leurs éléments constituants de la normale. Dans les deux observations précitées, nous voyons le volume passer de 600 à 1200 centimètres cubes et de 584 à 1600 centimètres cubes. En présence de ces faits, il nous a paru intéressant de voir si cette modification urinaire ne se produisait pas sous forme de crise et nos prévisions ont été pleinement confirmées.

Nous venons d'observer, à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, un malade dont l'histoire nous semble devoir être rapportée.

C'est un arthritique, rhumatisant sans aucune lésion viscérale cliniquement appréciable, 50 ans, ouvrier caoutchoutier. Il avait eu, il y a quelques années, un peu d'eczéma, mais n'a eu depuis 4 ans aucune lésion.

Brusquement, il fait aux avant-bras une poussée d'eczéma. Sous

l'influence d'une application pharmaceutique quelconque, les lésions s'étendent d'une façon telle qu'il se voit obligé d'entrer à l'hôpital avec un eczéma généralisé et un prurit d'une intensité qui ne lui laisse aucun repos.

Nous le mettons au régime lacté absolu et lui faisons des applications locales d'eau bouillie.

Nous avons noté très exactement le volume du liquide ingéré, le volume des urines excrétées en même temps que le poids des matières fécales du malade, en admettant qu'elles contiennent 85 p. 100 d'eau. Pendant la durée de nos expériences la température et l'état hygrométrique de l'atmosphère n'ont pas suffisamment varié pour que nous devions en tenir compte dans les résultats obtenus, qui ont été traduits par un graphique fait en trois colonnes et correspondant à :

1. Liquide ingéré en 24 heures.
2. Volume des urines en 24 heures.
3. Total du liquide excrété par 24 heures.

D'après le graphique, nous voyons que sous l'influence de 400 grammes d'eau de la Bourboule après trois jours de traitement, une débâcle urinaire se produisit, et de 2 000 centimètres cubes, le volume des urines a atteint le chiffre de 3 750 centimètres cubes.

Nous notions le volume des urines de 7 heures du matin à 7 heures le lendemain matin, et, fait très curieux, dès le 14 au soir, c'est-à-dire 10 heures après le début de cette crise, le prurit a commencé à diminuer pour cesser le 16 à peu près complètement; le 18 le malade, déjà remis, très satisfait, obligé de travailler, nous échappe et quitte l'hôpital; nous n'avons donc pas pu le suivre et voir quel était, d'une façon absolue, le taux normal du volume de ses urines.

De 3 750 centimètres cubes, les urines ont passé à 3 500, 3 000 et 2 200; mais que sont devenus les principaux éléments, urée, chlorures, phosphates et la densité?

Le tableau suivant nous semble très utile pour bien marquer l'ensemble des phénomènes :

VOLUME	DENSITÉ	URÉE	CHLORURES	PHOSPHATES
1200	1025	21.60	9.87	1.31
2500	1013	29.42	3.62	3.50
2200	1014.5	32.48	3.33	3.74
2300	1015	28.2	4.5	4.14
2000	1016	28.2	6.5	3.90
3750	1012	43.37	13.12	4.50
3500	1012	32.20	11.55	4.02
3000	1013	33.90	10.5	4.05
2200	1013	26.40	7.70	2.60

Si nous rapportons tout au litre, nous voyons qu'il y a peu de variations dans la proportion des matières dissoutes et en conséquence, la densité est à peu près la même.

Le volume augmente et partout il y a, comme le montre le tableau, augmentation du total des sels excrétés.

L'urée passe de 32 grammes à son maximum, 43^{gr},37, tandis que les chlorures arrivent à 13^{gr},12; peu de variations dans les phosphates; remarquons toutefois que, ce jour-là précisément, leur taux atteint son maximum.

En résumé, nous avons observé à la suite de l'ingestion de 400 grammes d'eau de la Bourboule, au cours d'un eczéma aigu prurigineux, une crise urinaire analogue à la crise urinaire des maladies infectieuses annonçant une diminution dans l'intensité des phénomènes cliniques.

Pourquoi ne pas admettre que cette crise se produit également au cours des dermatoses à la période aiguë? Pourquoi ne pas admettre que sous l'influence des éléments constituants de l'eau de la Bourboule, le rein qui ne fonctionnait pas, soit sous l'influence d'une accumulation de sels au niveau du filtre rénal, soit, hypothèse beaucoup plus plausible, puisque nous admettons une diathèse, par suite d'une inhibition résultant d'une intoxication générale. Pourquoi ne pas admettre que l'ordre ait été rétabli sous l'influence de l'ingestion d'eau de la Bourboule?

Ces conclusions, vu le nombre restreint de nos observations, sont peut-être un peu trop absolues, nous avons l'intention de les confirmer par l'examen de nouvelles observations en consignnant les autres éléments de l'urine avec l'étude du point A et de la tension superficielle.

Dyskératose pilaire et folliculaire (acné kératique villeuse chez une enfant).

Par MM. GASTOU et THIBAUT.

Il existe parfois une véritable systématisation dans les affections cutanées, surtout lorsqu'elles sont congénitales.

Lorsque cette systématisation s'étend au système épidermique, elle détruit simultanément ou successivement : le poil, le follicule pileux et les glandes sébacées, quelquefois même les ongles. D'autres fois, au contraire, elle se limite à l'appareil pilo-sébacé, au lobule pilaire formé par le poil, les follicules, la glande sébacée, les vaisseaux, et les nerfs.

L'observation que nous rapportons ici est, à ce point de vue, des plus intéressantes.

Darr... Suzanne, est la septième enfant que sa mère a mise au monde sur dix grossesses menées à terme. Elle est actuellement âgée de 4 ans et demi.

Trois enfants sont morts en bas âge; le premier et le cinquième ont succombé à l'athrespie dans les premiers mois, le huitième n'a vécu que quelques heures.

Le père est un homme robuste sans trace de dégénérescence ni d'intoxication. La mère, de complexion plus délicate, s'est toujours occupée des soins du ménage et n'accuse pas de maladies antérieures.

Le grand-père maternel est atteint de calvitie sénile, l'aïeule est décédée il y a longtemps d'affection aiguë de nature indéterminée.

Du côté paternel les grands-parents ne présentent rien de particulier; l'un d'eux est encore un ouvrier vigoureux, sa femme est morte, l'une de ces dernières années, d'un accès d'asthme.

Parmi les frères et sœurs de notre malade, aucun n'a de dystrophies cutanées. La fille aînée, âgée de 19 ans, est seulement un peu acnéique. Elle présente à la face et à la région dorsale de nombreux comédons.

La mère a toujours eu des grossesses normales; elle se souvient très nettement cependant que celle qui se termina par la naissance de la petite Suzanne fut pénible. Elle eut pendant longtemps des vomissements, et fut durant toute sa grossesse d'une impressionnabilité particulière. C'est ainsi qu'elle ne cessait, précise-t-elle, d'avoir devant les yeux la figure de son père tombé malade à cette époque, et surtout de voir sa tête chauve, redoutant à cause de cela, et selon ce qui se dit dans le peuple, que son enfant n'eût « un rapport ».

Je relate cette réflexion sans commentaires, mais pour la sincérité de l'enquête que j'ai faite.

La fillette qui nous occupe naquit cependant dans de bonnes conditions et ne présenta aucun stigmate de tare héréditaire.

A part un peu de lymphatisme, elle s'est développée normalement et a la taille et le poids moyen d'un enfant de son âge.

Elle avait en naissant des cheveux qui au bout de quelques semaines tombèrent complètement et n'ont jamais repoussé depuis.

A deux mois, elle eut des convulsions, plusieurs autres fois dans les premières années, toujours après un repas trop copieux.

C'était une enfant nerveuse et irritable, et très fréquemment, dans le but de la calmer, on lui faisait de la sinapisation aux jambes et aux poignets.

Les troubles kératosiques débutèrent aux cous-de-pied, et on attribua leur origine à ces révelsifs.

Il y eut, d'après la mère, des moments où les lésions survenaient plus abondantes, et des moments où elles disparaissaient spontanément en partie.

L'enfant ne subit aucun traitement, n'étant pas incommodée par son éruption, et c'est surtout pour essayer de remédier à son alopecie totale que sa mère nous la présente.

En voyant l'enfant, nous sommes en effet frappés par l'absence absolue de cheveux sur toute la tête, les sourcils et même les cils manquent, et le sujet porte constamment la tête baissée pour protéger ses yeux.

Le cuir chevelu, avant tout traitement, était lisse et luisant, pas gras toutefois, et ne présentait aucune desquamation pityriasique. Depuis notre premier examen, à la suite de frictions quotidiennes à la brosse avec une lotion excitante, il s'est développé de nombreux duvets, mais ces poils sont grêles, mal implantés, peu solides et de coloration très claire.

Le front offre de nombreuses aspérités isolées, rugueuses, très saillantes, devenant plus confluentes aux régions sourcilières, où elles reposent sur un fond érythémateux et remplacent totalement les poils des sourcils.

Quelques autres élevures kératosiques se montrent sur les bords palpébraux rouges et dégarnis des cils. Un nouveau groupement siège à la racine du nez.

D'autres saillies sont disséminées sur le visage, on voit sur le lobule de l'oreille droite une corne de quelques millimètres, une autre plus petite au lobule de l'oreille gauche.

La peau par ailleurs est douce au toucher, elle ne présente aucun follet et ne desquamie pas.

A la main droite sur le bord cubital sont disposés à la suite les uns des autres, en ligne, quatre îlots formés de productions cornées peu squameuses et reposant sur un fond papuleux et hyperémisé.

Ces saillies cornées occupent les orifices folliculaires, elles sont grisâtres ou terminées par un point noir.

En les frottant avec la main on a la sensation de toucher une râpe.

Sur tout l'avant-bras du côté de l'extension on trouve de nombreuses cornes tantôt isolées, tantôt plus rapprochées et disposées en forme de figures géométriques. La peau a conservé sa coloration normale sauf à quelques centimètres au-dessus du poignet, bord radial où un îlot à peu près de la dimension d'une pièce de vingt centimes fait fortement saillie sur un fond rouge et poussiéreux.

Aucune lésion du côté de la flexion ni sur la partie antérieure du bras. A la face postérieure de celui-ci quelques cônes cornés isolés se détachent sur une peau granitée et rougeâtre.

A la main gauche, mêmes lésions disposées en îlots séparés épais ayant les mêmes caractères, hyperhémie et saillies cornées.

L'un des îlots se trouve au milieu du bord cubital de la main, l'autre sur la *phalange* du petit doigt. Sur la phalangine existait il y a quelques mois une autre production semblable qui a disparu spontanément et dont on trouve encore de petits points cicatriciels.

Sur l'avant-bras gauche, les cônes sont espacés, disposés presque en ligne droite tout le long du bord cubital.

A la partie postérieure du bras gauche et symétriquement au bras droit, on trouve des aspérités isolées et une peau rougeâtre.

Les coudes des deux côtés sont indemnes et les ongles n'offrent ni stries ni altérations.

Sur les cuisses, à la région antérieure, deux cônes cornés à droite, un seul à gauche.

Les jambes sont couvertes de saillies rugueuses, pressées les unes contre les autres, descendant du tiers supérieur jusqu'à la cheville.

A la jambe droite, certaines lésions sont très volumineuses et se recourbent en forme de béliet; en d'autres points elles sont confluentes, forment des petits placards raboteux à fond hyperhémé. L'éruption est plus discrète à la face interne et postérieure du mollet où la peau est de coloration normale.

Les saillies cornées atteignent au moins 2 millimètres à la région antéro-externe de la jambe gauche. On y rencontre aussi de petits placards grisâtres et pityriasiques sur un fond rouge qui les débordent.

Les genoux sont respectés de même que les pieds et les ongles.

Lorsqu'on arrache une de ces petites cornes, on voit qu'elles s'enfoncent dans l'épiderme, laissant sous elles une autre dépression conique disposée en sens inverse. Disséminées, elles sortent tantôt d'un fond blanc, tantôt elles sont entourées d'une zone rouge périphérique.

La peau est saine dans les grands plis articulaires; elle garde sa coloration normale là où il n'y a pas de lésions et ne desquame légèrement qu'au niveau des placards.

A aucun endroit on ne trouve ni suintement, ni vésicules, ni croûtes.

La maladie paraît depuis plusieurs années rester stationnaire, elle a plutôt régressé spontanément dans ces derniers temps. Toutefois il s'est développé depuis quelques jours, au niveau du pavillon de l'oreille droite sur l'hélix, une nouvelle série de petites élevures, mousses encore, et mesurant environ 1 millimètre de longueur.

La santé générale est restée très bonne, l'enfant n'accuse aucun symptôme pénible, ni démangeaisons, ni picotements.

On ne trouve même pas chez elle de troubles d'intoxication gastrique si fréquents chez les autres acnéiques.

Il n'y a d'ailleurs aucune lésion d'acnée, ni peau grasse, ni comédons.

La sensibilité cutanée est partout normale.

L'examen histologique fait sur une biopsie pratiquée au niveau d'un des placards de la jambe, indique une hyperkératose de l'ostium folliculaire avec réaction leucocytaire à la base du follicule.

Sous quel vocable classer cette affection? Nous éloignons le diagnostic de pityriasis rubra auquel nous avons pu songer en raison de l'état poussiéreux des jambes, des cônes épidermiques et de l'hyperémie, car on ne trouve aucune lésion de la paume des mains ou de la plante des pieds, car il n'y a ni pityriasis, ni séborrhée du cuir chevelu, car les ongles ne sont pas atteints, et les lésions des phalanges sont trop cornées et trop saillantes. Le trouble dominant ici est l'hyperkératose et non le pityriasis.

Nous n'avons pas affaire non plus à la kératose pileaire, compagne si fréquente de l'alopecie congénitale, en raison du siège des lésions, particulièrement aux mains et aux phalanges que ne touche jamais la kératose, en raison aussi du début de l'affection qui chez notre malade remonte au premier mois de l'existence.

Nous ne pouvons penser à la psorosperme folliculaire, végétante: les lésions n'occupent aucun pli articulaire respectant les

organes génitaux, il n'y a pas de croûtelles ni de plaques graisseuses exhalant une mauvaise odeur. En arrachant les cornes, on ne fait sourdre aucun enduit sébacé.

Ce n'est pas davantage de la kératose folliculaire contagieuse de Brooke, car l'enfant qui vit au milieu de ses frères et sœurs n'a contaminé aucun d'eux, et nous ne connaissons ni dans sa famille, ni dans son entourage, ni dans son quartier aucune personne atteinte de lésions semblables. Ce n'est pas non plus une porokératose.

Nous croyons plutôt qu'il s'agit, chez notre sujet, d'une dyskératose congénitale ayant déterminé sur le crâne une alopecie par arrêt de développement du follicule pileux et sur le corps une sorte d'acnée cornée, d'acnée kératique, de kératose folliculaire villeuse analogue à celle décrite par MM. Tenneson et Leredde et dont le musée de l'hôpital Saint-Louis possède un moulage (*Société de dermatologie*, 1901).

M. Mibelli adresse un mémoire sur la porokératose (Voir *Annales de Dermatologie*, 1903, p. 489) avec préparations microscopiques qu'il soumet à l'examen de la Société.

Élections.

Au cours de la séance ont été nommés :

Membres titulaires : MM. GRIFFON ; GROLL ; TEULON-VALIO ; NICOLAS ; ECK ; FOUQUET ; COYON ; SABAREANU.

Membres correspondants : MM. PHOTINOS ; GRAHAM LITTLE ; PERNET ; EDDOWES ; BUNCH ; GRIFFITHS ; O'BRIEN.

Le secrétaire,

E. LENGLET.

www.libtool.com.cn

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1905

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société sur un cas de mycosis fongolde à grands cratères confluent avec proliférations locales, *in situ* et à distance, par MM. HALLOPEAU et DUBANTON. — Sur un mycosis fongolde à forme lichénoïde et en placards avec localisation initiale et disposition en groupes circonscrits, par MM. HALLOPEAU et GRANCHAMP. — A propos d'une lettre de M. BALDOMERO SOMMER sur un cas probable de boubas, par M. HALLOPEAU. — Sur une forme ortiée de pityriasis rosé, par M. HALLOPEAU. — Sur une ichthyose hystrix congénitale avec productions bulleuses et hypotrophie, par MM. HALLOPEAU et ROY. (Discussion : MM. LENGLET, THIBIERGE, DARIER, HALLOPEAU.) — Accidents post-vaccinaux chez des enfants de souche ichthyosique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. A. FOURNIER, DE BEURMANN, BEAUDOUIN.) — Psoriasis et ichthyose, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : M. THIBIERGE.) — Un cas d'angiokératome de Mibelli, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Lichen plan palmaire (deux observations, l'une à larges papules, l'autre à pointillé rouge), par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Dermite faciale atropho-hypertrophique en aires à progression excentrique, d'origine indéterminée, peut-être tuberculeuse, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : M. THIBIERGE.) — Coexistence de syphilides palmaires, de leucoplasie linguale et de cancer de la langue, opéré et récidivé, par MM. GAUCHER et DOBROVICI. — Syphilis ignorée, par M. MOTY. — Influence de la ponction lombaire sur le prurit du lichen de Wilson, par MM. THIBIERGE et RAVAUT. — Coïncidence de verrues planes du visage et des mains et de végétations des organes génitaux chez une même malade, par M. THIBIERGE. (Discussion : MM. HALLOPEAU, THIBIERGE.) — Gommies sous-cutanées de nature indéterminée guéries par le traitement mercuriel, par MM. V. GRIFFON et J. DU CASTEL. — Chancre mou de l'index, abcès lymphangitique chancrelleux à distance, par MM. V. GRIFFON et F. DEHÉRAIN.

Ouvrages offerts à la Société.

J. AUDRAIN. — *Contribution à l'étude diagnostique et clinique de la syphilis pulmonaire*. Caen, 1905.

CHI FOUCRET. — *Traité de la syphilis articulaire*. Thèse, Paris, 1905.

J. BRAULT. — *Pathologie et hygiène des indigènes musulmans d'Algérie*. Alger, 1905.

— Les maladies cutanées et vénériennes chez les indigènes musulmans d'Algérie. Extr. : *Revue générale des sciences appliquées*.

J. BRAULT et J. TANTON. — Étude clinique et anatomo-pathologique d'une tumeur paradoxale. Extr. : *Archives de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1905.

— Sur un cas de neuro-fibromatose généralisée. Extr. *Archives générales de médecine*, 1905.

Protocole de la Société dermatologique, vénéréologique de Moscou, 1905.

KARL HERXHEIMER. — Ueber die Beziehungen der Spirochæte pallida zur Syphilis. Extr. : *Medizinische Klinik*, 1905.

— Ueber Darstellungsweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochæte pallida. Extr. : *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1905.

— Further observations on acro-dermatitis chronica atrophicans. Extr. : *The Journal of cutaneous Diseases*, 1905.

KARL FLUGEL. — Ueber Rectalgonorrhoe bei Vulvovaginitis infantum. Extr. : *Berliner klinische Wochenschrift*, 1905.

K. HERXHEIMER und W. BORNEMANN. — Ueber die Orientbeule. Extr. : *Verhandlungen d. V. internationalen Dermatologen-Kongresses*.

W. BORNEMANN. — Ein Fall von Erblindung nach Aetoxylinjektionen bei Lichen ruber planus. Extr. : *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1905.

P. COHN. — Eine primäre nicht gonorrhöische Urethritis mit auffallend reichlichen Influenzabacillen. Extr. : *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1905.

Sur un cas de mycosis fongolde à grands cratères confluents avec proliférations locales in situ et à distance.

Par MM. H. HALLOPEAU et DURANTON.

Si nous présentons cette malade, atteinte d'un mycosis avec tous ses caractères classiques, c'est, d'une part, en raison de l'intérêt clinique et pathogénique qu'offre sa vaste ulcération de la jambe gauche, d'autre part, dans le but de montrer quelles sont l'étendue et la gravité des lésions avant d'entreprendre une cure par les rayons X.

Son observation peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée E..., âgée de 44 ans, originaire de la Nièvre, n'a jamais présenté de maladie grave. Depuis sa naissance, elle est atteinte d'une ichthyose généralisée qu'elle affirme s'accompagner depuis longtemps de prurit.

En février 1904, à la suite de démangeaisons plus violentes que de coutume, elle a vu se développer à sa jambe gauche une petite ulcération qui, s'agrandissant progressivement, a atteint au mois d'août les dimensions d'une pièce de deux francs ; bientôt, sur l'épaule droite, apparut une saillie arrondie, rouge, puis, une nouvelle ulcération sur la cuisse droite. A ce moment, elle a subi un traitement mercuriel qui n'a produit aucun effet. Depuis lors, de nouvelles saillies se sont manifestées en différentes parties de la surface cutanée ; elles se sont développées excentriquement et pour la plupart ulcérées.

Actuellement, la malade présente à la jambe gauche une vaste ulcération mesurant 20 centimètres verticalement sur 16 centimètres transversalement. Sur cette grande ulcération, on peut noter 8 centres différents qui peu à peu se sont agrandis et ont fini par se réunir. Mais néanmoins, ces ulcérations d'origine multiple sont encore aujourd'hui nettement distinctes. Elles forment des cratères qui atteignent jusqu'à 3 centimètres de profondeur, y compris le bourrelet saillant rouge qui les entoure. Ce bour-

relet atteint lui-même près d'un centimètre de diamètre. Les dimensions des deux cratères les plus élevés sont de 4 centimètres sur 3 environ; les cloisons des cratères situées au-dessous sont partiellement détruites, et la vaste ulcération est limitée par des contours polycycliques. On trouve partout ce même bourrelet saillant, de consistance molle, ulcéré à sa partie interne, excorié à sa surface et limité en dehors par un sillon des plus nets. Ces particularités se voient avec une remarquable netteté sur les belles photographies de M. Gossin que nous sommes heureux de pouvoir montrer à la Société.

Le fond de l'ulcération est tomenteux, rempli de masses sphacélées et de détritissanieux. On y remarque un grand nombre de saillies d'un rouge vif, de consistance relativement ferme, se distinguant par ce caractère de bourgeons charnus miliaires. Autour de l'ulcération, il y a encore des parties excoriées dans un rayon de 10 à 15 millimètres; en certains points, elles sont parsemées de petites saillies végétantes. Au centre de chacune de ces végétations, on voit une éminence papilliforme; beaucoup plus en dehors, on trouve des masses indurées variant du volume d'un grain de millet à celui d'un haricot; elles remontent jusqu'à 40 centimètres au-dessus du genou; elles sont pour la plupart irrégulièrement ovalaires, plus ou moins allongées; d'autres sont arrondies, exulcérées dans leur partie centrale. Certaines d'entre elles donnent issue à une exsudation séreuse rappelant la consistance du liquide des gommés.

Au-dessus du cratère le plus élevé de la grande ulcération, on voit deux masses saillantes séparées du bourrelet par un intervalle de 8 millimètres. Ces deux masses, ayant les dimensions l'une d'une lentille, l'autre d'une pièce de cinquante centimes, commencent à se déprimer dans leur partie centrale.

Sur la partie antéro-interne de la cuisse gauche, l'éruption est polymorphe. On note un grand nombre de saillies végétantes dont quelques-unes sont ulcérées à leur partie centrale et entourées d'un bourrelet saillant.

A la cuisse droite, une de ces ulcérations avec bourrelet périphérique atteint les dimensions d'une pièce de deux francs. A la partie externe de la même cuisse, une autre ulcération dépasse les dimensions d'une pièce de cinq francs.

Une éruption lichénoïde, avec des ulcérations analogues à celles des membres inférieurs mais beaucoup moins grandes, occupe toute l'étendue des membres supérieurs, sauf les régions palmaires où l'on ne voit qu'un petit nombre de papules squameuses.

Derrière l'épaule gauche, une ulcération semblable atteint les dimensions d'une pièce de deux francs; à la partie externe de cette épaule une autre ulcération présente des saillies végétantes.

Dans le dos, le côté gauche est le siège d'altérations de même nature. L'éruption lichénoïde affecte une disposition circulaire. Les éléments laissent entre eux des intervalles de peau normale polycycliques. Les papules lichénoïdes sont lisses, brillantes, polygonales. Beaucoup d'entre elles ont la forme d'un disque avec partie centrale indemne. Les cloisons intermédiaires aux disques voisins s'effacent comme par interférence. La couleur pâle des parties centrales tranche sur la couleur vive des parties qui les entourent.

Sur la face dorsale des pieds, on retrouve l'ichthyose congénitale. A la face plantaire des orteils, il s'est développé une éruption squameuse avec rougeur des téguments. Par places, les squames y sont épaissies.

Le cuir chevelu est recouvert de squames.

Les ganglions axillaires sont tuméfiés dans des proportions moindres qu'on ne s'y attendrait en raison des altérations cutanées et de la nature de la maladie. Les ganglions inguinaux sont volumineux.

L'aspect de la jambe ulcérée est des plus saisissants; chez aucun de nos mycosiques, déjà nombreux, nous n'avions observé d'ulcérations aussi profondes et étendues : ce sont de véritables cratères auxquels le bourrelet périphérique donne une physionomie toute spéciale.

La confluence des 8 cratères en une seule ulcération polycyclique et la présence, à leur voisinage immédiat, de néoplasies semblables en voie de progression offrent un intérêt considérable au point de vue de la pathogénie de ces altérations : il y a là, en toute évidence, une prolifération locale *in situ* et à distance : les néoplasies mycosiques se multiplient localement et s'étendent rapidement en surface et en profondeur; les néoplasies ambiantes montrent qu'elles prolifèrent également à distance, par les interstices des tissus, comme le font les syphilomes.

Ces faits impliquent la nature parasitaire de la maladie, car la prolifération est l'attribut de la vie et il est bien peu probable qu'elle ait trait, en ce cas, à des cellules de l'organisme déviées de leur nutrition : reste à découvrir le microbe pathogène.

Notre collègue, M. Danlos, veut bien se charger d'appliquer à cette malade le traitement par les rayons X que nous avons vu amener la disparition rapide de nombreuses néoplasies mycosiques (1).

Sur un mycosis fongoïde à forme lichénoïde et en placards avec localisation initiale et disposition en groupes circinés.

Par MM. H. HALLOPEAU et GRANCHAMP.

Ce fait qui, dans ses grands caractères, répond à l'un des types classiques de cette maladie, présente quelques particularités sur lesquelles nous nous permettons d'attirer l'attention. Ce mycosis a débuté il y a environ trois ans. par une plaque rouge prurigineuse et légèrement saillante qui, pendant plusieurs mois, est restée localisée à la partie interne de la joue gauche, contre l'aile du nez; puis, l'éruption s'est étendue progressivement à la plus grande partie de la surface cutanée.

Elle est représentée actuellement par des plaques lichénoïdes confluentes

(1) A notre vif regret, la malade vient de quitter notre service, nous n'avons pu montrer à la Société que sa photographie.

ou circinées, par des placards, exulcérés ou non, offrant la forme de petits macarons, par des nodules intradermiques, et par de l'hyperkératose plan-taire.

Les nappes de lichen sont constituées par une exagération des plis de la peau qui circonscrivent des papules lisses, brillantes et polygonales.

En beaucoup de points, des éléments semblables entourent des aires au niveau desquelles la peau a sa coloration normale; les dimensions de ces cercles approchent le plus souvent celles d'une pièce de 0 fr. 50 ou d'un franc.

Les placards sont disséminés sur le tronc et les membres; ils sont arrondis, de consistance ferme, d'un rouge plus vif que les parties voisines, du volume d'une pièce d'un ou deux francs; une partie d'entre eux sont exulcérés.

On perçoit en outre par la palpation de petits nodules intra-dermiques.

Le prurit est intense et, comme il est de règle, ne s'accompagne pas de prurigo malgré la violence des grattages.

Tous les ganglions accessibles à l'exploration directe sont considérablement tuméfiés. Une biopsie, pratiquée par M. Milian, donne les résultats suivants.

Les lésions histologiques sont absolument caractéristiques du mycosis fongoïde.

A un faible grossissement, on constate que les papilles du derme et la région sous-papillaire sont occupées par un infiltrat abondant souvent nodulaire; les cônes interpapillaires sont augmentés de volume en hauteur et en largeur; l'épiderme présente également des altérations. Dans la profondeur du derme, il y a également des infiltrats cellulaires mais moins nombreux que dans la région sous-papillaire et le plus souvent groupés autour des vaisseaux; à un fort grossissement, les infiltrats apparaissent formés de cellules variées distribuées dans un réticulum indéniable, quoique médiocrement apparent: lymphocytes, plasmazellen, en prédominance; grains plus ou moins volumineux de chromatine libre; cellules à noyaux multiples clair-semées.

L'épiderme, où quelques leucocytes polynucléaires ont émigré, présente les lésions ordinaires du mycosis: état spongoïde, dégénérescence de certains noyaux du corps muqueux; karyokinèses fréquentes; cavités arrondies où sont accumulés lymphocytes et plasmazellen.

Depuis le mois de juillet, cette malade est soumise à un traitement par les rayons X; les placards ont diminué d'étendue: est-ce sous cette influence? Il est vrai que ces régressions s'observent dans le mycosis en dehors de toute intervention thérapeutique, mais, comme cette rétrocession est généralisée et que, d'autre part, nous avons vu des néoplasies de cette nature, persistantes depuis nombre d'années, s'affaïsser complètement et disparaître après quelques semaines de traitement par la radiothérapie, il nous paraît bien probable que nous avons encore ici une relation de cause à effet.

Le prurit est notablement soulagé par l'application du remède que prépare M. Baissade.

Nous insisterons sur la localisation initiale en un placard unique au visage: l'un de nous a fait connaître déjà nombre de faits de même nature et mis en relief l'analogie qui rapproche à cet égard le mycosis

de la syphilis; il semble que l'agent infectieux doive subir, après son introduction dans le tégument, une élaboration prolongée avant de se propager à d'autres parties de la surface cutanée.

Le groupement circiné de nombreux éléments lichénoïdes avec aires indemnes est des plus frappants chez ce malade.

La présence de petits nodules au pourtour de placards saillants indique une prolifération locale.

A propos d'une lettre de M. Baldomero Sommer sur un cas probable de boubas.

PAR M. HALLOPEAU.

Nous avons conclu, dans la dernière note concernant le malade que nous avons présenté dans les séances de février, mai et juin, en faveur de l'hypothèse d'une maladie tropicale de nature indéterminée.

M. Sommer nous écrit à ce sujet pour incliner vers l'idée de la maladie qui est connue dans l'Amérique du Sud sous le nom de *boubas*.

Cette maladie a été dans ces dernières années l'objet de travaux dus à MM. Breda qui lui a consacré un important mémoire, Ledantec, Razetti et Guardia et Sommer lui-même, l'an passé au Congrès de dermatologie de Berlin. Sommer y rattache une observation de Vidal publiée dans l'*Atlas des maladies rares de la peau*, en 1890, sous le titre d'*ulcérations multiples phagédéniques de nature inconnue*, observation que nous-même avons dès lors considérée comme se rattachant à une maladie tropicale (1).

Nous venons de relire cette dernière publication et nous y avons trouvé de frappantes analogies avec la nôtre, analogies telles qu'elles nous conduisent à admettre qu'ils s'agit d'une maladie de même nature.

Dans les deux cas, en effet, l'affection a débuté par des boutons rouges qui se sont ulcérés rapidement, creusés et étendus en surface; les cicatrices sont entourées d'un cercle pigmenté elles sont cloisonnées par des saillies rouges; le bord étroit induré, en relief sur le tégument d'un rouge vif qui entoure les ulcérations, peut être considéré comme ayant été le précurseur du bourrelet circulaire qui entoure les cicatrices de notre malade. Il en est de même de l'anneau pigmenté que l'on voit en limiter d'autres; dans les deux cas, les cicatrices atteignent jusqu'à 10 centimètres de diamètre; dans les deux cas, il s'est produit de vastes ulcérations des muqueuses.

Étant donné que notre malade a longtemps voyagé dans l'Amérique

1) H. HALLOPEAU. *Bulletin de la Société française de dermatologie*, 1890.

du Sud, nous arrivons, pour notre part, à la conviction qu'il est atteint de la maladie dénommée *bouba*.

Cette interprétation nous donne la clef de la discussion que nous avons eue avec M. Queyrat relativement à la nature de cette maladie : en effet, M. Queyrat a trouvé, par l'examen histologique, des lésions qu'il a considérées comme identiques à celles de la tuberculose et en particulier des nodules avec cellules géantes qu'il a regardées comme typiques.

Or, chez le malade d'E. Vidal, l'examen histologique pratiqué par M. Darier a donné des résultats identiques ; ajoutons que, ni M. Queyrat, ni M. Darier, n'ont pu y trouver le bacille de Koch, que les inoculations multiples pratiquées, soit au cobaye, soit au lapin par MM. Trousseau et Wickham ont donné des résultats purement négatifs et que l'évolution des lésions en progression excentrique permet d'éliminer l'hypothèse de toxi-tuberculides.

Il ressort de ces faits que la bouba présente des caractères histologiques très semblables à ceux de la tuberculose sans être de nature tuberculeuse : ceci revient à dire, comme nous l'avons fait, dans la séance de mai, dans notre note sur la signification nosologique des infiltrats de cellules épithélioïdes, lymphatiques et géantes, que ces caractères ne doivent pas être considérés comme suffisants pour établir le diagnostic de tuberculose.

Si notre fait et celui d'E. Vidal sont des cas de boubas, il faut ajouter quelques notes à la description qu'ont donnée nos prédécesseurs de cette maladie : Ses lésions peuvent atteindre 10 centimètres de rayon ; elles peuvent envahir le globe oculaire et y déterminer de l'iritis et une cataracte, après avoir débuté par la paupière ; les ulcérations peuvent évoluer rapidement et aboutir en peu de jours à la cicatrisation ; les cicatrices anciennes peuvent être le siège de nouvelles poussées pendant lesquelles elles deviennent plus saillantes en même temps qu'elles rougissent.

Il y aura lieu de rechercher de nouveau dans ces altérations le bacille décrit par Breda.

Nous remercions M. Sommer d'avoir bien voulu nous aider à la solution de ce problème particulièrement difficile pour des Parisiens éloignés des pays à boubas.

Sur une forme ortiée de pityriasis rosé.

PAR M. HALLOPEAU.

Alexandre L..., âgé de 12 ans, présente une modalité exceptionnelle de cette maladie ; il est entré dans notre service, au n° 12, salle Bazin, avec une éruption typique de pityriasis rosé qui avait débuté, trois jours auparavant,

par une plaque située dans le flanc gauche; l'éruption occupait le tronc, le cou et la racine des membres.

Aujourd'hui, elle a presque entièrement disparu au tronc, mais les éléments de la région cervicale sont devenus saillants, et leurs contours géographiques leur donnent l'aspect de plaques d'urticaire; ils en diffèrent par l'absence complète de sensations pénibles et par leur persistance; si l'on n'avait pas assisté au début de la maladie, on pourrait être embarrassé pour le diagnostic de cette dermatose ainsi modifiée.

Ce jeune homme est légèrement dermatographique: il est probable qu'il y a une relation entre cette anomalie de réaction vaso-motrice et la transformation ortiée des taches de pityriasis.

Sur une ichthyose hystrix congénitale avec productions bulleuses et hypotrophie.

Par MM. H. HALLOPEAU et ROY.

L'observation de cet enfant a été publiée en 1900, au Congrès international de dermatologie de Paris, et en 1902, dans les *Annales de dermatologie*, par M. Brocq, sous le titre d'*érythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie compliquée de bulles*. L'enfant, aujourd'hui âgé de 8 ans, présentait, lorsqu'il est entré dans notre service, le 18 octobre, des altérations identiques à celles qui ont été décrites en 1900 par notre collègue; ce moulage de Baretta en fait foi; nous en rapportant à cette excellente étude, nous indiquerons seulement quelques particularités nouvelles.

En premier lieu, on peut voir que cet enfant est en état d'*hypotrophie*: bien qu'assez grand de taille, il a les membres d'une frappante gracilité; les mains et les pieds sont remarquablement petits, nous avons constaté que leur diamètre était très notablement inférieur à celui des mêmes parties chez des enfants sains.

L'enfant est aujourd'hui presque entièrement débarrassé de ses concrétions de porc-épic; en peu de jours, ce résultat a été obtenu par des bains savonneux, l'application d'une pommade salicylée et une compression douce permanente avec de l'ouate et des bandes roulées: nous avons été conduits à ce traitement compressif par notre observation antérieure de surfaces restant indemnes chez une ichthyosique au niveau des jarretières.

Les éruptions bulleuses continuent à se produire par poussées parfois intenses; le malade éprouve une sensation pénible dans les parties où les bulles vont se produire: elle cesse dès qu'elles se sont développées.

En dehors des soulèvements nettement bulleux, il survient chez cet enfant des décollements de l'épiderme qui laissent des flots desquamés. Toute la surface cutanée conserve une coloration hyper-

pigmentée avec www.libtool.com.cn épaississement de l'épiderme desquamé par places.

Faut-il refuser, avec M. Brocq, à cette dermatose la dénomination d'ichthyose? Les lésions cutanées, à part leur localisation dans les creux articulaires où elles sont d'ailleurs moins prononcées qu'ailleurs, sont tellement identiques à celles de l'ichthyose hystrix qu'il paraît difficile de leur donner un autre nom : n'y aurait-il pas, dans ces différentes formes d'ichthyose, simplement une différence d'intensité de l'anomalie nutritive? Le soulèvement bulleux et les hypotrophies ne sont-ils pas l'expression d'un trouble plus profond, mais de même nature, dans le développement de l'épiderme et aussi des parties profondes? De nouvelles recherches seront à faire dans cette direction.

M. LENGLET. — Si on entend donner à toutes les dermatoses congénitales l'appellation d'ichthyose avec un qualificatif, il est certain qu'on pourra appeler ichthyose un cas de ce genre, mais il semble qu'il vaille mieux, pour la précision scientifique de la nomenclature, établir des groupes précis dans le chapitre des dermatoses congénitales et, dès lors, l'affection qui fait l'objet de la communication de M. Hallopeau serait mieux dénommée, comme le veut M. Brocq, « érythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie ». Cette dénomination a d'ailleurs été déjà acceptée par quelques personnes à l'étranger pour des faits de ce genre, comme nous l'avons vu au Congrès de Berlin. En ce qui concerne le cas actuel et les cas analogues, ils sont par le détail clinique essentiellement différents de l'ichthyose vulgaire : l'érythrodermie, l'akantholyse et la formation de bulles abondantes par poussées subintrales, l'exagération des squames aux plis articulaires, la disposition même des squames, leur faible adhérence, la fréquence de l'hyperhidrose palmaire et plantaire, de la kératodermie palmaire et plantaire, l'envahissement de la face, l'abondance des follets, l'hypotrophie pouvant aller jusqu'à l'apparence sclérodermique et d'autres caractères encore qui n'appartiennent pas à l'ichthyose vulgaire donnent, au contraire, à l'érythrodermie congénitale ichthyosiforme un cachet tout particulier. Aussi, pensons-nous que la confusion de formes si distinctes sous un même vocable est regrettable et qu'il faut dans les dermatoses congénitales faire une place spéciale à l'ichthyose et une autre place à l'érythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermotrophie, comme nous l'avons fait dans notre thèse en 1902 et dans une revue des *Annales de Dermatologie* en 1903.

M. THIBERGE. — Ces faits diffèrent en effet profondément des ichthyoses vulgaires, comme je l'ai dit à propos de deux malades que j'ai présentés à la Société médicale des hôpitaux, le 24 juin 1898. Chez ces deux malades, nous avons observé et signalé spécialement la présence d'un ectropion, le développement exagéré des lésions au niveau des plis articulaires, la kératodermie palmaire et plantaire avec hyperhidrose, tous signes qui éloignent ces faits de l'ichthyose vulgaire et qui caractérisent le type morbide auquel s'applique le nom d'ichthyose congénitale.

M. DARIER. — Parmi les symptômes différentiels, il en est un qui aurait

une valeur considérable : l'ichthyose vulgaire apparaît vers la seconde ou la troisième année. Quand apparaissent les formes morbides qu'on lui oppose ? Sont-elles à proprement parler congénitales ?

M. HALLOPEAU. — Le malade que voici fut pris dès la naissance.

M. LENGLET. — C'est le cas des érythrodermies ichthyosiformes des diverses variétés.

M. TRIBIERGE. — Chez mes deux malades, l'affection existait dès la naissance.

M. DARIER. — Ce caractère de congénitalité me paraît très important, surtout quand il s'adjoint aux divers caractères qui viennent d'être signalés. Il y a donc intérêt à séparer ces faits de l'ichthyose vulgaire.

M. HALLOPEAU. — Je continue à penser que les différences entre cette affection et l'ichthyose vulgaire peuvent s'expliquer par la gravité et l'extension variables d'un même processus. La dénomination d'érythrodermie ne peut être maintenue dans la définition, car la peau de notre malade, très pigmentée, ne présente pas trace actuellement de coloration érythémateuse.

Accidents post-vaccinaux chez des enfants de souche ichthyosique

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

La famille P... est un des plus remarquables exemples, où la transmission d'une dystrophie légumentaire s'est révélée par de multiples accidents à travers trois générations. L'ichthyose les a atteints toutes trois, et des 11 enfants de la troisième génération, 4 ont eu une dermatite polymorphe (cataloguée « rougeole » par les parents) dont deux au moins étaient des maladies de Duhring. L'un d'eux a en même temps une dermatite à kystes épidermiques congénitaux successifs.

Mais le plus curieux est la survenue d'accidents post-vaccinaux divers et multiples, graves, parfois mortels. *9 de ces 11 enfants ont été vaccinés, 8 ont été atteints de 3 à 9 jours après l'inoculation vaccinale, les 2^e, 6^e, 9^e et 10^e de dermatite polymorphe. (Maladie de Duhring probable pour les 2^e et 6^e; sûre pour les 9^e et 10^e), les 3^e et 7^e sont morts en quelques heures, on ne sait de quoi, au milieu d'une éruption vaccinale normale, l'un au 4^e jour, l'autre au 9^e, le 4^e a eu un abcès à la nuque compliqué de méningite, suivie d'idiotie, le 5^e n'eut que « mal aux yeux ».* La survenue de ces accidents toujours graves, parfois même mortels, chez chacun des enfants (auparavant d'une excellente santé), dans les quelques jours qui suivent immédiatement la vaccination, impressionne, malgré l'obscurité des relations entre ces accidents et la vaccine. On comprend que la vaccination soit devenue une terreur dans cette famille, que le

père ait refusé de laisser vacciner les 9^e et 10^e, vaccinés à son insu et malgré lui, et qu'il redoute cette échéance pour le dernier de ses enfants non encore vacciné.

La coïncidence est peut-être fortuite, elle est au moins singulière et presque inexplicable. Doit-on supposer, que chez ces dystrophiques légumentaires (puisqu'ichthyosiques), la vaccine a été la porte d'entrée, là (3^e et 7^e) d'une septicémie foudroyante mortelle, ici d'une infection localisée : abcès, méningite (4^e); mal aux yeux (5^e); que cette vaccine a mis en branle le processus obscur de la maladie de Duhring?

OBSERVATION. — M^{me} P..., la mère de ces enfants, âgée de 36 ans, n'a jamais été malade et ne se souvient de rien dans ses antécédents. Sa mère vivante a 60 ans, sa grand-mère est morte à 79 ans. *Toute l'hérédité pathologique est paternelle.*

M. P..., âgé de 40 ans, père des 11 enfants.

Son grand-père maternel est mort de la pierre et le frère de celui-ci d'une maladie de vessie. Son grand-père paternel et son père sont morts d'un catarrhe vésical. Il ne sait s'ils eurent des dermatoses.

Sa mère vivante, âgée de 76 ans, est très ichthyosique.

De ses trois sœurs deux sont ichthyosiques. Son frère ne l'est pas, mais ses enfants le sont.

Lui-même s'est toujours connu ichthyosique; il doit à cette ichthyose, d'avoir été réformé au service militaire; il n'a pas eu d'autres maladies qu'une scarlatine à l'âge d'un an. L'ichthyose est prononcée, les poils sont rares à la figure, aux aisselles, au sternum, au pubis. La chevelure, au contraire, est belle; une *séborrhée légère*, localisée à ses lieux d'élection médiothoraciques, *contraste avec l'ichthyose*. Cette coïncidence de ces deux états contraires n'est pas exceptionnelle.

Série des onze enfants.

Première. — Alexandrine, morte de méningite à l'âge de 8 mois, aurait maintenant 19 ans; elle est *la seule qui fut vaccinée* (à l'âge de 6 mois) *sans accident.*

Deuxième. — Valentine, vivante, âgée de 16 ans, fut vaccinée à l'âge de 16 mois (vaccin animal frais), jusque-là elle avait été bien portante. Elle a tout de suite après une *dermatite* que le père dit être la « rougeole », mais qui dura plusieurs mois et se compliqua de « carreau ». Elle resta 40 mois à l'hôpital des Enfants. Bien que son père la prétende forte pour son âge, elle est malingre, un peu ichthyosique et non encore réglée.

Troisième. — Annette, vaccinée à 6 semaines (vaccin frais de génisse mairic du 1^{er} arrondissement); est morte 4 jours après en quelques heures.

Quatrième. — Eugénie, vivante, âgée de 12 ans, a été vaccinée par une sage-femme à l'âge de 9 jours (vaccin en tube). Trois jours après survient un *abcès à la nuque compliqué de méningite* (6 semaines de maladie, 3 jours de coma). Elle est restée « arriérée ». Elle parle bien, mais ne sait ni lire ni écrire; elle ne gâte pas, elle n'a ni volonté ni initiative et obéit sans raisonner; « elle irait, dit son père, se jeter au feu ».

Cinquième. — Gaston, vivant, âgé de 10 ans, a été vacciné à l'âge de 3 ans

(vaccin frais de génisse). Le « mal aux yeux » se déclare aussitôt, assez grave pour l'obliger à rester 3 mois dans une chambre noire. Il n'en est rien resté, il est maintenant bien portant. Il n'a pas d'autres signes de dégénérescence que l'insertion haute des cheveux au-dessus des oreilles, qui simule la pelade. Il se livrerait à l'onanisme.

Sixième. — Alphonse, vivant, âgé de 8 ans, a été vacciné à 3 ans (vaccin frais de génisse); 3 jours après apparaissait une éruption « urticarienne » et vésiculeuse dont les poussées se prolongèrent pendant deux mois et que le père affirme être en tout semblables à la maladie actuelle du petit Roger (10^e), *maladie de Duhring*. Il eut à la suite mal aux yeux. Un lentigo, sans doute latent et ainsi mis en évidence, lui en serait resté; contrairement à la règle, ce lentigo est plus apparent l'hiver. Cet enfant est maintenant bien portant, il a à la face quelques lésions d'impétigo sec (dartre furfuracée).

Septième. — François, mort à 8 mois, 9 jours après la vaccination (vaccin en tube); il meurt en quelques heures « presque subitement », alors que les vésicules « étaient bien sorties ».

Huitième. — Mort une heure après l'accouchement.

Neuvième. — Gabrielle, vivante, âgée de 6 ans, a été vaccinée à 3 ans. Trois jours après se déclarait cette fausse « rougeole » qui dura plus de 6 mois, s'accompagna de bulles et de mal aux yeux, de torticolis et de raideurs musculaires généralisées passagères. Éruption semblable à la maladie actuelle du 10^e (*maladie de Duhring*).

Dixième. — Roger, vivant, âgé de 3 ans, est venu à la consultation en juillet en pleine poussée de *maladie de Duhring*. Le début remontait à 8 mois; trois jours après avoir été vacciné (vaccin en tube), il fut couvert de « cloques » tant qu'on ne sait même pas si le vaccin a pris. L'éruption confluyente, ici herpétiforme, là bulleuse, est caractéristique; beaucoup d'éléments, infectés et purulents, reposent sur une base rouge empâtée, et ont amené des tuméfactions ganglionnaires douloureuses généralisées. L'état général reste bon, cependant il tousse, il est sujet aux bronchites et il est suspect d'adénopathie trachéo-bronchique: crise dyspnéique avec cyanose, submatité interscapulo-vertébrale droite. La formule sanguine était:

G. R. 5.430.000

G. B. 13.800

Polynucléaires neutrophiles	76	} Leucocytose et polynucléose due à l'infection secondaire des bulles.
Mononucléaires	17	
Éosinophiles	7	

L'éosinophilie était donc nette, fait à signaler, au moment où des travaux récents la contestent dans la maladie de Duhring.

Le traitement par les réducteurs (formule Baissade) l'améliore considérablement. L'infection disparaît, les bulles se cicatrisent, les poussées deviennent moins fréquentes et moins généralisées. Ce traitement n'empêche pas la venue d'autres éléments. Mais, grâce à lui, chacun d'eux disparaît rapidement et sans complications, sans infection, tout danger est donc écarté.

Une fois nettoyé on s'aperçut d'un léger degré d'ichthyose et d'une autre

malformation cutanée : *kystes épidermiques congénitaux successifs* disséminés sur la nuque, à la face postérieure des bras, contenant une substance blanche pâteuse. Plusieurs sont *tout récents, car ils sont développés sur la macule rouge, reste d'une bulle éteinte* de la maladie de Duhring.

Cette coïncidence de l'ichthyose, de la dermatite à kystes épidermiques congénitaux successifs, de la maladie de Duhring est à signaler.

Onzième. — Yvonne, vivante, âgée de 8 mois, bien portante quoique un peu chétive, *n'a pas été encore vaccinée.*

M. A. FOURNIER. — Ceci est un acte d'accusation contre la vaccine. En présence d'une aussi grave situation, il importe de préciser et d'appeler l'attention de tous sur de semblables faits. N'y a-t-il aucune tare pouvant expliquer les accidents mortels ?

M. DE BEURMANN. — Je les ai recueillis et je me borne à relever la coïncidence remarquable ; je ne fais qu'une constatation, j'ai recherché avec le plus grand soin la syphilis et la tuberculose et je n'ai rien constaté. Je ferai remarquer que ces faits sont à rapprocher, par la dystrophie tégumentaire avec formation de bulles, de l'ichthyose bulleuse et des faits voisins de l'épidermolyse bulleuse.

M. G. BEAUDOUIN. — Presque tous les enfants atteints de ces vices de développement ont une tare mentale et des vices de nutrition générale.

M. FOURNIER. — En effet, ces malades sont des dégénérés avec stigmates variables, verge énorme par rapport à leur taille, comme cet enfant, stigmates oculaires, etc... Je n'ai jamais vu la vaccine être suivie d'accidents mortels et de morts subites.

Psoriasis et ichthyose.

PAR MM. DE BEURMANN ET GOUGEROT.

Si la coïncidence de l'eczéma et de l'ichthyose n'est pas rare, il n'en paraît pas être de même de celle de l'ichthyose et du psoriasis. Neumann en a publié un cas à la « Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1902 », le premier « qu'il ait observé, le seul même qui existerait dans la science » d'après Doyon (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1903, p. 271). Audry, dans le tout récent article de la *Pratique dermatologique* (t. IV, p. 132), ne cite que le cas de Neumann, « observation récente et unique ». Nous pouvons en ajouter un second.

Gustave Gr..., 28 ans, terrassier. Salle Hillairet, n° 6. *Coexistence d'ichthyose, de psoriasis, et de teigne amiantacée.*

L'ichthyose date de l'enfance, il s'est toujours connu ainsi. Ni son frère ni sa sœur ne sont ichthyosiques, il ne sait si ses parents qu'il a perdus, tout jeune, l'étaient. Cette ichthyose est d'intensité moyenne, elle prédomine aux points d'élection ordinaires : coudes et genoux, paumes. *L'hyperkératose*

palmaire ichthyosique est prononcée avec fissures profondes parfois douloureuses et saignantes, tant qu'il est souvent obligé d'interrompre son métier de terrassier; enfant elle était peu développée, mais son dur métier l'a exagérée. Cette ichthyose a un maximum hivernal, diminue, sans disparaître l'été.

Le psoriasis est tout récent. La poussée actuelle est la première, elle ne date que de trois mois. De nombreuses plaques nummulaires (de 3 à 5 centimètres de diamètre) sont disséminées un peu partout, membres inférieurs, dos, hypocondre gauche; de plus petites et plus rares à la face postéro-externe des bras, à la face antérieure de l'aisselle droite. Ces plaques ont les caractères habituels du psoriasis : squame blanche, plus blanche encore au grattage, plan de clivagesous-squameux rouge brun luisant, signe d'Auspitz, peu ou pas d'infiltration dermique. Pour éviter toute confusion avec certains « *eczémas secs* », une biopsie est faite, elle confirme le diagnostic clinique; maximum des lésions dans la couche cornée de l'épiderme, très épaisse (hyperkératose), assises desquamantes nucléées sans stratum granulosum (parakératose), hypertrophie du corps muqueux (hyperacanthose), infiltration périvasculaire minime du derme, et surtout *micro-abcès* décrits par Sabouraud, petits foyers leucocytaires inclus entre les assises desquamantes, superposés les uns aux autres, reposant sur un plancher plus épais que le plafond, collectés par exocytose à la limite du corps muqueux, s'éliminant avec les squames. *Pas traces de la spongiose eczématisque.*

La coïncidence d'un psoriasis récent et d'une ichthyose ancienne ne peut donc être mise en doute ici.

Ce malade présentait encore au cuir chevelu la lésion décrite par Alibert sous le nom de « teigne amiantacée ». Elle avait débuté en même temps que le psoriasis; la période de suintement jaune roussâtre était terminée, elle en était à la seconde période de dessiccation: couches squamo-croûteuses emboîtées, prédominant au vertex, lamelleuses, molles et blanchâtres « amiantacées »; cheveux couchés sur la tête, compris dans la squame que l'on soulève à la manière d'une écaille en les redressant. Les squames écartées, le fond est rouge humide à peine suintant sans trace de vésicules.

Enfin il a eu à la joue droite une plaque furfuracée fugitive, impétigo sec streptococcique, dont l'inoculation est si fréquente sur une peau mal défendue.

Sa santé est excellente, il n'a jamais été malade, à peine quelques très rares rhumes, *pas de signes de tuberculose pulmonaire*, si fréquemment rencontrée chez les ichthyosiques.

La coexistence de ces trois processus : ichthyose, psoriasis, teigne amiantacée, peut-elle éclairer leur pathogénie si obscure ?

— L'association d'ichthyose et de psoriasis est-elle un argument en faveur de la théorie d'Audry : psoriasis, « anomalie épidermique d'origine congénitale... comparable si l'on veut à l'ichthyose, ou à des nævi, ou à telles productions dont le développement s'opère paral-

lèlement à celui de l'individu ? Cette association est trop exceptionnelle (deux cas connus) pour en tirer conclusion.

— L'association de ces deux processus à la teigne amiantacée permet-elle de fixer la place et la pathogénie de cette dernière, confondue dans les séborrhéides (mot qui n'explique rien) et dans les pityriasis (ce qui est inexact en raison de l'absence de tout parasite et surtout du bacille d'Unna-Malassez) ?

L'association semble ici une simple coïncidence : en effet, la clinique (1) et l'anatomie pathologique l'éloignent du psoriasis et de l'ichthyose ; elle se rapproche plus de l'eczéma par l'exosérose et les amas séreux.

Mais certains psoriasis du cuir chevelu peuvent peut-être (surtout mêlés à l'ichthyose et surséborrhéique) simuler la teigne amiantacée ?

M. THIBIERGE. — Le développement du psoriasis chez les sujets ichthyosiques est, en effet, fort rare. Lorsque j'ai rédigé l'article Ichthyose du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, j'ai compulsé à peu près toute la littérature concernant cette maladie et je n'ai trouvé qu'un seul cas de pareille coïncidence, celui que Lesser cite dans son article du *Ziemssen's Handbuch*.

Un cas d'angiokératome de Mibelli.

Par MM. DR BEURMANN et GOUGEROT.

Ce moulage de Baretta, 2436 (donc très exact), est un des plus typiques parmi les angiokératomes de Mibelli (nævus a pernione de Bazin). Les lésions siègent aux *extrémités mains et pieds* : faces dorsale et latérales des doigts, parfois face palmaire. Pringle en a observé au lobule de l'oreille, Thibierge au nez. Les lésions, irrégulièrement disséminées, sont parfois confluentes en petits groupes. Ici elles ne siègeaient qu'à la face dorsale des mains et des doigts.

La lésion élémentaire est l'*angiome*, tache arrondie rouge-pourpre de 1 à 5 millimètres, se décomposant en plusieurs petits points ne s'effaçant pas à la pression, représentant chacun une dilatation d'un capillaire.

L'angiome est seul caractéristique et constant. La deuxième lésion, le *kératome*, est *accessoire et inconstante*. La preuve en est qu'il est de petites plaques kératosiques sans angiomes ; compliqué de cette réaction hyperkératosique, l'angiome devient saillant et *verruqueux*.

Les mains sont *acroasphyxiques*, bleu violacé et froides en

(1) La teigne amiantacée disparaît en quelques semaines pour ne plus revenir, lorsqu'elle est bien traitée.

plein été, encore tuméfiées; des engelures à peine disparues ont laissé des cicatrices sur le milieu de certains doigts (deuxième et troisième).

C'est une maladie de la deuxième enfance : notre jeune malade a 20 ans et elle s'en aperçut il y a deux ans, mais le début remonte au delà : Car l'affection est lente, insidieuse, parce qu'indolore. Elle a été précédée d'engelures : tous les hivers, depuis l'âge de 10 ans, elle a eu de l'érythème pernio. Tous les auteurs ont été frappés des relations entre l'angiokératome et les engelures. L'angiome se montre à partir du moment où commencent les engelures; chaque année au printemps, au moment où les engelures guérissent, on s'aperçoit que le nombre des angiomes a augmenté; enfin dès que les engelures cessent, les angiomes cessent de se multiplier et persistent en état. L'acroasphyxie est la traduction d'un état semblable mais permanent. C'est pour bien marquer cette dépendance que Bazin, qui, le premier, décrit cette affection, l'appela *nævus a pernio*. Cependant on n'a jamais constaté la correspondance du siège exact des deux lésions : angiokératome se développant à l'endroit précis d'une engelure et non en dehors de lui. Mais ce sont les doigts les plus atteints par les engelures qui sont les plus angiomateux. Le pouce, si souvent indemne d'engelures, est aussi le plus rarement angiomateux.

L'évolution est torpide indolore, à poussées hivernales. La régression n'en a jamais été observée d'une façon sûre, pourtant certains où le sang s'est coagulé oblitérant l'angiome, semblent s'être éliminés par desquamation.

La maladie, parfois familiale (Hallopeau), ne l'était pas ici, ses sœurs sont indemnes.

La malade, un peu pâle, a l'aspect lymphatique. Elle tousse l'hiver, au sommet droit submat la respiration est affaiblie, au sommet gauche on entend des froissements pleuraux aux deux temps : signes de tuberculose atténuée. Elle a eu la rougeole, puis la scarlatine, et, il y a 18 mois, une fièvre typhoïde bénigne.

La biopsie a montré les lésions ordinaires d'angiome et de kératome, là distincts, isolés, ici associés. Dilatation des capillaires normaux sans qu'il soit besoin d'invoquer avec Mibelli et Pringle une « néoformation capillaire angioblastique » et une « néoplasie lacunaire hématique ».

— Infiltration cellulaire périvasculaire avec altérations vasculaires profondes, oblitération des veines, d'où dilatation des plexus sous-épidermiques (Leredde et Milian). Lésions habituelles des tuberculoses atypiques (Pautrier), analogues aux phlébites nodulaires nécrotiques de Philippon. (Ici la biopsie trop superficielle a mal permis de voir ces lésions profondes.)

Cet ensemble clinique est donc tout à fait spécial et Dubreuilh insiste avec raison sur ce que la caractéristique n'est pas tant l'angiome ni le kératome mais plutôt l'évolution, la distribution, l'étiologie. Et, c'est pour ce qu'il refuse à l'angiokératome de Mibelli,

lescas d'angiomes du scrotum de Fordyce, d'angiomes généralisés de Leredde et Milian, Leredde et Hauray.

Le syndrome est donc : angiome et kératome associés (angiome verruqueux) ou isolés et distincts, l'angiome étant seul constant ; — débutant dans la seconde enfance d'une façon lente et indolore ; — après des engelures sur des mains et pieds (parfois oreilles et nez) acroasphyxiques ; — s'accroissant chaque hiver après la poussée d'engelures, persistant indéfiniment ; — se développant sur des sujets entachés de tuberculose.

La pathogénie, obscure avec Mibelli, Pringle, Escande, commence à s'éclairer avec Leredde et Milian. Ils la rattachent aux tuberculoses atypiques (ex-tuberculides), « théorie qui ne se borne pas à constater les faits anatomiques, mais qui constitue une théorie pathogénétique et par conséquent une explication » : (les lésions oblitérantes des vaisseaux profonds d'origine tuberculeuse expliquant les dilatations du plexus papillaire ou angiome). Ils s'appuient sur les mêmes arguments cliniques dont Besnier se servit pour rattacher à la tuberculose le lupus érythémateux : coexistence de manifestations franches de tuberculose, coexistence d'autres tuberculoses cutanées typiques, et sur des arguments anatomiques : analogies des lésions périvasculaires et vasculaires oblitérantes profondes avec celles de tuberculoses cutanées typiques (Pautrier). La preuve absolue (présence du bacille de Koch dans les coupes, inoculation positive aux animaux) manque encore.

Lichen plan palmaire (Deux observations : l'une à larges papules, l'autre à pointillé rouge).

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Aux régions palmaires et plantaires les éruptions cutanées prennent des caractères tout particuliers en raison de l'épaisseur en ces points des couches épidermiques ; l'hyperkératose devient un caractère commun à des lésions différentes et rend le diagnostic difficile. Le lichen plan n'échappe pas à cette règle et son diagnostic ne peut être le plus souvent assuré que par la coexistence d'éléments typiques en région à épiderme fin.

Le lichen plan palmaire ne revêt pas toujours le même aspect ; d'après les moulages du musée de Saint-Louis, on peut grouper en trois types les divers cas : *Un premier type* est le lichen à larges papules peu saillantes, rondes, plates, avec peu ou pas d'exfoliation de la couche cornée : Besnier (1197), Quinquaud (1198). On peut y rattacher le cas de Hardy (209) où s'étalent à la partie moyenne de la paume des éléments caractéristiques, mais sur les bords des

doigts et surtout à la naissance de l'éminence thénar les éléments sont recouverts d'un épais couvercle blanc d'hyperkératose. — Le cas de Danlos (2171) ne diffère du type de Besnier que par la petitesse des éléments, leur tendance à la confluence en larges plaques à bords circinés, l'hyperkératose plus marquée (sans tendance d'ailleurs à l'exfoliation) avec quelques puits de porokératose. — Dans le cas de Feulard (1546) (bord interne plantaire) les papules semblent avoir perdu une partie de leur couvercle épidermique, d'où la formation d'une collerette, mince liséré blanc épidermique.

Un *second type* est le lichen à larges plaques rouges déprimées irrégulières à bords kératosiques.

Quinquaud (1676). — Large tache rouge occupant ici toute la paume, là la face interne de la plante du pied, déprimée; avec quelques points blanchâtres d'exfoliation peu prononcée, bordée d'une peau saine kératosique ou non et parsemée de quelques éléments papulaires du premier type.

Hallopeau (1807). — Plaques semblables aux précédents quoique moins rouges et hyperkératosiques.

Brocq (1468). — A la région palmaire, large plaque rouge irrégulière, déprimée, se prolongeant sur la face antérieure du poignet et de l'avant-bras, bord blanc kératosique d'exfoliation.

Le *troisième type* serait représenté par un cas de Vidal (1247) étiqueté « Lichen agrins ferox polymorphe; prolifération papillaire et fissures profondes des faces palmaires des deux mains. Les fissures rougeâtres saignantes tranchent sur la zone blanche d'hyperkératose diffuse qui les borde. Sur l'éminence thénar et hypothénar, papules ordinaires du premier type (1).

Des deux observations, que nous rapportons ici, la *première* (moulage n° 2430) répond au premier type, forme ordinaire du lichen plan palmaire, à larges papules plates peu saillantes avec peu ou pas d'exfoliation. La *seconde*, tout à fait distincte, constitue un *quatrième type*: lichen plan palmaire à pointillé rouge.

OBSERVATION I. Moulage 2450. — C..., âgé de 23 ans, vient à notre consultation pour une éruption palmaire simulant la syphilis, prise pour elle et traitée comme telle sans succès. Cette éruption est la forme à grosses papules, la plus ordinaire du lichen plan palmaire: des éléments caractéristiques de la face antérieure du poignet et de la jambe confirment lediagnostic. Les grosses papules cornées de la face externe de la jambe droite existaient depuis longtemps; à peine prurigineuses, leur début a passé inaperçu. Les papules palmaires ont commencé par la main droite, il y a deux mois environ: « il

(1) Presque toujours les éléments des éminences thénar et hypothénar sont des papules proches des papules typiques des régions à épiderme fin, l'épiderme étant moins épais qu'à la région moyenne palmaire où se localisent les éléments atypiques.

écrivait au tableau avec un petit crayon; il crut que c'était le frottement ». Les papules caractéristiques de la face antérieure du poignet sont les plus récentes, il affirme que le prurit a précédé leur apparition.

A la partie moyenne de la paume (creux de la main) sont disséminées des plaques kératosiques un peu saillantes et brunes (à peine blanchâtres et par frottement), à bords circinés, car elles sont formées de la réunion de lésions élémentaires. Des lésions élémentaires les entourent. Ce sont de larges papules rondes de 2 à 7 millimètres de diamètre, un peu brunes, à centre excavé blanchâtre (parce que frotté), leur bord est marqué par une sorte de bourrelet induré plus foncé que le reste de la papule, il n'y a pas de desquamation, mais un simple aspect blanchâtre dû au début d'exfoliation, le grattage ne donne rien (pas le poudreux psoriasique); l'ablation difficile de l'épais couvercle épidermique (1) provoque une hémorragie abondante diffuse et nullement le piqueté hémorragique.

Dans la bouche, à la partie postérieure de la face interne de la joue droite au niveau de l'interligne des dernières molaires, se dessine la strie blanc-lilas à peine arborescente, du lichen plan des muqueuses.

Le sujet s'avoue « très nerveux »; il n'a eu ni syphilis ni blennorrhagie; en juin 1904 il eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui le tint 42 jours à l'hôpital.

Obs. II. — *Lichen plan palmaire à pointillé rouge (4^e type)*. — C..., âgé de 44 ans, vient à la consultation (juin 1905) pour des lésions palmaires (2). C'est un homme fort et gros, congestionné et essoufflé, transpirant facilement, un peu nerveux et agité. Les lésions ont débuté par la main gauche il y a un an et demi, en hiver, l'autre main fut prise 6 mois après, en même temps que la zone périombilicale. Le malade ignorait un petit placard sous-claviculaire droit. Les lésions périombilicales et sous-claviculaires et de l'avant-bras sont des papules typiques de lichen plan miliaire. L'ombilication peu visible de leur couvercle épidermique est brunâtre, exagération d'un caractère normal de la papule lichénienne; on sait en effet qu'en tendant la peau environnante (par exemple par l'hyperextension de la main pour la face antérieure du poignet) la rougeur de la papule disparaît, le bord reste blanc et le centre apparaît brunâtre.

Topographie des lésions des mains :

Main gauche : Localisation à la partie moyenne de la paume et à la face antérieure du poignet. Les éléments toujours isolés, jamais confluent en plaques, sont moins nombreux sur les éminences thénar et hypothénar (points de pression?), ils reparaissent aussi serrés sur le bord externe de l'éminence thénar, formant une sorte de bande; ils remontent à trois travers de doigt au-dessus des plis cutanés antérieurs du poignet, devenant plus gros et plus rares; ils descendent jusque sur la face palmaire des doigts, bord externe du 2^e, bord interne du 5^e. La partie proximale des espaces interdigitaux est indemne. Les éléments tournent les faces latérales des doigts, pour envahir la face dorsale des 2^e et 3^e doigts au niveau de la 2^e phalange. Rien à la face dorsale du carpe et métacarpe, sauf autour de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce.

(1) Car pas de plan de clivage comme dans le psoriasis.

(2) Le moulage n'a pu être fait.

Main droite : Localisation à la face antérieure du poignet, intégrité de la paume. A la face dorsale des doigts et de la main, même disposition qu'à la main gauche, mais éléments plus nombreux et mêlés de quelques verrues planes.

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il existe des éléments palmaires en région à épiderme épais et des éléments d'aspect tout différents à la face antérieure du poignet et à la face postérieure de la main en région à épiderme mince et qu'il est toutes les transitions entre les deux, par exemple à la face antérieure du poignet au niveau des plis de flexion et un peu au-dessous.

En région à épiderme fin, ce sont de petites papules isolées de 1 à 3 millimètres de diamètre, régies par le quadrillage cutané, éléments typiques de lichen plan miliaire dont le centre brunâtre serait plus marqué que d'ordinaire. Quelques-unes sont incolores, d'autres, au contraire, ont le centre si coloré que l'on croirait à un petit hématome.

En région à épiderme épais (partie centrale de la paume) ce sont des points rouge brun de 0^{mm},05 à 1 millimètre au plus de diamètre, isolés les uns des autres de 2 à 3 millimètres; donc assez serrés, non disposés suivant les crêtes papillaires (1), non saillants, recouverts d'un épiderme sain; on dirait de minuscules hématomes situés au-dessous de l'épiderme.

Quelques-uns, peut-être un peu saillants, n'ont pas la forme d'un point rouge, mais d'un anneau dont le centre serait plus clair et parfois sont seris d'un très fin liséré blanc épidermique. Ils se rapprochent des éléments de transition.

Entre ces deux types si différents s'échelonnent tous les types de transition. la papule s'affaïsse, le centre brunâtre se fonce et, peu à peu, de la papule saillante, à centre brunâtre du poignet, on arrive au point rouge brun foncé non saillant de la paume. C'est dans la région de transition qu'a été prélevée la biopsie.

Peu de phénomènes subjectifs : quelques « démangeaisons ».

Antécédents. — Il a eu la syphilis à 19 ans : un chancre à la verge fut suivi d'une roséole et de plaques muqueuses. Soigné au sirop de Gibert et aux pilules, il n'a plus eu que quelques plaques aux lèvres et dans la bouche. Depuis longtemps, ces accidents n'ont pas reparu.

A l'âge de 35 ans, il va au Tonkin et reste deux ans dans les hauts postes : Rivière Claire Koa bang, pour l'établissement d'une ligne télégraphique, puis un an à Hanoi. La dysenterie et les fièvres paludéennes se déclarent dans les derniers mois de son séjour. La dysenterie fut assez forte mais sans complication hépatique, il en est à peu près guéri; toutefois la diarrhée reparait à la moindre imprudence. Le paludisme fut peu sévère, quelques petites crises et, à sa rentrée en France, quelques forts accès; il en a eu encore un à Paques dernier (1905).

On note quelques modifications du murmure vésiculaire au sommet gauche (tuberculose naissante).

Biopsie. — Zone de transition. Déjà la clinique par les éléments de transition permettait de rattacher au lichen plan miliaire, les éléments palmaires à pointillé rouge. L'histologie confirme cette assimilation : les éléments de transition et les éléments ponctués rouges non saillants ont tous les caractères

(1) Comme le seraient des lésions des glandes sudoripares.

de l'infiltration lichénienne. Peut-être les cellules géantes sont-elles plus nombreuses que dans les papules lichéniennes, et sur l'une d'elles se détache un nodule en tout semblable aux formations tuberculeuses (1), mais ce n'est pas le lieu de discuter ici les rapports de la tuberculose et du lichen plan palmaire. Certaines formes relèvent peut-être de la tuberculose, comme d'autres de la syphilis; la papule de lichen plan n'est peut-être qu'un mode de réaction spéciale de certains terrains à des causes différentes d'origine, mais de même mode dans leur virulence; à moins que maladie autonome, elle ne prenne cet aspect pseudo-tuberculeux chez des tuberculeux, parce que les tissus de ceux-ci ont un mode particulier de réaction.

L'examen histologique n'a pas donné l'explication de la coloration rouge brun: est-ce richesse de capillaires? (sur une coupe, nous avons pu saisir une sorte de plexus); est-ce surabondance de pigment dans la couche germinative?

Mais l'assimilation de ce pointillé au lichen plan palmaire a pu être affirmée, et c'était là le point principal.

Dermite faciale atropho-hypertrophique en aires à progression excentrique, d'origine indéterminée, peut-être tuberculeuse.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

Rien de plus disparate que le groupe des atrophies cutanées maculeuses, car l'anatomie pathologique en commence à peine, et la pathogénie en est encore toute hypothétique. On y a réuni tous les faits répondant à la définition de Heuss. « Ce qui donne à l'atrophie maculeuse de la peau un caractère spécial et pour ainsi dire unique, c'est la destruction élective et circonscrite du tissu élastique, avec des phénomènes inflammatoires très peu accusés, souvent inaperçus, jointe à l'absence définitive de restauration de ce même tissu. »

Or, ce sont le plus souvent des syndromes de causes différentes ayant réalisé une même lésion, l'atrophie. Et cette lésion est le seul lien de groupement. Déjà on doit en séparer l'atrophie secondaire des sclérodermies, des syphilomes, des tuberculomes, des érythèmes d'origine indéterminée (cas de Pospelow) et peu à peu le groupe des atrophies maculeuses « primitives et idiopathiques » va diminuer au profit des atrophies secondaires et symptomatiques. Restera-t-il seulement des atrophies primitives sans lésion prémonitoire, simple trouble trophique pur?

Ce cas, forme distincte atropho-hypertrophique jusqu'ici non décrite, semble-t-il, paraissait être le type des atrophies maculeuses primitives et idiopathiques, et pourtant nous le croyons secondaire et symptomatique d'une dermite d'origine inconnue, peut-être tuberculeuse.

(1) Pas de bacilles de Koch sur coupe.

OBSERVATION. — Léontine J., 17 ans. (Moulage n° 2438.)

De facies lymphatique, entachée de tuberculose (sommets droit), elle a vu, il y a trois ans, se développer au moment de « sa formation », les deux lésions jugales symétriques, toutes deux ovalaires, situées en avant et au-dessous de l'orifice du conduit auditif externe. La droite (dont on tenta la résection) avait 8 centimètres de haut sur 6 de large, la gauche a 5 centimètres de haut sur 3,5 de large. Elles sont blanches, à peine violacées en certains points, ce qui fait qu'elles tranchent peu sur le reste du visage et demandent un peu d'attention pour être remarquées. La peau est blanche, brillante, nacrée, ridée et plissée (1), non squameuse, amincie, lâche et molle, elle semble boursoufflée ; l'ensemble de la plaque est saillant, vaguement mamelonné.

On dirait que le tégument malade fait hernie à travers l'anneau résistant que lui forme la peau saine. Le toucher montre, au-dessous de l'épiderme peut-être aminci et atrophié, une sorte d'hypertrophie conjonctive (car atrophie élastique) du derme et du tissu sous-cutané. Ce mélange d'atropho-hypertrophie est la caractéristique de cette lésion.

Le bord est net, la transition brusque entre la peau atrophique et la peau normale sans la moindre pigmentation. Ce bord est marqué par un mince liséré violacé, plutôt que rose, continu mais non uniforme et de largeur très variable (1 à 5 millimètres) semblant même manquer, tant il est mince à la partie antéro-inférieure. Au centre de la plaque sont disséminées quelques taches de la même couleur violacée pâle à contours imprécis. Vers le centre de la lésion, cet anneau violacé s'éteint peu à peu, du côté de la peau saine l'arrêt est brusque, marqué d'une sorte de trait blanchâtre. Ce bord est peu ou pas infiltré, le doigt passe brusquement de la sensation de résistance de la peau saine, à la mollesse de la cupule atrophique dont la profondeur est difficilement appréciable (fausse cupule d'ailleurs, puisque la plaque est saillante). Cet anneau violacé ne paraît pas actuellement érythémateux, sa teinte en semble due à de fines dilatations capillaires (2) visibles à la loupe, disparaissant mal à la pression ou à la traction et tout à fait comparable au violacé des vergetures ordinaires (3). Au début, cet anneau aurait été plus marqué, mais jamais « l'érythème » n'a couvert la plaque, toujours il fut limité à la périphérie, zone d'accroissement excentrique de la lésion : la petite plaque naissante gauche, large de 8 à 10 millimètres, à 3 ou 4 centimètres en avant de la grosse plaque malaire, nous en est la preuve. Le liséré violacé y est même moins marqué.

L'examen à la loupe révèle sur la plaque une série de saillies papilliformes de même teinte que la peau environnante et répondant aux poils follets, disparus pour la plupart.

Pas de troubles objectifs ou subjectifs des diverses sensibilités.

Le début a été obscur, insidieux, tout d'abord inaperçu, en un point où la peau était saine, exempte de tout nævus, sans érythème préalable, la malade insiste sur ce point (il n'y a donc jamais eu les trois stades de certaines atrophies secondaires : papuleux, papulo-atrophique, atrophique).

(1) Ce plissé disparaît par tension artificielle de la peau.

(2) Vaisseaux du derme vus par transparence à travers l'épiderme aminci.

(3) Ce violacé n'augmente pas au moment des règles ni des autres causes congestives.

En résumé, les principales caractéristiques de cette affection sont :

1) Plaques symétriques faciales et jugales peu nombreuses, ovales, blanches, brillantes et plissées, molles et saillantes.

2) Par *mélange atropho-hypertrophique* caractéristique : *Peau amincie atrophique avec hypertrophie* conjonctive et *atrophie des fibres élastiques* des plans sous-jacents.

3) Bord net et brusque marqué par un *liséré violacé non érythémateux* où se limite le processus actif (donc minimum de réaction).

4) Début insidieux en *peau saine, sans érythème préalable*.

5) Progression excentrique, par la lésion en activité du bord : dermatite d'origine inconnue.

6) Sujet jeune entaché de tuberculose.

Classification. — Il importait de classer ce fait, on pourrait le confondre avec les morphées.

Mais tout autre est la *Sclérodémie* en plaques, décrite par les auteurs anglais sous le nom de *Morphée*. Son aspect est caractéristique, la peau est *lisse*, brillante, *les plis ont « complètement disparu*, la surface est remarquablement *unie* ». La coloration est variable; elle est bordée par une zone bleu violacé « *lilac ring* » de largeur variable. La plaque fait une saillie qui s'efface graduellement au niveau même du *lilac ring*, elle est *caractérisée par la consistance du tégument plus ou moins induré*. Dans certains cas cependant le tégument a une consistance normale ou même amoindrie, mais les auteurs classent ces faits dans les intermédiaires entre l'atrophie cutanée et la sclérodémie. A la fin, mais au bout d'un temps fort long, après une période d'induration la bordure rosée disparaît et la peau s'atrophie. Il s'agit donc d'une *atrophie secondaire*. Tel est le cas de Jeanselme (Soc. Dermat., avril 1903, p. 350), « fait de passage entre la sclérodémie en plaques et l'atrophie cutanée circonscrite ». Il n'y a donc pas lieu « d'établir un rapprochement entre la morphée et l'atrophie maculeuse de la peau » (Balzer).

Ces faits rentrent au contraire dans la catégorie mal définie des atrophies cutanées, réunion de faits épars et disparates décrits autrefois sous le nom de *vergetures rondes*. La *synonymie* en est riche : macules atrophiques circonscrites; leuco-atrophie cutanée de Fournier; *atrophia maculosa cutis*, ou atrophie maculeuse de la peau; atrophodermie circonscrite, atrophie cutanée partielle circonscrite de Mibelli; atrophodermie érythémateuse en plaques à progression excentrique de Thibierge; pseudo-atrophies ou atrophies dégénératives de la peau de Kromayer; anélodermie érythématode de Jadassohn; *vergetures rondes post-éruptives post-syphilitiques* de Balzer; macules *vergeturoïdes*..., etc.

D'ailleurs, le mot *vergeture* est, de tous, le plus inexact. L'anatomie pathologique montre en effet que dans la *vergeture linéaire* il n'y a

pas atrophie de la peau, « mais un simple amincissement limité au point où s'est produit l'éraillure du derme... il n'y a pas en réalité de destruction du tissu élastique... au contraire dans la vergeture ronde ou macule atrophique circonscrite, l'amincissement de la peau est consécutif à la destruction d'une portion plus ou moins étendue du réseau élastique » (Balzer). La pathogénie est différente, les vergetures étant des « altérations mécaniques du derme et non pas des lésions de trophicité véritable » (Thibierge). Au nom de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, il faut donc condamner ce terme de vergeture ronde.

Peu nombreux sont les faits d'atrophie maculeuse et tous, sauf peut-être un, sont dissemblables du nôtre.

Différents en effet, malgré leurs analogies, sont les cas de Pospelow (*Annales de Dermatologie*, sept. 1886 : Cas d'une atrophie idiopathique de la peau) où l'atrophie est précédée du développement rapide de taches rouges, où les lésions multiples occupent les membres.

Le cas de Besnier et Fournier. Musée : N° 668.

Plus rapprochés seraient les cas de : Buchwal (*Vierteljahresschrift für Dermatologie u. Syphilis*, 1883, p. 553), de Touton (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1886, p. 601), de Bronson (*Journal of cutaneous diseases*, 1895, p. 1), d'Elliott (*ibid.*, p. 152) auxquels Thibierge donne le nom de « dermite atrophiante centrifuge et symétrique des extrémités ».

Et un moulage de Besnier (Musée Saint-Louis, Baretta : 84-1504) « Stries atrophiques de la peau des seins, vergetures symétriques développées en moins de 3 mois chez une jeune fille de 17 ans. Elles sont à la période de formation, violâtres, d'aspect translucide. A leur surface le niveau est légèrement déprimé et la peau amincie, lisse plissée. AUCUNE CAUSE... »

Mais seul un cas de Thibierge, « atrophie érythémateuse en plaques à progression excentrique », est à rapprocher du nôtre (cas resté unique, M. Thibierge ayant cherché et n'ayant pas trouvé d'observation semblable (*Bulletin de la Société française de dermatologie*, 1891, p. 452).

Deux plaques atrophiques circulaires, l'une droite, de 3 centimètres, l'autre gauche, de 1 centimètre de diamètre, se sont développées depuis environ deux ans au-dessous l'os malaire chez une jeune femme de 25 ans. La teinte rouge s'efface complètement à la pression, sans laisser de dilatations vasculaires, les bords sont nettement délimités, la surface est déprimée, la consistance diminuée....

..A côté des ressemblances : même localisation symétrique, même forme, même consistance, il est de notables différences. La colora-

tion rouge érythémateuse, disparaissant à la pression sans laisser de dilatations vasculaires, manque et a toujours manqué dans notre cas, seule, la bordure y est violacée et laisse voir de fines dilatations capillaires; l'érythème et l'atrophie ne marchent pas de pair et l'on ne peut rapprocher cette atrophie des ulérythèmes de Unna.

La surface n'est pas déprimée, elle est au contraire saillante au-dessous de l'épiderme aminci; il semble qu'il y ait une hypertrophie molle du derme, un mélange d'atropho-hypertrophie.

Mais ce ne sont peut-être là que des différences de degré.

Dans le cas de Thibierge, la lésion active sur le bord est plus saisissable.

Dans notre cas, cette bordure active est réduite au minimum, tant que l'on pourrait croire cette atrophie primitive.

Entre ces deux faits, nul doute qu'il n'y ait tous les intermédiaires, de même qu'entre les cas de Thibierge et les atrophies secondaires post-papuleuses. La chaîne serait donc ininterrompue, et tous ces cas ne seraient que des atrophies secondaires et symptomatiques d'affections diffuses, les unes infections encore inconnues, les autres syphilitiques ou tuberculeuses, réalisant toutes la même lésion: l'atrophie cutanée. Dans notre cas, à l'atrophie élastique s'est surajoutée une hypertrophie conjonctive (?)

Donc, la caractéristique de cette forme nouvelle, croyons-nous, est: 1° l'atrophie secondaire à une dermite mal déterminée, avec 2° minimum de réaction du processus actif sur le bord de la lésion; 3° atrophie mélangée d'hypertrophie (1).

La pathogénie des atrophies cutanées est obscure. La théorie mécanique (Kaposi) de dissociation par les infiltrations cellulaires n'est plus guère admise. Unna et Heuss combattent l'hypothèse de la phagocytose des fibres élastiques de Soudakiewitch. L'idée d'une dermatose hématalogène microbienne et toxique a pour elle la disposition périvasculaire des lésions inflammatoires, et se vérifie dans les variétés post-syphilitiques et post-tuberculeuses. La théorie trophoneurotique de Heuss et Mibelli ne repose que sur quelques analogies et reste sans preuves.

Ces cas où il n'existe aucun phénomène éruptif prémonitoire visible sont, faute de mieux, classés dans les atrophies « idiopathiques » et primitives, simple étiquette preuve de notre ignorance. Tels sont les cas de Galewski, Heuss, Thibierge (1891) Jadassohn (Congrès de dermatologie), de Nielsen.

Est-il possible de pénétrer plus avant ?

A propos de son observation, d'atrophodermie érythémateuse, Thibierge s'est posé « la question de savoir s'il ne s'agissait pas d'une forme spéciale de lupus érythémateux ».

(1) Le traitement par les scarifications a semblé bien faire.

Dans les deux cas de Heuss, le cas de Jadassohn, la tuberculose pulmonaire était relatée. Et Heuss « se demande si l'atrophie maculeuse de la peau ne peut pas être due parfois à l'action des toxines de la tuberculose et si à ce titre elle ne mérite pas d'être, dans certains cas, classée dans le groupe des *tuberculides* ».

« En somme, dit excellemment Balzer, avant d'admettre une origine idiopathique..., il convient de rechercher toutes les affections apparentes ou latentes, qui peuvent provoquer le développement de toxines susceptibles d'être entraînées du côté de la peau. » Et c'est pour ce, que, faute de mieux, on pourrait peut-être soupçonner la tuberculose d'avoir quelques rapports avec cette atrophie élastique si singulière mêlée d'hypertrophie, tuberculose atypique, forme nouvelle et distincte du lupus érythémateux. Cette atrophie cataloguée primitive et idiopathique serait donc secondaire et symptomatique.

M. THIBIERGE. — J'ai pu suivre la malade dont j'ai publié l'observation en 1891 et que rappelle M. de Beurmann; c'est une infirmière qui a eu, depuis l'époque où je l'ai présentée à la Société, du lupus érythémateux du cuir chevelu. Il y a, dans le groupe des atrophies cutanées, des maladies complexes et différentes comme la sclérodémie, le lupus érythémateux, etc.

Coexistence de syphilides palmaires, de leucoplasie linguale et de cancer de la langue, opéré et récidivé.

Par MM. GAUCHER et DOBROVICI.

W., 56 ans, emballleur, entre à l'hôpital Saint-Louis le 27 juin 1905. Marié depuis 24 ans, sa femme a eu une fausse couche et deux enfants morts en bas âge de méningite (avant le quatrième mois). Il a un enfant qui a actuellement 42 ans et demi et qui est manifestement hérédo-syphilitique; cet enfant a des dents mal plantées; les incisives inférieures présentent des sillons transversaux, les incisives supérieures et latérales portent l'échancre semi-lunaire.

Le père n'a jamais eu de maladies graves antérieurement.

Il y a 25 ans, un peu avant son mariage, il a eu un bouton sur le prépuce qu'il n'a montré à aucun médecin et qu'il a soigné seul. Il ne se rappelle plus ni la durée de cet accident, ni s'il a eu des manifestations secondaires.

Il a été d'une bonne santé apparente jusqu'à il y a 3 ans et demi, quand il commença à souffrir de la langue. Il fumait beaucoup. Il attribua ces douleurs au voisinage d'un chicot. Il constata en même temps une ulcération sur le bord gauche de la langue. Il avait déjà à ce moment de la *leucoplasie buccale*, car il nous dit que sa langue était blanche.

En même temps que ces accidents dans la bouche, apparurent des *syphilides palmaires papulo-squameuses*, très typiques, surtout à la main droite, et qui persistent depuis 3 ans.

Il y a 3 ans, le malade va consulter à l'hôpital Cochin et il entre dans le

service de M. Schwartz qui lui enlève l'ulcération qui existait sur le bord gauche de la langue. On voit encore très bien la perte de substance et la cicatrice. On enlève en même temps un petit ganglion sous-maxillaire gauche.

Pendant deux ans, il s'est trouvé amélioré.

Depuis un an, il est apparu sur le même bord de la langue, en arrière de la cicatrice opératoire, une tumeur du volume d'une petite noix, avec des limites très nettes et sans infiltration périphérique. La tumeur est ulcérée, l'ulcération est superficielle et des dimensions d'une pièce de 50 centimes. Le reste de la langue est de consistance normale. Pas d'adénopathie. Pas d'odeur désagréable. Pas d'hémorragie, douleurs à peine marquées, mais difficulté de la mastication et salivation abondante. Leucoplasie étendue à toute la face dorsale de la langue; revêtement épithélial épais. Plaques des commissures buccales. Rien dans la gorge.

L'état général est bon. Facies plutôt congestionné. Traitement : On met le malade aux injections de benzoate d'hydrargyre.

11 juillet 1905. — Il a eu 15 piqûres. Les syphilides palmaires, qui dataient de 3 ans, ont complètement disparu. La langue est peu modifiée.

25 juillet. — On met de nouveau le malade aux injections mercurielles, 3 centigrammes de benzoate tous les deux jours.

17 août. — Il a eu 15 piqûres. Leucoplasie buccale légèrement améliorée. Epithélioma peu modifié. On arrête les piqûres.

12 septembre. — Passage en chirurgie. M. Morestin doit tenter une intervention. L'état local est stationnaire. — Pas de ganglions, pas d'hémorragie, pas d'odeur.

L'histoire de ce malade présente de l'intérêt au point de vue des rapports de la leucoplasie buccale et de la syphilis. MM. Gaucher et Sergent (1) ont déjà montré que, chez certains malades, la leucoplasie morphologiquement typique évolue en même temps que des accidents syphilitiques. L'observation actuelle est à rapprocher de ces cas, car, chez notre malade, on trouve, en plus de ses antécédents syphilitiques et de l'hérédo-syphilis constatée dans sa descendance, l'apparition simultanée de syphilides palmaires et de leucoplasie buccale. Quand ce malade est venu nous consulter, il y avait trois ans que ces lésions coexistaient. Et si le traitement syphilitique institué immédiatement a fait complètement disparaître en un mois les syphilides palmaires, il ne faut pas s'étonner que la même modification n'ait pas été constatée du côté de la leucoplasie buccale, car nous savons combien cette lésion est rebelle au traitement quand elle n'est pas prise au début.

Tous ces faits prouvent que les rapports de la leucoplasie buccale et de la syphilis sont très intimes, et, secondairement, les rapports de la syphilis et du cancer de la langue.

(1) Voy. GAUCHER et SERGENT. Anatomie pathologique, nature et traitement de la leucoplasie buccale. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, juillet 1900. — E. GAUCHER. Leçons sur la leucoplasie linguale. *Presse médicale*, 8 juillet 1903.

www.libtool.com.cn

Syphilis ignorée.

Par M. MOTT.

Le malade que j'ai l'honneur de présenter est porteur de lésions spécifiques banales : perforation palatine et ulcération double de la pointe de la langue en voie de cicatrisation, avec adénite sous-maxillaire développée surtout à droite ; mais son histoire ne manque pas d'intérêt, comme le montre l'observation qui suit.

D..., clairon au 5^e d'infanterie, entre le 18 octobre à l'hôpital militaire Saint-Martin, dans le service de M. le médecin principal Gron, pour une double ulcération de la pointe de la langue avec induration sous-jacente et enduit blanchâtre dans la cavité de l'ulcère, des dimensions d'une pièce de 50 centimes.

L'affection date de 15 jours, elle est survenue sans cause apparente et le malade, qui ne fume pas, s'en est aperçu pour la première fois en jouant du clairon ; elle est d'ailleurs peu douloureuse. Interrogé, le malade nie tout contact suspect ; cependant la lésion présente des caractères si nets de spécificité qu'il est immédiatement soumis aux frictions mercurielles et que j'écris au médecin de son corps pour lui demander s'il lui est possible d'établir le fait de contamination par le clairon. Rien de ce côté ; il n'y a pas eu de syphilitique dans la compagnie et le clairon a été réglementairement désinfecté avant d'être remis à l'intéressé que je vous présente.

Mais la lésion rétrocede rapidement sous l'influence du traitement, si bien que je ne puis plus vous en montrer que les traces. J'écris donc une seconde fois pour diriger les recherches de M. le médecin-major de 1^{re} classe Mendès, vers une époque plus lointaine, et il me répond par une petite enquête très bien faite dont j'extrais ce qui suit :

« D..., a été en traitement à l'hôpital pour oreillons du 1^{er} au 17 juin 1905.

(En l'interrogeant j'apprends qu'il souffrait en même temps d'une céphalalgie vespérale très intense qui a persisté après la rétrocession de ses hypothétiques oreillons, — ceux-ci ont d'ailleurs laissé une traînée d'adéno-lymphite encore constatable aujourd'hui et ont été précédés d'une adénite sous-maxillaire indolente peu développée au point même où l'on retrouve encore de l'adéno-lymphite signalée plus haut.)

Le 13 juillet il est reconnu atteint d'adénite sous-maxillaire double et le 31 juillet, d'angine qui ne dure que quelques jours ; l'adénite persiste toujours.

Le 25 août, petite ulcération de la langue traitée par la teinture d'iode avec amélioration, mais ne guérissant pas complètement, s'aggravant de nouveau en octobre et nécessitant son entrée à l'infirmierie le 6 du même mois ; il en sort pour entrer à l'hôpital comme il est dit plus haut. »

Aujourd'hui 8 novembre la perforation palatine vient seulement d'apparaître sans aucun symptôme prémonitoire et sans aucune douleur, comme la manifestation tardive d'un travail latent aujourd'hui arrêté.

Les réponses du malade sont empreintes de la plus entière bonne foi, et il est absolument affirmatif sur l'absence de tout rapport con-

taminant ; il a de plus ignoré la nature de son affection et les rapports qui ont évidemment existé entre les différents symptômes successivement observés chez lui jusqu'au jour où M. Gross a posé son diagnostic malgré les dénégations du malade et en a obtenu la plus éclatante confirmation par les résultats rapides du traitement hydrargyrique.

C'est donc à bon droit que j'ai intitulé cette observation : « syphilis ignorée » et la marche rapide de la maladie vers le tertiarisme s'explique par l'ignorance du malade qui n'a pu guider le diagnostic du médecin en présence des symptômes peu caractéristiques du début.

Il y avait réellement une épidémie d'oreillons au moment de son premier envoi à l'hôpital. Mais avait-il bien lui-même des oreillons ? La réponse doit rester douteuse car, bien qu'il ait accusé à cette époque une céphalalgie vespérale suspecte, rien ne prouve que l'infection ourlienne n'ait pas réellement coïncidé avec une adénite spécifique.

L'ulcération profonde que présentait sa langue au moment de son entrée rappelle beaucoup les ulcères syphilitiques inguinaux des Arabes qui débute assez souvent avant la guérison du chancre primitif, et nous pensons que, chez lui comme chez ceux-ci, la rapidité d'évolution de la syphilis doit être attribuée à l'absence de traitement.

Je me suis très activement occupé de chercher le point d'entrée de sa syphilis : rien au pharynx ni aux lèvres, rien aux joues ni en aucun point de la tête, rien au nez, aucune uréthrite antérieure ; les dents, qui sont d'une parfaite régularité, écartent toute hypothèse de syphilis congénitale. Il est donc probable que ce point d'entrée est l'amygdale droite puisqu'on rencontre encore une adéno-lymphite de ce côté du cou ; mais encore, comment l'amygdale droite a-t-elle pu être contaminée ? C'est ce que je me propose de rechercher encore avec le malade et le concours très précieux de son médecin régimentaire.

Le premiers symptômes remontent au milieu de mai, ils ont, comme je disais plus haut, consisté en une simple adénite sous-maxillaire indolente, sans éruption de roséole constatée ; il est donc vraisemblable que la date de l'infection doit se placer au commencement d'avril, et c'est autour de cette date que je me propose de poursuivre mes recherches, et, si elles aboutissaient, contrairement à mes prévisions, je me ferais un devoir et un plaisir d'en communiquer le résultat à la Société.

www.libtool.com.cn

Influence de la ponction lombaire sur le prurit du lichen de Wilson.

Par MM. GEORGES THIBIERGE et PAUL RAVAUT.

Depuis plusieurs années, nous avons cherché à appliquer la ponction lombaire et l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien à l'étude des affections cutanées prurigineuses, et en particulier du lichen de Wilson. Nous avons pensé que ce procédé de recherches pourrait aider à préciser le rôle du système nerveux dans ces affections où son intervention se traduit d'une façon manifeste.

Nous avons jusqu'ici étudié à ce point de vue 9 cas de lichen plan; dans un cas seulement, il y avait une légère leucocytose du liquide céphalo-rachidien; dans les 8 autres cas, ce liquide ne renfermait aucun élément figuré et sa composition chimique était normale.

Chez tous les malades que nous avons soumis à la ponction, nous avons observé, au bout d'un temps variant de 6 à 24 heures, que le prurit parfois si violent qui accompagne et caractérise le lichen de Wilson s'atténue d'une façon notable, parfois même disparaît. Dans deux cas, même, chez des malades présentant une éruption très étendue et excessivement prurigineuse, le prurit disparut complètement et définitivement à la suite d'une seule ponction lombaire; dans un de ces cas, au bout de 8 jours, les éléments éruptifs étaient complètement affaissés, ne laissaient plus à leur place que des macules pigmentaires planes; la malade pouvait être considérée comme guérie.

La malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société n'a pas obtenu de la ponction un bénéfice aussi complet; elle a cependant, après l'évacuation de 8 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, éprouvé une amélioration très considérable: le prurit qui remontait à 3 mois et qui, présentant son maximum le soir, gênait le sommeil, a cessé presque complètement, permettant à la malade de reposer pendant toute la durée des nuits suivantes; au bout de quelques jours, il reparut au niveau de la ceinture, dans les points où la pression des vêtements provoquait une irritation des téguments; mais il était beaucoup moins intense qu'avant la ponction et ne gênait plus le sommeil; une nouvelle ponction le fit disparaître presque complètement.

En même temps que le prurit s'atténuait de la sorte, les lésions cutanées se modifiaient d'une façon remarquable: leur coloration pâlisait dès les premiers jours qui suivirent la ponction, l'infiltration dermique diminuait considérablement, et au bout de quelques jours la surface des éléments commençait à desquamier. Ces modifications, entravées par le retour du prurit au niveau des éléments

soumis à la pression des vêtements, s'accusaient très nettement sur ces derniers éléments à la suite de la deuxième ponction.

Voici d'ailleurs l'observation détaillée de cette malade :

Isabelle Ch..., 47 ans, blanchisseuse, entre le 25 octobre 1905 à l'hôpital Broca, dans le service du Dr Thibierge.

Cette femme ne se rappelle pas avoir jamais été malade. Elle est seulement fort nerveuse et a eu, jusqu'à l'âge de 40 ans environ, des attaques de nerfs avec pertes de connaissance et convulsions.

Elle est toujours réglée, mais d'une façon irrégulière depuis plusieurs années.

Elle a eu 5 grossesses dont une fausse couche : deux de ses enfants sont morts, l'un de méningite à l'âge de 3 mois ; l'autre de convulsions à l'âge de 9 mois ; les deux enfants qu'elle a encore sont bien portants.

Il y a 3 mois environ, Ch... a eu une vive émotion, sa petite fille ayant fait une chute grave dans un escalier. Quatre ou cinq jours plus tard débuta l'éruption dont elle est atteinte actuellement. L'éruption se montra d'abord au niveau de la face antérieure des poignets, puis, au bout de 15 jours, aux jambes, puis à la région lombaire et sur l'abdomen.

Elles s'accompagna dès le début de démangeaisons, peu violentes tout d'abord, qui augmentèrent beaucoup à la suite de l'usage des bains sulfureux qui lui avaient été prescrits en ville.

A l'entrée à l'hôpital, l'éruption présente nettement les caractères du lichen de Wilson.

Elle occupe principalement le tronc.

A la région abdominale, elle est constituée par un très grand nombre de papules rouges, à surface plane et brillante, à contours polygonaux, variant de la dimension d'une pointe d'épingle à celle d'une petite lentille, de consistance ferme, pour la plupart isolées les unes des autres, quelques-unes réunies en petits groupes, irrégulièrement disséminées, plus abondantes sur les parties latérales que dans la région médiane. Au niveau et au voisinage de l'ombilic, on voit des plaques de coloration rouge un peu foncé, atteignant la largeur d'une amande. A la partie supérieure de l'abdomen, sur une bande horizontale correspondant exactement à la pression du cordon du jupon, les lésions présentent des caractères particuliers : elles forment des plaques de configuration irrégulière, généralement allongées, de coloration rouge foncé un peu violacé, coloration moins accusée sur leurs bords que sur les parties centrales, irrégulièrement quadrillées à leur surface, de consistance ferme ; ces plaques, très voisines les unes des autres, presque confluentes, forment un peu plus d'une demi-ceinture ; dans leurs intervalles et à leur pourtour, on voit un certain nombre d'éléments papuleux isolés.

A la région dorsale et sur les flancs, l'éruption est constituée surtout par des éléments isolés, de coloration rouge assez foncé, de mêmes dimensions que ceux de l'abdomen.

Sur la partie supérieure du dos et dans les régions scapulaires, les éléments sont isolés, petits, très saillants.

A la région lombaire, les lésions sont plus nombreuses, plus développées ; elles se prolongent sous la forme d'éléments isolés, jusqu'au niveau du pli

interfessier; sur la fesse gauche, on voit un grand nombre de papules isolées les unes des autres et reposant sur une surface rouge légèrement infiltrée.

Aux membres supérieurs, les lésions présentent leur maximum au niveau des aisselles, où elles sont constituées par des éléments isolés, de coloration rosée, tout particulièrement prurigineux. A la face antérieure des poignets, les lésions ont presque entièrement disparu; on ne voit plus que quelques papules brillantes, à peine saillantes, sans changement de coloration de la peau.

Aux membres inférieurs, les éléments de coloration rouge assez foncé, isolés, sont peu nombreux et disséminés sur les cuisses, les jambes, un peu plus abondants sur la jambe gauche; aux creux poplités, on voit plusieurs plaques violacées dont quelques-unes atteignent les dimensions d'un gros pois; ces lésions sont plus développées à droite qu'à gauche.

Il n'y a aucune lésion de la muqueuse buccale.

La malade éprouve un prurit très violent, surtout au niveau de l'abdomen et de l'aisselle gauche; ce prurit est particulièrement prononcé le soir et le matin, mais il persiste également pendant le jour, obligeant la malade à se gratter à chaque instant; la nuit, il réveille parfois la malade qui se lève pour se lotionner avec du vinaigre et se poudrer à l'amidon.

La malade, qui a une existence très fatigante, s'endort cependant assez facilement. La première nuit qu'elle a passée à l'hôpital, elle s'était reposée une partie de la journée et couchée de bonne heure et a été tenue éveillée pendant plusieurs heures par le prurit.

Il n'a été fait aucun traitement pour cette dermatose; la malade, lassée par la persistance du prurit, demande instamment à être soulagée.

Le 26 octobre, on fait une ponction lombaire et on évacue 8 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, dans lequel l'examen microscopique ne décèle aucun élément figuré.

Il n'est employé aucun topique, pas même d'application de poudre inerte et il n'est institué aucune médication interne.

Dans la journée même, la malade éprouve moins de prurit que les jours précédents; la nuit suivante, elle n'est à aucun moment réveillée par les démangeaisons.

Le 27, le prurit a presque complètement cessé; la malade se plaint de la tête.

Le 28 et le 29, elle n'éprouve aucun prurit; la coloration des éléments éruptifs pâlit légèrement. Il y a une céphalalgie assez prononcée dans la journée, pas de vertige ni de vomissements.

Le 30, l'amélioration persiste: le sommeil est très bon. Il y a seulement un peu de prurit à la partie supérieure de l'abdomen et dans l'aisselle gauche; la malade se frotte, surtout instinctivement, dans ces régions.

Le 31, le prurit est un peu plus prononcé à la partie supérieure de l'abdomen, dans les points comprimés par la ceinture du jupon. Les éléments éruptifs ont notablement pâli; tous ceux qui sont isolés sur l'abdomen ont une coloration rose pâle; ceux de la ceinture ont perdu leur teinte violacée et sont devenus rouges; la consistance paraît légèrement diminuée; il y a une légère tendance à la desquamation sur quelques éléments.

Le 2 novembre, nouvelle ponction, évacuation de 6 centimètres cubes.

Le 3, disparition à peu près complète du prurit; à peine quelques sensations prurigineuses à la ceinture lorsque la malade se frotte; sommeil excellent.

Les jours suivants, l'amélioration persiste; les lésions cutanées sont moins accusées, leur coloration est diminuée, ainsi que leur consistance; la desquamation s'accroît de plus en plus.

Aujourd'hui 9, les éléments éruptifs sont très atténués. Sur l'abdomen, les éléments isolés sont de coloration rose clair; à la palpation, ils ne forment plus qu'une petite nodosité peu appréciable; ils ont à leur sommet une petite squame blanche en grande partie détachée. Les groupes de la ceinture ont une teinte rose plus foncée; l'épiderme est fortement plissé à leur surface et en partie desquamé; leur consistance a beaucoup diminué.

Les modifications subies par le prurit et, consécutivement, par l'éruption elle-même, après la ponction lombaire, sont d'autant plus remarquables que, chez cette malade comme chez les autres sujets que nous avons observés, nous n'avons institué aucune médication, ni locale ni générale.

Il résulte des faits que nous avons observés que l'évacuation du liquide céphalo-rachidien exerce, par un mécanisme que des recherches en cours nous permettront sans doute de déterminer, une influence manifeste sur certains prurits et en particulier sur celui du lichen de Wilson.

Pour nous borner à cette dernière affection, nous pensons que la ponction lombaire peut être utilisée pour son traitement. Si, malgré le fait où nous l'avons vue amener la guérison complète en 8 jours, elle ne peut être considérée comme un agent exclusif de traitement dans tous les cas de lichen de Wilson, elle peut certainement y rendre des services très réels. En supprimant le prurit ou en l'atténuant considérablement, elle supprime ou réduit la cause la plus active d'exagération et de persistance des lésions cutanées et met celles-ci dans des conditions infiniment plus favorables à leur guérison. Nous nous proposons, en faisant connaître ultérieurement tous les faits que nous avons pu observer, de déterminer d'une façon précise les indications de la ponction lombaire dans les différentes formes de lichen de Wilson, et les conditions dans lesquelles le traitement local doit lui être associé.

Coincidence de verrues planes du visage et des mains et de végétations des organes génitaux chez une même malade.

Par M. GEORGES THIBIERGE.

La malade que je présente à la Société est une femme de 18 ans, atteinte à la fois de verrues planes du visage et des mains remontant à environ un an; au milieu des verrues planes des mains,

dont quelques-unes sont disposées en trainées linéaires, on voit 3 verrues papillomateuses ne dépassant pas 3 ou 4 millimètres de diamètre.

Cette femme a fait au mois de mai dernier un premier séjour dans mon service pour une blennorrhagie; elle n'avait à cette époque aucune trace de végétations de la vulve. Elle y est rentrée le 27 octobre avec une poussée aiguë de blennorrhagie et des végétations occupant principalement le bord libre et la face interne des grandes lèvres, sous la forme d'excroissances arrondies, peu élevées, de teinte rosée; deux éléments situés sur la face interne des grandes lèvres et un autre sur le bord de la petite lèvre droite ont l'aspect décrit sous le nom de crêtes de coq; sur le pourtour de l'orifice du vagin, on voit de nombreuses végétations déchiquetées de teinte rose, présentant un aspect frambœsiforme fréquemment observé en cette région.

La coexistence des verrues vulgaires et des végétations est très fréquente; je l'observe dans mon service chez un quart au moins des malades atteintes de végétations, et cette fréquence me paraît suffisante pour démontrer l'identité de nature entre ces deux affections, dont l'aspect ne diffère qu'en raison de la diversité des régions sur lesquelles elles sont développées.

Les verrues planes étant moins communes que les verrues végétantes, leur coïncidence avec les végétations est moins fréquente; aussi, bien qu'elle ait été signalée par Gémy et Dubreuilh, m'a-t-il paru intéressant d'en faire connaître un nouveau cas.

Ce fait vient, en outre, montrer une fois de plus la coïncidence des verrues végétantes et des verrues planes et démontrer leur identité, que quelques auteurs semblent encore aujourd'hui méconnaître.

M. HALLOPEAU. — M. Thibierge a-t-il pu établir la relation de cause à effet entre ces trois variétés de papillomes ou a-t-il pu démontrer l'identité de leur parasitisme causal?

M. THIBIERGE. — Je me fonde non sur une preuve bactériologique, mais sur des raisons cliniques pour soutenir mon opinion. Il est extrêmement fréquent de voir coïncider verrues et condylomes ou verrues vulgaires et verrues planes.

M. HALLOPEAU. — Le fait même de la fréquence de ces affections n'incite-t-il pas à penser qu'elles ont plus de rapports de coïncidence que de parenté?

M. THIBIERGE. — La parenté de structure entre ces diverses formations, leur rapprochement clinique si fréquent m'ont amené à admettre la communauté de leur origine.

www.libtool.com.cn

Gommes sous-cutanées de nature indéterminée guéries par le traitement mercuriel.

Par MM. V. GRIFFON et J. DU CASTEL.

Le malade que voici a déjà été présenté à la Société, dans la précédente séance, par MM. Hudelo et Hérisson, qui avaient intitulé leur communication : gommes sous-cutanées multiples de nature indéterminée, peut-être tuberculeuse. On s'était demandé un moment s'il ne s'agissait pas de sarcoïde de Bœck, ou bien de blastomycose.

Nous avons soumis cet homme à un traitement antisyphilitique intensif. A partir du 15 mai 1905, il a subi vingt et une injections quotidiennes d'une solution aqueuse de biiodure de mercure, en commençant par un centigramme de biiodure et atteignant la dose élevée de 6 centigrammes par jour. Au bout de cette période de traitement, nous avons tenté les injections de calomel : une piqûre de 5 centigrammes a fait éclore une stomatite, et nous avons interrompu alors les injections mercurielles.

Le malade s'est rendu à la campagne, où il a pris pendant deux mois, d'abord 60 pilules, puis, après une semaine de repos, 30 pilules de Dupuytren à la dose de 2 par jour.

Rentré à Paris le 26 octobre, nous l'avons trouvé si amélioré, guéri de la plupart de ses lésions gommeuses, qu'il nous a semblé intéressant à soumettre de nouveau au jugement des membres de la Société.

Presque toutes les tumeurs se sont résorbées, en laissant une cicatrice souple et pigmentée. Celles du cuir chevelu ont disparu les premières. Il persiste une fistule, avec adhérence au tibia, à la face interne de la cheville, mais le traitement intensif, que nous avons de nouveau institué, en aura bientôt raison.

Nous insistons sur ce point que la guérison n'est pas à mettre ici sur le compte du calomel, mais du biiodure à forte dose.

Chancre mou de l'index ; abcès lymphangitique chancrelleux à distance.

Par MM. V. GRIFFON et F. DEHÉRAIN.

Le malade que nous présentons à la Société est porteur d'un chancre mou extra-génital qui est apparu dans les circonstances suivantes :

Il y a un mois environ, se sont développés au niveau du prépuce des chancres mous. Huit jours après, le malade se coupe le doigt en brisant un verre, et il inocule inconsciemment sa plaie de virus chancrelleux. Un chancre mou prend naissance à la face dorsale de l'extrémité de l'index gauche.

Une adénopathie épitrochléenne très marquée ne tarde pas à se mani-

festes. Le ganglion, très gros, légèrement douloureux, ne suppure pas, et aujourd'hui il a déjà beaucoup diminué de volume.

Mais la particularité intéressante de cette observation est le développement, à mi-chemin du chancre et du ganglion, sur le bord radial de l'avant-bras et empiétant sur la face dorsale, d'un abcès chaud qui a suivi de quatre à cinq jours l'apparition du chancre au niveau de l'index.

Cet abcès s'est ouvert spontanément au bout de quelques jours, à la manière d'un bubon chancrilleux. L'examen microscopique n'y décèle ni bacilles de Ducrey ni les autres microbes de la suppuration. Les cultures, même sur sang gélosé, demeurent stériles, sans doute à cause de l'époque tardive à laquelle ont été pratiqués lesensemencements.

Comme il n'existe pas de ganglions lymphatiques dans cette région du membre supérieur, il faut rejeter l'hypothèse de bubon suppuré. Il ne peut s'agir que d'un abcès lymphangitique à distance, de nature chancrilleuse, bien que l'on n'ait pu voir sur l'avant-bras, au dire du malade, de traînées lymphangitiques. Tout ce qu'accuse notre homme, c'est d'avoir ressenti, au moment où l'abcès s'est déclaré, des douleurs le long de l'avant-bras, comme s'il avait reçu un coup.

Le secrétaire,

E. LENGLET.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1905

Présidence de M. Alfred Fournier.

SOMMAIRE. — Ouvrage offert à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Sur le cas de boubas présenté par M. HALLOPEAU, par MM. QUEYRAT et BOISSEAU. (Discussion : M. HALLOPEAU.) — Cas de contagions peladiques, par M. HALLOPEAU. — Double perforation palatine syphilitique chez un paralytique général, par MM. MARIE et PIETKIEWICZ. (Discussion : MM. HALLOPEAU, A. FOURNIER, PIETKIEWICZ.) — Sur un cas d'acné cornée dorso-lombaire à évolution avec folliculites non suppuratives, par MM. HALLOPEAU et DONZÉ. (Discussion : M. DARIER.) — Sur un cas de prurigo de Besnier, à larges croûtes, avec éléments lichénoïdes et atrophiques, ayant débuté à l'âge adulte, par MM. HALLOPEAU et ROY. — Kératose pileaire exclusivement faciale, histologie pathologique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. — Évolution de la radiodermite chronique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. THIBERGE, SOTTAS, DARIER, DE BEURMANN, BISSÉRIÉ.) — Radiodermite professionnelle, par MM. JEANSELME et FOUCHON. — Chéloïdes secondaires à des cicatrices syphilitiques (nature infectieuse des chéloïdes), par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT. (Discussion : MM. HALLOPEAU, JEANSELME, DARIER.) — Sclérodermie systématisée de la face, par M. THIBERGE. — Syphilome lupiforme ou lupus syphiloïde, par M. GASTOU. (Discussion : MM. A. FOURNIER, LENGLET, RENAULT, GAUCHER, JACQUET.) — Télangiectasie en arc de cercle sur la paroi abdominale, par M. BALZER. — Lichen plan et vitiligo, par M. DANLOS. (Discussion : MM. JACQUET, SABOURAUD.) — Lichen obtusus et vitiligo, par M. DANLOS. (Discussion : MM. DARIER, DE BEURMANN.) — Lichen plan à localisation pileaire simulant le pityriasis rubra de Devergie, par M. DANLOS. (Discussion : MM. DARIER, SABOURAUD.) — Mycosis fongoïde localisé traité par la radiothérapie, par MM. GAUCHER, GASTOU et BOISSEAU. — Tumeurs de la jambe de nature indéterminée, par MM. GAUCHER et BOISSEAU. (Discussion : M. DARIER.) — Phagédénisme tertiaire précoce, par MM. GAUCHER et BOISSEAU. (Discussion : MM. A. FOURNIER, GAUCHER.) — Constatation du spirochète de Schaudinn dans le foie et la rate d'un fœtus macéré, par MM. QUEYRAT, LEVADITI et FEILLÉE. (Discussion : MM. BODIN, MILIAN.) — Spirochète pallida dans les lésions syphilitiques, par M. BODIN. (Discussion : MM. RENAULT, BODIN.) — Chancre syphilitique géant du dos de la main par M. GRIFFON. — Sphacèle de la verge consécutif à un chancre, par MM. GRIFFON et J. DU CASTEL. (Discussion : MM. A. FOURNIER, DE BEURMANN, LAFAY, DARIER, MILIAN.) — Note sur l'histologie du mycosis fongoïde, par M. DALOUS.

Ouvrage offert à la Société.

GRÖLL. — *Un cas de maladie d'Addison*. Grenoble, 1903.

www.libtool.com.cn

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur le cas de boubas présenté par M. Hallopeau.

Par MM. QUEYRAT et BOISSEAU.

Dans la séance du 2 février de cette année, M. Hallopeau a présenté un malade, Tr..., âgé de 33 ans, que nous avons eu l'occasion d'observer et que nous avons étudié, avec grand soin, à l'hôpital Cochin-Annexe, du 15 juin au 21 juillet de l'année dernière.

Le cas était difficile et ce ne fut qu'après des examens répétés, non seulement des lésions cutanées du malade, mais aussi de ses divers organes et après une biopsie que nous nous arrêtâmes au diagnostic de *tuberculose cutanée atypique*. Bien que nous n'ayons ni présenté le malade, ni publié son observation, notre diagnostic s'est trouvé mis en cause à la Société de Dermatologie, puis rejeté et remplacé par celui de *sypphilis*.

A la séance de mars, l'un de nous a interjeté appel de cette condamnation et M. Hallopeau, après être revenu à plusieurs reprises sur le cas de ce malade (séances de mars, d'avril, de mai, de juin), vient, à la séance de novembre, d'abandonner son premier diagnostic de *sypphilis à évolution anormale*, pour adopter, sur l'indication du D^r Sommer, de Buenos-Aires, l'hypothèse d'une *boubas*.

Aussi, en raison de l'intérêt présenté par notre malade et des controverses multiples dont il a été l'objet, croyons-nous devoir résumer les raisons cliniques et anatomo-pathologiques qui nous avaient amenés au diagnostic de *tuberculose cutanée atypique*, et ajouter quelques détails intéressants à l'histoire clinique de Tr...

Sans vouloir reprendre in extenso l'observation qui a été publiée par M. Hallopeau dans le n° 2 des Bulletins de cette année, sans vouloir insister sur les anomalies et les difficultés que présentait le cas en question, nous envisagerons successivement :

L'hypothèse de sypphilis ou de tuberculose;

L'hypothèse de boubas ou de tuberculose.

1° SYPHILIS OU TUBERCULOSE. — Le malade nie avoir jamais eu de chancres et affirme n'avoir jamais constaté aucun accident secondaire ni du côté de la peau, ni du côté des muqueuses; il a un fils âgé de 4 ans, bien portant.

Nous notons au point de vue familial que son père et sa mère sont morts de tuberculose et que, de plus, il a un frère qui a été réformé pour tuberculose de la colonne vertébrale.

D'autre part, à son point de vue personnel, Tr... nous apparaît comme tuberculeux, et de par ses poumons, et de par son testicule droit.

Poumons. — Tr... présente aux deux sommets des signes d'infiltration, et dans les fosses sus-épineuses, surtout à gauche, une expiration prolongée et soufflante, avec diminution de la sonorité et de l'élasticité sous le doigt.

Testicule droit. — M. Hallopeau considère l'induration épидидymaire qu'il présente comme un reliquat blennorrhagique, mais en interrogeant le malade, on apprend qu'il a eu, il y a quatre ans, une hydrocèle, et que c'est à la suite que son testicule est resté volumineux. En juin dernier, lorsque Tr... est entré dans notre service, l'épididyme droit était gros, dur, bosselé, et M. Humbert, chirurgien de Cochin-Annexe, qui a bien voulu nous donner son avis, n'a pas hésité à en faire un *épididyme tuberculeux*.

Il s'agit donc d'un sujet qui n'a pas de commémoratifs syphilitiques et qui, familialement et personnellement, est entaché de tuberculose.

Lorsque le malade est entré à Cochin, il présentait d'une part des cicatrices anciennes, notamment au niveau du coude et du jarret du côté droit, cicatrices dont la plupart étaient violacées, épaisses, gaufrées, quelques-unes chéloïdiennes (tous caractères qui appartiennent bien plus aux cicatrices de lésions tuberculeuses qu'à celles de la syphilis), d'autre part des ulcérations plus récentes; celles-ci existaient depuis *six mois*; elles se présentaient sur la face postérieure de la cuisse droite, dans le dos, à l'avant-bras et à la jambe gauche, sous forme de pertes de substance, à bords taillés à peu près régulièrement et séparés de la peau saine par un liséré d'un rouge violacé. Leurs dimensions variaient de celles d'une pièce d'un franc et de cinq francs, à celle de la moitié de la paume de la main. Elles étaient pour la plupart recouvertes de croûtes, jaunâtres ou grisâtres, rappelant l'aspect des croûtes d'impétigo; sous les croûtes, les ulcérations présentaient un fond légèrement granuleux, recouvert de sérosité purulente.

Pendant trois mois, le malade avait été traité au Havre comme syphilitique: pilules, injections quotidiennes de sels mercuriels, (il ne sait lesquels), sirop de Gibert, iodure de potassium, jusqu'à 10 grammes par jour, tout avait été employé; loin de s'améliorer sous l'influence de ce traitement, les lésions, non seulement ont persisté, mais encore ont pris de l'extension, et c'est véritablement désespéré qu'il vient nous demander conseil.

Après l'avoir examiné et avoir discuté les diverses hypothèses pathologiques que suscite son cas, en particulier celles de lèpre et de farcinose, il nous paraît que les deux qui présentent le plus de probabilités sont celles de *syphilis* ou de *tuberculose atypique*.

Contre celles de syphilis nous avons:

L'absence d'accident initial;

L'absence d'accidents secondaires ;

Le fait qu'il a un fils âgé de 4 ans, bien portant ;

Le fait que, traité énergiquement par le mercure et l'iodure pendant plusieurs mois, il a vu ses ulcérations, non seulement ne pas rétrocéder, mais s'accroître ; il est vrai qu'il présente sur l'œil gauche des signes d'iritis ancienne, qui pourraient inciter au diagnostic de syphilis ; il importe donc de s'assurer de la nature de la lésion qu'il a eue.

M^{lle} Toufesco, externe des hôpitaux et excellente ophthalmologiste, qui depuis plusieurs années veut bien se charger de l'examen des yeux des malades de notre service, a étudié à ce point de vue Tr..., quatre jours après son admission à l'hôpital.

Voici la note qu'elle nous a remise et dont nous la remercions :

Jean Tr..., 33 ans. — Examen oculaire fait le 19 juin 1904.

Oeil gauche. — Il y a 3 ans, ulcération sur le bord ciliaire de la paupière inférieure gauche, immédiatement en dehors du point lacrymal ; ulcération très douloureuse.

Le malade reste 5 à 6 jours sans rien faire, puis s'adresse à un médecin qui n'attache aucune importance à cette ulcération et prescrit des lavages à l'eau boricuée.

Huit jours plus tard, larmoiement, photophobie ; très fortes douleurs orbitaires, péri-orbitaires et intra-oculaires ; l'œil devient très rouge, il semble au malade que son globe oculaire augmente de volume.

Au même moment (8 jours après le début de l'affection), angine, très douloureuse, à gauche avec adénopathie cervicale énorme, au dire du malade. Les paupières sont gonflées et agglutinées. L'angine guérit en deux semaines, mais l'œil gauche, très douloureux pendant 40 jours, reste encore malade six mois durant. Un médecin fait alors pratiquer des instillations d'atropine.

Actuellement (19 juin 1904) l'O. G. est plus petit que l'O. D. ; la fente palpébrale est plus étroite, les mouvements des paupières sont normaux. La paupière inférieure est dégarnie de cils dans son quart interne et porte en ce point une cicatrice linéaire, déprimée, à bords surélevés. Cette cicatrice s'arrête au niveau du tubercule lacrymal qui paraît plus saillant. Réflexe palpébral fort ; plis radiés au-dessous du point lacrymal inférieur.

Larmoiement intermittent ; en pressant sur le sac lacrymal on fait sortir du muco-pus ; la conjonctive palpébrale est injectée.

Les mouvements du globe sont normaux. A l'état de repos la cornée est déviée en haut et un peu en dehors, elle est plus petite que celle de l'O. D. ; T. = 1.

V = perceptions lumineuses avec bonne projection. La sclérotique est épaissie, en dehors ; au niveau du limbe, sur une surface d'un demi-centimètre environ elle est au contraire amincie par places et un peu vascularisée.

Cornée transparente ; chambre antérieure moins profonde qu'à droite.

L'iris est terne, couleur brique vers son bord pupillaire qui est déformé. La pupille a une forme irrégulière ; elle est étroite. Synéchiés postérieures.

surtout en dehors et en bas, en haut, sur une étendue très restreinte, la pupille réagit à la lumière.

Cataracte complète. F. inéclairable. Aucune douleur. L'œil droit est complètement normal. V = 5/3.

En résumé, il semble que ce malade a fait, il y a trois ans, *une infection aiguë (à streptocoques ou à pneumocoques)*, car l'évolution clinique produisant aussi rapidement des lésions graves et multiples n'est propre ni à la *syphilis*, ni à la *tuberculose*.

La lésion oculaire n'a donc aucune valeur en faveur de l'hypothèse syphilis.

Dans cette conjecture assez embarrassante, nous proposâmes au

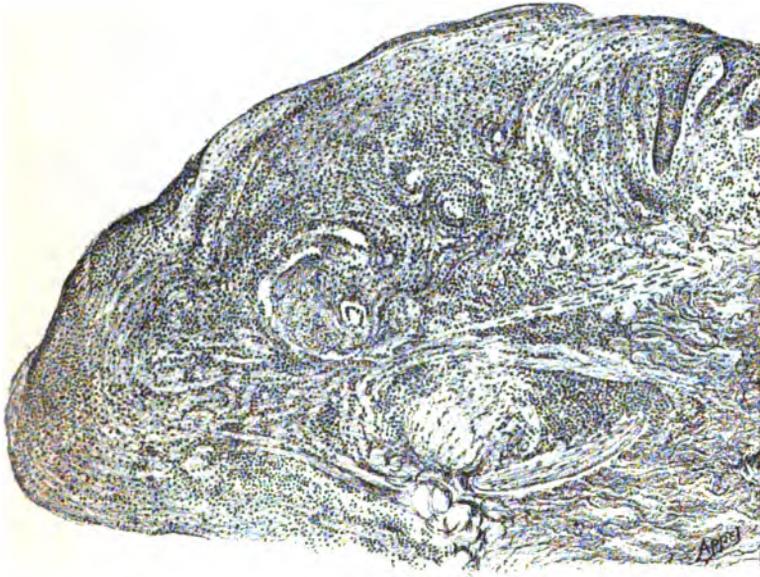


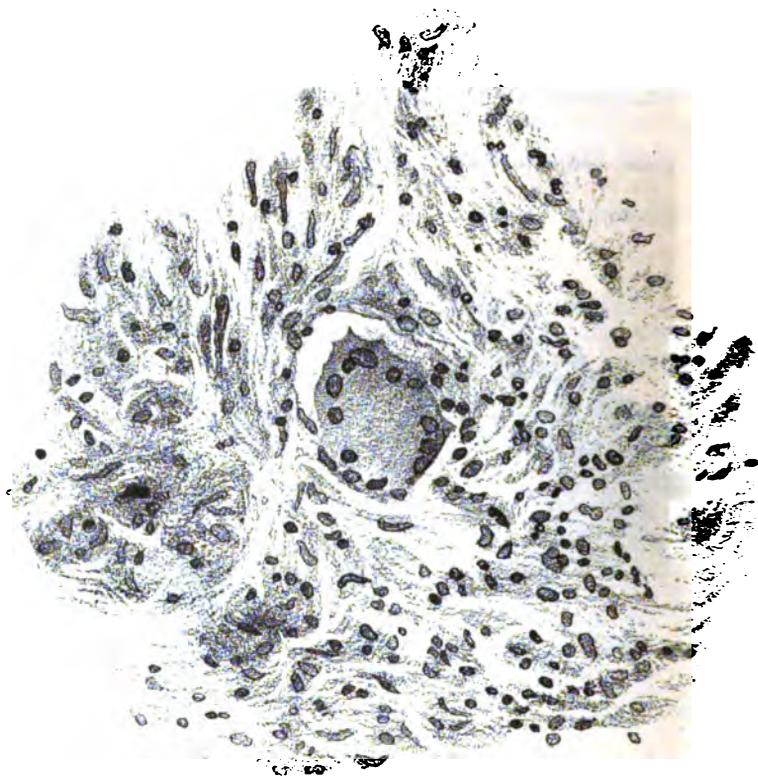
FIG 1.

malade, pour établir notre diagnostic, de lui faire une biopsie, ce qu'il accepta, et nous enlevâmes un fragment du bord d'une ulcération dorsale. Sur plusieurs coupes, nous pûmes alors constater au milieu d'une prolifération poly et mono-nucléaire avec des lésions d'endo et surtout de péri-vascularite, la *présence de cellules géantes*, ainsi que le montre d'ailleurs la reproduction à la chambre claire d'une de ces préparations, dessin que nous devons à l'habile crayon de notre confrère le D^r Appel (fig. 1 et 2).

Nous voulûmes enlever un autre fragment afin de faire des inoculations au cobaye : le malade s'y refusa.

Le traitement consista à supprimer tout traitement antisyphilitique

et à donner au malade une bonne alimentation, des œufs crus, de la viande crue, du sirop de raifort iodé, du glycérophosphate de chaux, à faire l'antiseptie locale par l'application sur les ulcérations de peroxyde de zinc et d'eau oxygénée faible (coupée à un tiers), puis, les plaies étant bien détergées, bien aseptisées, et déjà en voie de répa-



APPE

FIG. 2

ration, à les protéger par des rondelles d'emplâtre de Vigo. Et ces ulcérations qui duraient depuis cinq mois, qui avaient résisté à trois mois de traitement spécifique intensif, guérèrent, non pas en vingt jours, comme il a été dit, mais en un peu plus de cinq semaines, car lorsque le malade, très nerveux, sortit brusquement après trente-sept jours d'hospitalisation, il n'était pas encore complètement guéri.

Deux objections ont été faites au diagnostic de *tuberculose cutanée atypique*, auquel nous nous sommes arrêtés :

L'aspect circiné de certains éléments ;

La rapidité de la guérison.

On peut répondre à la première objection qu'il est des tuberculoses de la peau qui présentent un aspect absolument circiné : nous n'en voulons comme preuve que le cas du jeune F..., âgé de 13 ans, que nous avons eu dans notre service, à Cochin, qui est actuellement à Saint-Louis, dans le service du professeur Gaucher, et que nous avons déjà présenté à la Société de Dermatologie.

Ce garçon, indemne de syphilis, et dont les parents, que nous

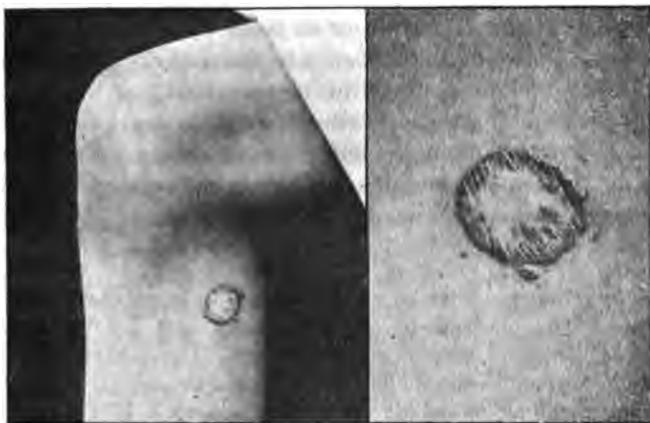


FIG. 3.

avons examinés, n'ont jamais eu la syphilis et ne présentent aucune trace d'accidents spécifiques, ce garçon, dis-je, a été atteint de lupus de la muqueuse palatine (aujourd'hui guéri), du nez et de la peau, lupus typique, ainsi que l'ont démontré les biopsies. Or, la tuberculose sur la peau de ce jeune malade figure au niveau du sternum, des flancs et du jarret droit, des cercles presque parfaits, ainsi que l'on peut s'en rendre compte par les photographies que voici (fig. 3) :

L'objection tirée de la guérison rapide n'est pas décisive non plus. Il faut renoncer à l'ancienne conception dermatologique qui voulait qu'il y eût seulement tuberculose lorsque la lésion était chronique et à peu près incurable. Il est nombre de tuberculoses, de la variété pulmonaire à la variété cutanée, qui sont très bénignes, qui guérissent très facilement.

Et comme preuve de cette bénignité, de cette facilité de guérison de certaines dermo-tuberculoses, nous citerons, entre autres, le fait de MM. Jacquet et du Pasquier, qui eurent l'occasion d'observer une

tuberculose cutanée suppurative de l'épigastre, avec nombreux bacilles de Koch, laquelle guérit rapidement par un pansement simple (Société médicale des hôpitaux de Paris, 15 juillet 1898).

On comprend très bien que, l'antisepsie et l'asepsie de la peau faisant disparaître les microbes surajoulés, le tégument puisse avoir assez de vitalité pour annihiler l'invasion tuberculeuse, étant donné qu'il s'agit vraisemblablement dans ces cas de bacilles de Koch à virulence très atténuée.

De telle sorte que, et de par la clinique et de par l'anatomie pathologique, nous avons cru devoir formuler et maintenir le diagnostic : *tuberculose cutanée atypique* contre celui de *sypilis*.

Nous avons même pu, en faveur de cette hypothèse, invoquer encore ce fait, dont nous avons eu ultérieurement connaissance, à savoir que Tr... a été examiné au Havre en 1904, par M. le Dr Thorel, médecin des hôpitaux de cette ville, chargé du service de dermatologie, et que notre distingué confrère avait conclu à la tuberculose. Voici la note qu'a bien voulu nous communiquer à cet égard M. Thorel, que nous remercions de son obligeance :

J'ai eu à examiner et à traiter au Havre, en 1904, le malade Tr... ; il venait de suivre pendant plusieurs mois, et cela sans résultat, un traitement anti-syphilitique énergique. Au moment où je le vis, il présentait, entre autres lésions, à la face antérieure du poignet droit, une dermopathie qui, objectivement, me parut une *tuberculose verruqueuse typique*. Je lui fis une profonde et large cautérisation au thermocautère, suivie d'un pansement simple. Au bout de quinze jours la lésion était guérie.

Aussi bien le diagnostic syphilis semble-t-il avoir perdu sa faveur première, puisque M. Hallopeau l'abandonne aujourd'hui pour considérer notre malade commun comme atteint de boubas ; nous allons donc envisager cette deuxième hypothèse :

2° BOUBA OU TUBERCULOSE. — N'ayant jamais eu l'occasion d'observer de cas de boubas, nous avouons être fort embarrassés pour discuter cette hypothèse.

Toutefois, à nous en rapporter aux descriptions qu'en ont données les médecins brésiliens et français, il existerait de notables différences entre la boubas et le cas de notre malade.

Dans un travail original, intitulé *Contribution à l'étude de la boubas brésilienne*, et présenté au deuxième congrès de médecine latino-américaine, tenu en 1904 à Buenos-Aires, MM. Moreiro et Austregesilo insistent au point de vue clinique sur le fait que les ulcérations de la boubas présentent un fond mûriforme, papillomateux ; rien de tel n'existait chez notre malade.

La boubu du Brésil ne touche presque jamais les muqueuses (Le Dantec). Or, notre malade a eu des lésions gutturales.

La boubu n'intéresse pas les yeux; la lésion qu'a eue notre malade n'a donc rien à voir avec la boubu.

Les malades atteints de boubu guérissent ou s'améliorent, d'ordinaire, sous l'influence de l'iodure de potassium; notre malade en a pris jusqu'à 40 grammes, sans autre résultat qu'une aggravation de son état.

Ajoutons enfin que la boubu est exceptionnelle chez l'Européen.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique, Moreira et Austregesilo ont fait chez leur malade une biopsie et la photographie des coupes qu'ils ont examinées ne présente pas du tout l'aspect de nos préparations; il s'agit surtout d'une prolifération papillaire, accompagnée d'une infiltration irrégulièrement disséminée de plasmazellen, d'une assez grande abondance de cellules conjonctives et d'un peu de dégénérescence hyaline.

Il n'est pas question de cellules géantes.

Mais à côté de cette boubu brésilienne, M. Sommer en a décrit une autre variété, à laquelle il rattache l'observation de Vidal, publiée dans l'*Atlas international des maladies rares de la peau*, et qui serait caractérisée, cliniquement, par de larges ulcérations, et, anatomo-pathologiquement, par une infiltration de jeunes cellules parmi lesquelles on pourrait voir des cellules géantes.

Peut-être notre malade Tr... , qui a séjourné au Brésil, pourrait-il être un spécimen de cette variété de boubu. Malheureusement, quelques recherches que nous ayons tentées, soit à la bibliothèque de la Faculté de médecine, soit à celle de Saint-Louis, ou de Cochinchine, il nous a été impossible de nous procurer le travail récent de Sommer. Mais nous nous en rapportons très volontiers aux explications de M. Hallopeau à ce sujet, et pensons avec lui que cette hypothèse aurait le mérite de concilier et l'opinion émise par nous à propos de Tr... , d'une tuberculose cutanée atypique, et l'opinion émise en premier lieu par M. Hallopeau, et acceptée par la majorité de la Société de Dermatologie, d'une syphilis anormale, de concilier la clinique avec les résultats anatomo-pathologiques, et enfin le mérite d'apporter une nouvelle contribution à l'étude d'une variété à peu près inconnue de boubu brésilienne. Mais en tout état de cause, il faudrait trouver pour ce type morbide une autre dénomination que celle de boubu qui expose à de regrettables confusions.

M. HALLOPEAU. — Je suis heureux d'entendre M. Queyrat accepter comme vraisemblable le diagnostic de maladie exotique que j'ai formulé dans notre séance de juillet et qui a été précisé par M. Sommer dans le sens d'un cas de *Boubu*. L'histoire de notre malade se rapproche beaucoup de celle de

faits mentionnés par M. Sommer en 1904 dans sa très intéressante communication au Congrès de dermatologie de Berlin, et particulièrement du cas publié par Vidal dans la cinquième livraison de l'*Atlas international des maladies rares de la peau*, cas dont j'avais fait également une maladie exotique lors de sa présentation à notre Société.

A propos du diagnostic avec la tuberculose, je ferai observer encore que l'on ne voit pas dans cette maladie les ulcérations se cicatriser en une quinzaine de jours et sans traitement réellement curatif, comme l'ont fait, sous nos yeux, celles du cuir chevelu chez notre sujet.

Ajoutons enfin que, conformément à la remarque de M. Jeanselme, les altérations des muqueuses, dont nous rapprochons celles des yeux, séparent nettement la boubas du pian sous lequel elle a été primitivement confondu. C'est à M. Sommer que revient l'honneur d'avoir le premier nettement différencié ce type morbide.

Cas de contagions peladiques.

Par M. HALLOPEAU.

Plusieurs cas de contagions multiples de pelade sont signalés dans une lettre adressée par le docteur Giry (de Briey).

L'auteur est nettement contagionniste : il a constaté, au printemps dernier, chez des enfants d'un village voisin, onze cas d'alopecie, qu'il a considérés comme peladiques.

Ils'agissait, d'après sa description, de plaques *complètement dénudées, glabres, arrondies, absolument lisses*; elles siégeaient pour la plupart sur les côtés de la nuque et atteignaient les dimensions d'environ 3 centimètres de diamètre. Chez quelques enfants, il y avait deux ou trois petites plaques d'un centimètre et demi à 2 centimètres de diamètre.

Il semble bien qu'il s'agisse là d'une épidémie de pelade : la seule erreur qui soit imputable à M. Giry, est d'avoir pris pour des plaques au début des pelades déjà en voie de guérison; elles étaient en effet recouvertes de poils follets, blancs, disséminés, minces, atrophiés, s'arrachant très facilement avec le bulbe; en général, ils ne se cassaient pas. En tout cas, on n'observe rien de semblable dans la trichophytie.

M. Giry cite encore dans sa lettre une famille dans laquelle cinq personnes, dont deux adultes, ont été consécutivement atteintes de pelade.

Enfin, fait absolument indiscutable suivant lui, dix cas au moins

de pelade ~~se sont développés à~~ Briey chez des hommes ayant le même coiffeur.

Je passe sous silence un fait dans lequel une pelade aurait été communiquée à un homme par son cheval atteint de pelade, l'existence de cette maladie chez cet animal étant des plus contestées.

Les descriptions de M. Giry nous paraissent avoir le cachet de la vérité, et devoir trouver place parmi les documents destinés à éclairer la question : nous déposons sa lettre dans nos archives.

Double perforation palatine syphilitique chez un paralytique général.

Par MM. MARIE et PIETKIEWICZ.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un malade atteint de paralysie générale, à forme démente, en demi-rémission, consécutivement à un traitement spécifique, nécessité par une gomme syphilitique du voile du palais.

Ce malade n'avait aucune connaissance de ses antécédents spécifiques et nie encore de bonne foi avoir jamais contracté la syphilis. C'est un cas de plus de paralysie générale chez un spécifique ayant présenté des accidents tertiaires en même temps que des accidents de méningo-encéphalite diffuse.

Il est curieux de noter la syphilis, confirmée par une gomme en évolution, chez un malade qui, sans cela, eût été porté comme paralytique non spécifique, sur ses affirmations formelles, confirmées par son entourage.

Il est curieux de constater également une rémission relative dans la méningo-encéphalite à la suite de la guérison de la gomme par le traitement spécifique.

Voici l'observation résumée :

D..., 37 ans, représentant de commerce, est atteint de paralysie générale. *Antécédents héréditaires.* — Père mort cardiaque. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Nie énergiquement la syphilis, en disant qu'il ne ferait aucune difficulté à le reconnaître si cela était; sa famille, son médecin et l'examen direct confirment ce dire à l'entrée.

Pas d'alcoolisme.

Troubles mentaux à l'entrée. — Est atteint de paralysie générale affaiblissement intellectuel, agitation, divagation, loquacité, idées de richesse et de suicide, insomnie, cauchemars, trouble de la parole.

Il a trouvé le moyen avec cent mille francs d'avoir des milliards deux mois après.

Il a inventé la chaussure éternelle, etc., etc.

En outre, inégalité pulpillaire et albuminurie ancienne. Ces faits ont été constatés à l'entrée tant à l'Infirmierie spéciale qu'à l'asile de Villejuif, par les D^{rs} Legros, Magnan et Marie.

Le malade, 6 mois après l'entrée, remarque qu'il rend de la soupe par la narine gauche.

Peu après, il se plaint d'un trou dans le palais et nasonne.

Il est trouvé porteur d'une perforation du voile osseux du palais sur la ligne médiane et la partie gauche du palatin. C'est une perforation ovale, à bord à pic, de la dimension d'une grosse amande avec la cloison nasale sous-jacente également ulcérée.

On fait des frictions hydrargyriques durant quelques jours et des piqûres d'hermophényl pendant un mois.

Les bourgeons s'effacent, les bords à pic se recollent et l'ulcération se cicatrise en laissant une perte de substance, encore visible, de la dimension d'une pièce d'un franc.

Traitement ioduré final et rémission actuelle persistante, bien qu'incomplète, puisqu'il y a persistance de l'embarras de la parole, de la paresse des pupilles avec inégalité et réaction paradoxale à la lumière, ainsi que de l'euphorie indifférente.

À l'heure actuelle, il n'y a dans les urines ni sucre, ni albumine.

À l'examen de la bouche, on constate que, en haut, toutes les dents font défaut, à l'exception de la dent de sagesse à droite. Ces dents sont toutes tombées en l'espace d'un mois, sans être cariées, sans douleur, avant que le traitement mercuriel eût été entrepris. C'est le malade lui-même qui les a successivement retirées les unes après les autres. Cette gingivite expulsive particulièrement curieuse, a été suivie d'une résorption complète et presque totale du rebord alvéolaire.

En bas au contraire, toutes les dents, sauf la première grosse molaire à gauche, tombée il y a plus de 10 ans, sont solides, non cariées, mais recouvertes d'une couche de tartre qui s'explique par l'absence des dents antagonistes.

Outre la perforation palatine déjà signalée, on remarque une seconde perforation, qui a passé inaperçue jusqu'à ces derniers jours et qui siège à droite, à l'endroit où devait être autrefois la première grosse molaire. C'est une perforation lenticulaire : un stylet introduit par son orifice pénètre de 4 à 5 centimètres environ et conduit dans le sinus maxillaire ; nous pensons avoir affaire à une perforation causée par gomme ramollie de petite dimension, plutôt qu'à l'ouverture d'une sinusite syphilitique ou à un mal perforant dentaire.

Nous avons essayé de remédier au nasonnement et au défaut de mastication (la dent de sagesse supérieure, s'articulant en bas, le malade ne peut mordre sur ses gencives et déchire la viande en l'accrochant avec ses mains sur ses dents inférieures), par un appareil comprenant simplement une plaque en caoutchouc vulcanisé portant des dents et sur laquelle est fixé un petit champignon en caoutchouc mou pénétrant dans la perforation palatine. Si cet appareil ne tient pas suffisamment, nous coifferons deux molaires

inférieures avec des couronnes armées de porte-ressorts qui serviront avec les ressorts à maintenir la plaque du haut.

M. HALLOPEAU. — C'est un fait de plus à ajouter à la liste des accidents syphilitiques chez les paralytiques généraux.

M. A. FOURNIER. — Je ne pense pas qu'il s'agisse ici d'une double perforation syphilitique, et cela pour plusieurs raisons.

D'abord les véritables perforations syphilitiques du palais sont rarement doubles ; de plus, elles ne se font pas, comme ici, sur l'arcade dentaire ; enfin les perforations actuelles ont succédé à la chute d'un grand nombre de dents et le malade a en outre une eschare fessière. Pour ces raisons, je crois qu'il s'agit de maux perforants trophiques, analogues (je ferais mieux de dire identiques) aux maux perforants buccaux du tabes.

M. PIETKIEWICZ. — Nous avons pensé qu'il s'agissait d'une gomme syphilitique, parce que l'ulcération a été notablement améliorée par le traitement mercuriel en même temps que les autres troubles s'atténuaient.

Sur un cas d'acné cornée dorso-lombaire à évolution avec folliculites non suppuratives.

Par MM. HALLOPEAU et DONZÉ.

Cette dermatose, signalée par Cazénave et Hardy, étudiée depuis lors par M. Tenneson dans une de ses formes, par l'un de nous et M. Jeanselme, dans une autre, est encore à l'étude : c'est à ce titre que nous présentons cette malade, chez laquelle l'affection a présenté quelques caractères insolites.

La nommée G..., 67 ans, ménagère, entre le 7 novembre 1903, salle Lugol, lit n° 49.

Jusqu'à l'année 1903, la malade n'a jamais eu d'éruption de quelque nature que ce soit. A cette époque se produisit assez brusquement une poussée de boutons, peu abondante, au niveau de la région dorso-lombaire gauche. Cette première atteinte évolua rapidement vers la guérison complète.

En juin 1904, réapparition dans les mêmes conditions de boutons semblables aux premiers ; depuis cette époque, ils ont persisté.

Actuellement, la malade présente de nombreuses petites saillies, peu élevées, rangées sans grand ordre, quoiqu'elles tendent d'une façon générale à se grouper suivant une direction oblique en bas et en dedans. Elles occupent surtout l'abdomen, la région dorso-lombaire et fessière, et la face antérieure des cuisses, disposition que l'on peut comparer à celle d'un caleçon. Chacune de ces saillies, dont l'ensemble donne au toucher une sensation très accusée de rugosité, est constituée par une petite masse de consistance dure, noirâtre, émergeant d'un orifice agrandi et saillant ; elle est énucléable par la pression ; le volume de cette production varie de celui d'un grain de millet

à celui d'un grain de chènevis environ. Cette éruption donne lieu à un prurit intense.

Le 7 novembre, certains des éléments ont pris un aspect nouveau : à la petite saillie à sommet corné a succédé une papule d'un rouge vif, entourée d'une zone érythémateuse, offrant en certains endroits une apparence ortiée. Au centre de la papule, on voit une élévation acuminée assez analogue à un petit furoncle au stade de liquéfaction du bourbillon et prêt à percer. Le tout atteint le diamètre d'une pièce de 0 fr. 50 à 2 francs ; certains éléments ont même celui d'une pièce de 5 francs, zone érythémateuse comprise. Le volume de la papule correspond environ à celui d'un pois de petite grosseur.

Des papules dont, par le grattage, la malade a détruit le sommet, on n'exprime aucun bourbillon, mais un liquide citrin, séreux, qui en séchant ne laisse aucune croûte.

Depuis lors, il s'est fait incessamment de nouvelles poussées de ces mêmes éléments : le processus clinique de l'acné cornée s'accompagne ainsi d'un processus aigu d'acné papulo-érythémateuse.

On ne note à aucun moment d'adéno-pathie.

Il ne s'agit évidemment pas ici d'une acné vulgaire : la localisation des lésions, leur aspect corné initial, leur début si tardif ne peuvent laisser de doute à cet égard.

Ce cas se rapproche beaucoup de celui dont l'un de nous a fait l'objet en 1893, avec M. Jeanselme, d'une communication à la Société : ce sont les mêmes localisations, les mêmes lésions initiales ; il diffère de la forme décrite par MM. Tenneson et Leredde, par le défaut de groupement des éléments éruptifs et par leur localisation.

Contrairement à ce qui s'est passé chez nos premiers malades, cette forme dorso-lombaire a évolué.

Mais la particularité la plus remarquable est la production de cette éruption secondaire de papules saillantes accompagnées d'érythème que nous avons vue se développer sous nos yeux : ici encore, il s'agit d'une éruption différente de celles qui caractérisent l'acné boutonneuse vulgaire. Les recherches bactériologiques n'ont donné jusqu'à présent, chez cette malade, aucun résultat ; elles vont être poursuivies, car il s'agit là, selon toute vraisemblance, d'une maladie d'origine microbienne.

M. DARIER. — Je ne conteste pas le diagnostic d'acné cornée ; je ferai toutefois remarquer que cette lésion ne ressemble pas à celle que M. Tenneson a présentée à la Société sous cette étiquette.

www.libtool.com.cn

Sur un cas de prurigo de Besnier à larges croûtes avec éléments lichénoïdes et atrophiques, ayant débuté à l'âge adulte.

Par MM. HALLOPEAU et ROY.

On doit à M. Besnier d'avoir établi que la maladie dénommée *prurigo de Hebra*, peut, contrairement à la doctrine du maître viennois, débiter à l'âge adulte et d'en avoir complété la description.

L'histoire de la malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société, constitue un bel exemple de cette maladie avec quelques particularités qui nous paraissent dignes d'attirer l'attention ; elle peut être résumée ainsi qu'il suit :

La nommée Gr..., Louise, 63 ans, marchande, entre le 4 décembre 1905, salle Lugol, lit n° 20.

La malade a eu, il y a une dizaine d'années, une éruption semblable à celle qui l'amène dans notre service, en a guéri. La poussée actuelle a débuté il y a 6 mois par l'apparition, sur les jambes, de saillies, grosses comme un pois ; c'étaient des élevures saillantes, rouges, prurigineuses, s'excoriant par le grattage et se recouvrant de croûtes noirâtres.

Depuis lors, ces lésions se sont renouvelées sans interruption et dernièrement se sont étendues aux lèvres et au nez.

Actuellement, on trouve des lésions d'âges différents. Les plus récentes consistent en des élevures ortiées, du volume de grosses papules, résistantes au toucher ; elles durent un ou deux jours et laissent à leur suite des saillies qui continuent à être le siège de grattages. De leurs excoriations résultent des croûtes noirâtres de prurigo ; de leur confluence résultent les plaques lichénoïdes ; les lésions sont très abondantes sur tout le corps, sauf au niveau des extrémités. Elles sont constituées par des saillies polygonales, d'un brun pâle, ne s'effaçant pas sous le doigt, isolées. Quelques-unes ont un orifice central dilaté.

Presque toutes sont confluentes en plaques analogues à celles du lichen simplex. De ces plaques lichénoïdes se détachent des croûtes noirâtres du volume d'un grain de millet ou de haricot, témoignages des lésions de grattage.

Ces lésions sont très nombreuses dans le dos, à la face postéro-externe des cuisses et sur la région fessière ; sur la poitrine, on en trouve d'agminées. Sur ces placards d'aspect lichénoïde, on voit souvent des papules plus étendues, polygonales, analogues aux papules du lichen plan.

Rien dans la cavité buccale.

Sur la lèvre supérieure, la peau, épaissie, est surmontée de crouilles pâles ou colorées en brun. Toute la partie cutanée de la lèvre inférieure est recouverte de crouilles. On y observe aussi des sillons linéaires.

On voit enfin des macules décolorées, d'apparence cicatricielle, au pourtour des plaques agminées.

Le grattage linéaire provoque un dermatographisme peu prononcé. Adénopathies dans l'aisselle gauche.

Ce fait est remarquable par l'étendue considérable des lésions, par l'aspect nettement lichénoïde qu'elles prennent presque partout, par la coïncidence de manifestations eczémateuses, par les grandes dimensions qu'atteignent les croûtes noires du prurigo, par le début tardif de la maladie, par l'intensité du prurit.

Le diagnostic n'est pas sans offrir des difficultés.

Au premier abord, on peut penser à de la phthiriasse: il n'y en a pas.

On peut penser également à une maladie de Duhring: l'absence complète de bulles conduit à l'éliminer.

Le début des lésions est celui d'une urticaire, mais l'urticaire ne donne pas lieu à ces excoriations: la forme ortiée n'est ici qu'une modalité symptomatique de la papule.

L'interprétation la plus généralement admise de ces dermatoses est celle d'une auto-intoxication; elle est confirmée ici par les résultats de l'examen du sang qu'a pratiqué dans notre laboratoire M. Laffitte: il a constaté en effet que ce liquide contient 10 p. 100 de globules blancs éosinophiles, et qu'il y a une augmentation sensible des grands mononucléaires avec diminution des lymphocytes et des polynucléaires.

Nous nous proposons d'essayer chez cette malade la radiothérapie.

Kératose pileaire exclusivement faciale, histologie pathologique.

PAR MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

La kératose pileaire rouge de la face avait déjà été signalée avant le mémoire fondamental de Brocq (1890): Erasmus Wilson la décrivait en 1876-1878 sous le nom de *folliculite rubra*, Besnier l'appelait *xérodémie pileaire érythémateuse* ou *ichthyose rouge*.

Mais c'est à M. Brocq que revient le mérite de l'avoir individualisée et de l'avoir définitivement séparée de l'ichthyose, dans la si remarquable observation qu'il a publiée dans les *Annales de Dermatologie*, 1889, p. 339. Peu après, Besnier en donnait une autre observation (*Annales de Dermatologie*, 1889, p. 710) et M. Brocq publiait son mémoire (*Annales de Dermatologie*, 1890, p. 24, 97, 222) appuyé sur 11 observations principales.

Dans toutes ces observations, la kératose pileaire faciale coexiste avec les localisations ordinaires des membres (face postérieure des bras, face antéro-externe des cuisses), sans que cependant il y ait une proportionnalité absolue. M. Brocq a vu quelques rarissimes cas de kératose pileaire faciale isolée. Or, c'est là l'intérêt de notre observation, la kératose pileaire faciale était si nette que le diagnostic

s'en imposait à première vue, et cependant la recherche la plus minutieuse n'a pu, au moment de notre examen, déceler d'autres localisations; les membres étaient indemnes. S'il y avait pu avoir quelque doute sur ce diagnostic clinique, en raison de cette localisation uniquement faciale, l'histologie vint les lever: on put constater les lésions caractéristiques de la kératose pilaire des membres, telles que M. Jacquet les a décrites (in Veyrières, *Pratique Dermatologique*). Notre observation comble une lacune anatomique. « L'histologie de la kératose pilaire faciale, dit Brocq (p. 224), n'est pas encore faite. »

OBSERVATION. — M^{me} X..., 28 ans, est entachée de tuberculose. Son père est mort de fluxion de poitrine; née de parents âgés, elle a été toujours malade: elle a eu la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, elle a toujours toussé tous les hivers depuis l'âge de 6 ans, « de septembre jusqu'aux beaux temps ». Elle a été réglée à 17 ans, d'abord difficilement et irrégulièrement. En mai 1905, elle a été soignée à l'hôpital Lariboisière pour « toux et point de côté, perte d'appétit et amaigrissement ». Elle souffre de douleurs articulaires répandant au type du pseudo-rumatisme tuberculeux de Poncet. Tous les hivers elle a des engelures: les doigts en sont restés déformés.

La kératose pilaire rouge atteint les *joues et les sourcils* et est *uniquement localisée à la face*. Les cheveux sont assez fournis, et cependant la malade se plaint de leur chute, surtout depuis un an: on ne relève pas de lésion du cuir chevelu. Les membres sont indemnes. Ont-ils été atteints auparavant? la malade affirme que non, et l'on ne retrouve aucune trace: pas de cicatrice ni d'état atrophique. Cependant les poils y sont rares; il est possible que la kératose pilaire des membres ait précédé et soit maintenant disparue. — Le seront-ils plus tard? c'est improbable.

LÉSIONS SOURCILIÈRES ET JUGALES. — Ce sont les lésions caractéristiques à localisations spéciales et symétriques telles que M. Brocq les a décrites:

Des *sourcils il ne reste que la partie interne*. Ce pinceau interne donne au malade, suivant la comparaison de M. Sabouraud, un aspect de chouette. La partie externe est occupée par la plaque de kératose pilaire rouge ou des lésions d'âge différent s'entremêlent: papules rouges avec poils normaux, papules rouges avec poils dégénérés courts et grêles, cicatrices blanches, reste de lésions terminées. Les cils sont rares et paraissent atteints de lésions semblables.

Aux joues de chaque côté, une large plaque rouge s'étendant en arrière jusqu'au tragus, n'atteignant en avant ni la paupière inférieure, ni les sillons nasogéniens ou labiaux. Les lésions érythémato-télangiectasiques paraissent de beaucoup plus importantes que l'élément papuleux kératosique à peine marqué autour d'un follet peu visible, et voilé par la rougeur diffuse et uniforme. On ne voit donc d'abord que cette large plaque rouge ovulaire régulière, non squameuse, à bords diffus et entourés de quelques petites papules kératosiques rouges péripilaires isolées. Et c'est en y regardant de près qu'on voit cette plaque formée de petites papules rouges extrêmement nombreuses, serrées les unes contre les autres (aspect granité) et presque tangentes les unes aux

autres. Ces papules sont minuscules, 0^{mm},2 à 1 millimètre au plus, donc beaucoup plus petites que celles des membres, de volume et de forme réguliers, nettement arrondies à leur base, *centrées d'un poil follet* ordinairement atrophié. Il n'existe pas encore de cicatrices blanches.

Le début des lésions sourcilières et jugales *remonte à l'enfance*, le développement a été *lent et progressif, presque insensible*; elle ne peut préciser depuis quand les lésions sont devenues si accentuées. Ceci n'est pas pour nous étonner. M. Brocq a en effet montré que les éléments étaient d'abord incolores et isolés, puis tendaient à se grouper par multiplication des éléments.

En résumé, localisation faciale exclusive, soit que les membres n'aient jamais été atteints, soit que leur kératose pilaire ait maintenant disparu : la kératose faciale est, en effet, plus tardive, d'ordinaire.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (fait au laboratoire de M. Sabouraud.

La biopsie (fragment minuscule pris à la partie toute postérieure, en avant du tragus) a montré *l'identité des lésions de cette kératose pilaire rouge faciale et de la kératose pilaire vulgaire des membres*, les mêmes nodules kératosiques épidermopilaires avec glandes sébacées rudimentaires, la même ordination péripilaire. *Les seules différences sont les dimensions réduites de la papule et l'addition d'érythème*; on ne saurait donc dire que « sa formation (kératose pilaire rouge de la face) ne semble plus liée aussi intimement à l'évolution de la papule péripilaire ».

L'épiderme intermédiaire entre les nodules kératosiques est normal, au niveau de chaque nodule il s'invagine en une cupule dont les parois très écartées contiennent l'énorme masse cornée kératosique (grain corné). Cet épithélium invaginé est formé de 5 à 8 assises de cellules aplaties et effilées (par compression de la masse cornée). De ces 5 à 8 assises, 2 ou 3 sont des cellules granuleuses en assises continues, riches en granulations d'éléidine. La germination est irrégulière et formée de cellules irrégulièrement polygonales non cylindriques. Le grain corné est composé de cellules kératinisées normales (non nucléées) à disposition concentrique. Ce grain corné ne contient plus de poil, sauf sur la coupe 4, où, au-dessous du grain corné, on voit un rudiment pilaire dans la partie du follicule située au-dessous de la masse kératosique, ce rudiment paraît même pénétrer dans le grain corné (sur aucune coupe nous n'avons vu le follet, spiralé au milieu des couches cornées du grain, y rester ou en émerger). Ces grains cornés sont, les uns (coupe 8) inclus dans l'épiderme et recouverts d'un couvercle corné dépendant de l'épiderme environnant qui passe au-dessus d'eux et oblitère l'orifice folliculaire (Unna), ce sont les grains cornés profonds; les autres (coupe 7, 9, 10) sont à nu, non recouverts par ce couvercle corné (qui a dû exister mais s'est desquamé), saillants et superficiels, quelques-uns sont encore complets, et ovales, d'autres ont exfolié leur partie saillante et apparaissent demi-circulaires.

Ces grains cornés, superficiels ou profonds, occupent la partie supérieure du follicule pilo-sébacé, au-dessous d'eux on retrouve donc le reste ou partie profonde et inférieure du follicule (surtout coupe 7), mais d'un *follicule profondément altéré*, presque toujours déshabité par son poil réduit à un bourgeon épithélial plein ou à double paroi, mais dont la lumière canaliculée est vide. — Ce bourgeon épithélial part de la partie inférieure

de l'invagination cupuliforme du globe corné, parfois latéralement, il est tantôt rectiligne, tantôt incurvé et contourné, il a la grosseur de la *gaine folliculaire* normale; mais sa surface extérieure n'est pas rectiligne, il en part de *petits prolongements* cellulaires pleins. La *papille* du poil absent est *remplacée par des bourgeons épithéliaux pleins digitiformes*, ramifiés et contournés (en coupe, aspect pseudo-glandulaire). Ces lésions du follicule existent non seulement là où s'est formé le grain corné pathognomonique de kératose pileaire, mais encore dans les follicules environnants dépourvus de grain corné. Elles rappellent, par les prolongements latéraux de la gaine folliculaire, et la forme raréfiée de la papille, les lésions de l'atrophie peladique. Parfois, quand la papille est peu ramifiée (donc moins touchée), on reconnaît un *agencement* en bulbe de cellules fusiformes plus claires que les cellules polygonales environnantes du bourgeon épithélial plein (coupes 7 et 10).

Près des follicules atrophiés, avec ou sans grains cornés, nous n'avons pu reconnaître *aucune glande sébacée*, même rudimentaire. Les deux ou trois glandes sébacées que nous avons vues dépendaient de follicules peu atrophiés et munis de leur poil. Nous n'avons pas vu l'hypertrophie des muscles arrecteurs signalée par Unna.

Les *glandes sudoripares* voisines des gaines conjonctives des follicules pileux paraissent aussi légèrement *atrophées*.

Le tissu conjonctif du derme est normal; on note cependant une dilatation des vaisseaux avec souvent quelques cellules périvasculaires (lésion de l'érythème?).

En résumé :

1° *Identité des lésions cliniques de la kératose pileaire rouge, de la face et des membres*, malgré leurs différences à un premier examen superficiel, dues à la *petitesse des papules kératosiques péri-pilaires groupées très serrées sur un fond érythémateux*;

2° *Identité des lésions histologiques*, même nodule corné épidermo-pilaire avec *atrophie* du poil, du follicule de la papille et de la glande sébacée; mêmes follicules rudimentaires incomplets, autour de la lésion (tous les intermédiaires entre ces follicules simplement atrophiés et les follicules de kératose pileaire);

3° *Même pathogénie* : « Vice de formation congénitale dû à l'existence de follicules épithéliaux, anormaux par évolution incomplète des germes pilo-sébacés et surtout sébacés », formation d'un globe corné près de l'ouverture du follicule, troubles ne se révélant qu' « au moment de la pleine activité de l'évolution pileaire, comme cela se passe pour la plupart des manifestations de cet ordre ».

Évolution de la radiodermite chronique.

Par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.

On doit, avec Oudin, Barthélemy et Darier (*France médicale*, 1898,

n° 8, p. 123; n° 9, p. 129; n° 10, p. 145; n° 11, p. 162; n° 12, p. 179), distinguer deux formes de radiodermites : l'une, aiguë (fréquente il y a quelques années, alors qu'on ignorait la nocivité des rayons X, ou que leur mesure était mal connue), est caractérisée par un érythème érysipélateoïde (rougeur et tuméfaction, douleur); allant dans la forme atténuée, jusqu'à la vésiculation ou la phlycténisation, se terminant par desquamation sans cicatrices, et suivi à quelques distance d'une alopecie peladoïde définitive ou non; aboutissant dans la forme grave à l'eschare, toujours lente à se détacher, recouvrant des ulcérations douloureuses (très rarement indolores), accompagnées souvent d'irradiations névralgiques (la sensibilité tactile est par contre émoussée). Très lentes à guérir, ces ulcérations se terminent par cicatrice fine, lisse et luisante, à bords irréguliers tranchant par sa blancheur sur la peau environnante, irrégulièrement pigmentée et tachetée de fines arborisations vasculaires.

L'ensemble est assez caractéristique pour qu'un observateur prévenu en fasse aussitôt le diagnostic, tels sont certains malades de nos salles : lépreux, lupiques, mycosis fongicoïde traités au début de la radiothérapie (moulage 2145).

L'autre est la radiodermite chronique, toujours *professionnelle*, siégeant d'ordinaire à la face dorsale des mains et surtout des doigts; elle possède les mêmes caractères primordiaux que la forme aiguë : lenteur d'apparition après une sorte d'incubation (3 à 14 jours dans la forme aiguë) sans sensation immédiate; — lenteur de réparation et longue persistance; — douleurs vives consécutives. Elle a été étudiée par Paul Richer et Albert Londe, Oudin, Fournier et Barthélemy (moulage 1985); ces auteurs semblent avoir eu surtout en vue un premier stade caractérisé par une dermite chronique érythémateuse, *épaississement et perte d'élasticité du derme*, exagération des plis cutanés, desquamation craquelée, chute des poils et lésions des ongles avec souvent décoloration en certains points de la peau et formation de taches brunâtres d'hyperpigmentation. La main ainsi atteinte ressemble à une main rouge hâlée, à peau rugueuse, écailleuse et comme tuméfiée.

C'est la main de notre malade au premier stade (premier moulage). Dans leur travail, Oudin et Barthélemy soutiennent l'origine névritique des radiodermites, mais aussi bien aiguës que chroniques. Ils ont peu parlé, et occasionnellement, d'un second stade étudié par MM. Gaucher et Lacapère au Congrès international de Dermatologie de Berlin, 1904 (*Verhandlungen*, II, p. 450), dans une communication intitulée : *Radiodermites et troubles trophiques cutanés*. Ces auteurs ont observé deux cas de radiodermite chronique. « La peau des doigts s'amincissait, devenait tendue, luisante, en même temps que les plis disparaissaient de sa surface. Elle prenait l'aspect décrit par les

Américains sous le nom de *glossy skin*. » Ce sont les doigts de notre malade au deuxième stade (deuxième moulage). Ils insistent sur la pathogénie névritique de ces troubles, montrant ce que le mot de radiodermite chronique, admis par l'usage, avait d'inexact, et lui préférant à juste titre la dénomination de troubles trophiques post-névritiques. Dans les deux cas qu'il cite (1), c'est « la même succession des troubles de la sensibilité et des troubles trophiques, qui montrent l'altération de plus en plus profonde et de plus en plus étendue des nerfs.

Dans les deux observations enfin, nous voyons, sur le territoire cutané des nerfs atteints de névrite descendante (l'une du médian, l'autre du cubital), se former à côté d'ulcérations banales, des papillomes cornés qui, en s'ulcérant, deviennent de véritables épithéliomes ».

Ce deuxième stade, si particulier et différent, à plus d'un titre, du premier, est caractérisé par un mélange d'érythème, de dilatations capillaires, de places décolorées blanches, de taches brunâtres hyperpigmentées, de desquamation imperceptible, sauf en certains points très limités où l'épiderme, épais, « caillouteux », grisâtre ou noirâtre, « incruste » la peau, et surtout par une sorte d'*atrophie lisse du tégument avec disparition des plis cutanés*.

Les doigts sont diminués de volume, fuselés, la peau remarquablement lisse et luisante dessine les reliefs des articulations phalangiennes. Ces lésions ne se sont jamais accompagnées d'eschare, jamais elles n'ont été aiguës ; elles semblent *définitives* et sont tout à fait *semblables aux lésions définitives de la radiodermite aiguë* (sans toutefois de cicatrices décolorées, puisqu'il n'y a pas eu d'ulcération).

Il semble donc que la radiodermite chronique professionnelle, *arrivée au premier stade, puisse ou régresser et guérir ou bien* (les doses ayant été plus fortes, plus répétées), *aboutir à un deuxième STADE ATROPHIQUE définitif*, peut-être non susceptible de régression. C'est sur ce point que nous voulons insister.

Au premier et surtout au deuxième stade, la radiodermite peut se compliquer d'infections cutanées banales qui, sur ce terrain « mauvais », creusent de larges *ulcérations*, aboutissent même parfois à la gangrène et à la mort (nous en connaissons 1 cas). Ces lésions lentes à guérir se ferment presque toujours laissant des cicatrices. On ne saurait mieux les comparer qu'aux *gangrènes diabétiques*, où, sur un terrain défectueux, des microbes ailleurs inoffensifs attaquent

(1) WETHER (de Dresde) ajoute aussitôt un troisième cas où il observa, outre les troubles trophiques cutanés, une atrophie musculaire des éminences thénar et hypothénar, qu'il rapporte à la névrite ascendante, la comparant aux névrites de la lèpre et de la syringomyélie.

l'épiderme, ~~exaltent~~ ~~leur~~ virulence et alors peuvent déterminer la mortification gangréneuse. Quelques auteurs, surtout MM. Gaucher et Lacapère ont même observé l'épithélioma.

Nous avons pu suivre notre malade pendant deux ans et fixer par trois moulages les différents aspects. Premier stade : moulage 2334, du 14 janvier 1904 ; deuxième stade (état atrophique définitif) : moulage 2445 du 17 septembre 1905 ; — complications ulcéreuses par infection coccienne, moulage 2448 du 25 octobre 1905. Aujourd'hui (décembre 1905) les lésions ulcéreuses sont, les unes guéries, les autres en voie de réparation.

Les lésions sont bilatérales, atteignent surtout les doigts et peu le dos de la main.

OBSERVATION. — G..., âgé de 39 ans, a commencé à faire de la radioscopie et radiographie en mars 1898, il fit des installations et travailla à la Charité dans les services des professeurs Potain et Bouchard, puis à la Salpêtrière, au laboratoire de M. Vigouroux, puis à l'École pratique de l'École de médecine, au laboratoire de Laborde. A ce moment il avait aux deux mains, surtout à gauche, le « coup de soleil radiographique ». Les mains étaient rouges, *tuméfiées*, alopeciques et desquamaient, la douleur était assez vive : sensation de brûlure continue (fin 1899). Il continue de manier les rayons X et fait des conférences avec démonstrations. Pendant six mois, il resta six à huit heures par jour exposé aux radiations.

Les lésions augmentent ; au bout de trois mois les ongles sont si amincis que le moindre choc les brise et fait saigner ; au bout de six mois les crevasses des plis cutanés des articulations digitales se creusent et saignent, elles sont si douloureuses, les doigts sont si raides, si malhabiles, qu'il doit renoncer à se servir de sa main gauche. Il continue avec la main droite ; cette main se prend comme l'autre, à cette différence près que les ongles, sans diminuer d'épaisseur, se fendent verticalement. Les douleurs sont si intenses qu'il est forcé d'abandonner son travail ; il vient alors à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Depuis ce jour il a cessé toute radioscopie ou radiographie.

Les lésions sont à peu près celles remarquablement décrites par Paul Richer et Albert Londe dans leur note à l'Académie des sciences. Les mains, et surtout les doigts, sont *tuméfiées*, un peu rouges, rougeur diffuse sans dilatations capillaires et sans taches pigmentaires nettes. La peau desquame peu, mais en larges squames adhérentes à peine détachées au niveau des plis. Elle est *épaisse*, rugueuse, parcheminée, les *plis* (et rides) sont profonds, *très accentués*, plusieurs d'entre eux, au niveau des jointures, sont *ulcérés et très douloureux, mais non infectés*. Le tégument a perdu sa souplesse, il se laisse plus difficilement déplacer sur les plans profonds. Cette raideur gêne les mouvements spontanés et les rend maladroits. On dirait des mains rouges, hâlées et crevassées. Les ongles sont grisâtres, dépolis, à striations longitudinales profondes. Il n'y a jamais eu ni eschare ni ulcération. Il nous a fait remarquer que, tant qu'elles furent exposées aux rayons X, les mains ne s'infectèrent pas (action microbicide ?).

Les douleurs sont intolérables, et pendant 15 jours empêchent tout repos ;

il se remet à travailler dans l'électricité (mais non dans la radioscopie). Les crevasses saignent à chaque instant, au moindre trauma, et le font beaucoup souffrir. En mars 1904, elles s'infectent; des ulcérations se forment, grandissent, suppurent et nécessitent son séjour à l'hôpital Necker. Les douleurs deviennent si vives qu'on lui propose même l'amputation.

Ces douleurs (mai 1904) sont non seulement localisées (sensation de brûlure aux mains), mais encore irradient jusqu'à la racine du membre. Les élancements partent de la face interne du 2^e doigt, interne et externe du 3^e doigt droit, et du médus gauche, remontent le long de la face dorsale de la main, postérieure de l'avant-bras, externe du bras, supérieure et externe de l'épaule (sus-épineuse) pour aboutir vers les apophyses épineuses, des 1^{re} et 2^e vertèbres dorsales. On craint une *névrite ascendante*.

Elles *partent des doigts ulcérés* et débutèrent 15 jours environ après les ulcérations. Elles durent deux « bons mois » et peu à peu, vers la fin de juillet 1904, diminuent.

Cependant ces ulcérations creusent, il n'obtient de soulagement à ses douleurs, qu'en trempant ses mains dans l'eau froide. Enfin les ulcérations commencent à se fermer, il souffre moins, il peut reprendre son travail. Toutes les ulcérations guérissent à l'exception de celle de l'auriculaire gauche. Cette ulcération n'était pas « venue par une crevasse », mais avait suivi la chute d'amas hyperkératosiques « caillouteux ».

Il revient nous voir en mai 1905 (2^e moulage 19 septembre 1905); les lésions sont tout autres; au 1^{er} stade elles occupaient également mains et doigts, maintenant elles *prédominent aux doigts*; les doigts diminués de volume semblent atrophiés (à l'exception du pouce, protégé des rayons par toute l'épaisseur du métacarpe dans le mouvement d'opposition), la peau *lisse tendue* sans plis ni sillons aux points les plus atteints, dessine les saillies osseuses digitales, elle est amincie au toucher. On constate un mélange caractéristique: d'érythème diffus rouge violacé; de desquamation diffuse très légère; de points noirs ou grisâtres hyperkératosiques saillants, durs et douloureux, enchâssés dans l'épiderme (« petits cailloux », dit le malade); larges plaques hyperkératosiques très adhérentes, noirâtres, à bords diffus, au sommet des articulations des 1^{re} et 2^e phalanges; dilatations et fines arborisations capillaires; macules d'un rouge vif de quelques millimètres de diamètre tranchant sur le fond violacé; taches pigmentées brunâtres; quelques cicatrices blanc rosé déprimant la peau et l'attirant à elles. Le tout est irrégulièrement disséminé (sauf l'hyperkératose). Il n'y a plus de fissures.

L'infection reparait, il se forme des phlyctènes absolument semblables aux streptophlyctènes du début de l'impétigo facial et contenant des streptocoques en courtes chaînettes, leur évolution est lente, mais aboutit à la guérison; l'une d'elles, au 2^e doigt de la main droite, aboutit à une ulcération irrégulière, vaguement ovale, assez profonde, diphtéroïde, entourée d'une rougeur inflammatoire.

Les ongles sont tous striés longitudinalement: l'un (4^e) est fendu avec ulcération du bord libre, l'autre (3^e) est fissuré, le 2^e est en outre rayé transversalement près de sa matrice et tomenteux.

C'est le 2^e stade atrophique, peut-être définitif, qui a succédé au bout d'un an et demi au 1^{er} stade du début, malgré la cessation de toute exposition aux

rayons X, par une évolution progressive que rien n'a pu arrêter. Il faut remarquer qu'au dos de la main (probablement moins irradié) les lésions sont restées au 1^{er} stade puis ont régressé.

Cette atrophie s'est compliquée d'infection (3^e moulage, 23 octobre 1905, n^o 2448, 4^e et 5^e doigts gauches), ulcérations extensives et profondes, lentes à guérir parce qu'évoluant sur des tissus dystrophiques. Cette ulcération du 5^e doigt a débuté par une strepto-phlyctène sous nos yeux en juillet, au niveau de l'articulation des 1^{re} et 2^e phalanges, petite, elle a creusé et s'est agrandie par son bord inférieur se rapprochant peu à peu de l'ongle, alors que, fait paradoxal, elle se cicatrisait à sa partie supérieure (cicatrice fine étoilée); l'ulcération a donc ainsi peu à peu descendu. En octobre, elle occupe toute la moitié inférieure de la face dorsale du 4^e doigt, le fond est tomenteux, pseudo-membraneux, le tendon de l'extenseur a été détruit, puis l'articulation s'est ouverte, on la voit béante et pleine de pus. Le bord est un peu dur, taillé à pic, la tranche est rouge, il est blanc sur une largeur de 3 à 4 millimètres, puis rouge violacé sur une largeur de 2 à 3 millimètres, rougeur s'éteignant peu à peu en dehors dans l'érythème moins foncé et diffus de la peau environnante. La face palmaire est entièrement respectée; au niveau du pli palmaire de l'articulation des 2^e et 3^e phalanges s'est formé un profond sillon encerclant le reste de la peau saine non ulcérée.

Le pus contient de nombreux cocci isolés, diplocoques, streptocoques, des polynucléaires neutrophiles intacts ou dégénérés, d'assez nombreux polynucléaires éosinophiles (et même quelques (2 et 3) myélocytes éosinophiles).

Il ne saurait s'agir ici d'épithélioma comparable aux cas de MM. Gaucher et Lacapère (1).

Peu à peu l'infection diminue, les phlyctènes disparaissent, l'ulcération du 5^e doigt gauche cesse de suppurer, bourgeonne et commence à se cicatriser. Il est bien probable que cet état dystrophique est définitif, que la poussée actuelle d'infection phlycténulaire et ulcéreuse est terminée, mais qu'il reste la menace d'une récurrence tant ces téguments se défendent mal. Peut-être de minutieuses précautions (protection par des gants; cautérisations à l'eau d'Alibour et au nitrate des phlyctènes naissantes) le pourront empêcher.

Remarquable est cette évolution progressive et lente, se poursuivant après la cessation de toute irritation par les rayons X et malgré cette cessation (2 ans) dépassant le premier stade (qui si souvent guérit) pour aboutir à ce second stade d'atrophie, de dystrophie tégumentaires définitives, compliqué de symptômes de névrite ascendante transitoire (2),

(1) M. Darier a rappelé l'apparence trompeuse de certaines de ces ulcérations que la biopsie montre n'être pas des épithéliomas. Dans les cas de MM. Gaucher et Lacapère, l'extension progressive, l'envahissement ganglionnaire appuient cette nature épithéliomateuse.

(2) Ces épisodes de névrite ascendante ne sauraient être un argument en faveur de la théorie nerveuse primitive et exclusive de la radiodermite: leur survenue est trop tardive, leur durée trop courte. Ils s'expliquent beaucoup mieux par une irritation des faisceaux nerveux terminaux (déjà altérés par les rayons) au niveau des ulcérations suppurantes.

puis d'infections cutanées cocciennes à tendance ulcéreuse (1).

C'était sur cette évolution progressive à deux stades principaux et sur ces complications que nous voulions insister; le premier stade est susceptible de régression, les lésions du deuxième sont définitives et semblables aux lésions définitives, elles aussi, de la radiodermite aiguë (à la différence des cicatrices décolorées (comparez moulages 2445 et 1985).

Le mécanisme de ces radiodermes est obscur. Il ne semble pas y avoir d'idiosyncrasie comparable à celle des toxidermies (KI, KBr, antipyrine); il est sans doute des différences suivant les sujets, mais tout sujet exposé longtemps et fréquemment aux radiations, aura fatalement une radiodermite. La cause physique de l'action nocive de ces rayons est très discutée. Quelle qu'elle soit, par quel mécanisme se produisent les lésions ?

D'après Oudin et Barthélemy, les ulcérations cutanées ne seraient pas « primitives, dues à une action locale sur les cellules du derme ou de l'épiderme, mais seraient des troubles d'ordre trophonévrotique dus à la névrite. Cette névrite serait d'abord centrale et non périphérique pendant la période que l'on pourrait appeler d'incubation des accidents, pour devenir ensuite centrifuge et se traduire alors par les troubles de nutrition signalés ».

Leurs arguments sont :

1° Comparaison avec les troubles trophiques succédant à la section expérimentale des racines postérieures médullaires (ulcération chute des poils) (expériences de Briau et Morat), à la section des nerfs périphériques dont les lésions apparaissent après une sorte d'incubation : 45 à 60 jours.

2° Ténacité des lésions dues aux rayons X, lenteur de réparation, tendance aux récides, alors que la cause occasionnelle a depuis longtemps disparu. (Après cicatrisation, sans nouvelle exposition aux rayons X, Apostoli a vu se retourner sur la même cicatrice une 2^e eschare.)

3° L'apparition tardive d'altération cutanée loin de la partie irradiée, mais dans un même territoire nerveux.

4° Les lésions cutanées sont précédées de troubles de circulation : rougeur, cyanose, forme en massue des doigts.

5° Coexistence de troubles nerveux après exposition expérimentale aux rayons X, altérations de la sensibilité tactile, paraplégie (qui dans un cas précéda l'apparition de la radiodermite).

Destot arrive aux mêmes conclusions (*Académie des sciences*, 17 mai 1897).

Nous croirions plus volontiers que l'action nocive s'exerce à la fois sur l'épidermoderme et sur les nerfs, constamment sur le premier, inconstamment sur les seconds. En effet, les recherches histologiques ne sont guère favorables à l'hypothèse de Oudin et Barthélemy.

Darier constata, sur une biopsie d'un malade d'Apostoli, une gangrène

(1) On peut se demander si cette infection n'explique pas mieux qu'un retour d'hypotrophie (?) une eschare nouvelle se formant à la place d'une première eschare, alors que le malade est depuis plusieurs semaines soustrait à l'action des radiations. (Cas d'Apostoli.)

sèche complète du derme et de l'hypoderme *sans lésions ni des nerfs ni des vaisseaux*; sur les cobayes des lésions énormes de l'épiderme (épaississement de l'épiderme dans toutes ses couches avec augmentation colossale de l'éléidine), atrophie des follicules pileux, lésions minimales du derme et des voies circulatoires et des nerfs.

MM. Gaucher et Lacapère ont justement insisté sur la nature trophoneurotique des troubles correspondant à notre deuxième stade, dus à une névrite périphérique terminale puis ascendante, et non à une névrite descendante, ce que voudraient Oudin et Barthélemy. Cliniquement, les lésions du premier stade ne ressemblent qu'aux lésions banales d'une dermite artificielle atténuée, mais de réparation extrêmement lente. Au contraire, il est probable, sinon certain (*tant est grande leur ressemblance avec les troubles trophiques post-névritiques*) que le passage au second stade est dû à des *névrites des rameaux périphériques*, ce qu'ont montré MM. Gaucher et Lacapère, touchés par les radiations en même temps que la peau; la survenue tardive et progressive des troubles trophiques, alors que la peau est soustraite aux rayons, s'expliquerait ainsi. Donc si la peau seule est touchée sans atteinte des nerfs, la radiodermite ne dépasse pas le premier stade et peu guérir; si la peau et les nerfs sont atteints simultanément, la lésion ne s'arrête pas au premier stade et continue lentement vers le deuxième stade d'atrophie et troubles trophiques définitifs. Nous l'avons vu sur notre malade: le dos de la main n'a pas dépassé le premier stade et guérit; les lésions aux doigts ont atteint le deuxième stade et semblent ne pas régresser.

Hypothèse pour hypothèse, cette dernière (l'atteinte simultanée de la peau et des nerfs) nous paraît plus satisfaisante.

En résumé, deux stades dans la radiodermite chronique professionnelle:

- 1° Dermite artificielle curable (coup de soleil radiodermique);
- 2° Troubles trophiques et névritiques peut-être définitifs (glossy skin, atrophie des téguments), par radionévrite.

M. THIBIEGGE. — Je ferai remarquer les analogies que présente cette radiodermite avec le xeroderma pigmentosum. On trouve dans les deux cas l'atrophie cutanée, des télangiectasies, des taches pigmentaires ressemblant au lentigo, enfin des épithéliomas, comme je l'ai observé sur un médecin de province.

Il semble que des radiations diverses peuvent produire les mêmes altérations cutanées; on sait depuis longtemps que le xeroderma est plus fréquent chez les sujets qui vivent en plein air ou au bord de la mer.

Le xeroderma pigmentosum demande, pour se produire, une prédisposition spéciale; aussi serait-il intéressant, dans ces cas de radiodermite,

www.libtool.com.cn

de faire une enquête sur les antécédents héréditaires et en particulier sur la consanguinité qui ont été notés dans le xeroderma.

M. SORTAS. — Nous avons noté le même aspect de xeroderma pigmentosum sur la main d'un médecin fréquentant l'hôpital Broca, et atteint de radiodermite. Chez un radiographe bien connu, la radiodermite a donné lieu à une ulcération épithéliomateuse dont la nature fut vérifiée par la biopsie. On le soumit à la radiothérapie avec peu de succès, et finalement on pratiqua l'amputation du doigt.

M. DARIER. — Ces radiodermites ne se produisent que si on a commis des fautes de technique, ou chez des sujets soumis professionnellement à des expositions prolongées et répétées.

J'ai présenté autrefois à la Société un malade atteint d'arsenicisme chronique avec mélanodermie et épithéliomas multiples. Un de ces épithéliomas étant devenu inopérable, je l'ai soumis à la radiothérapie. Ce malade fut atteint d'une radiodermite et en particulier d'une ulcération persistante qui présente cliniquement tous les caractères d'un épithéliome plan superficiel. Or, la biopsie a montré une infiltration du derme avec un peu d'épaississement corné autour de l'ulcération, sans trace d'épithéliomatisation.

Ce fait et quelques autres que je connais prouvent que les ulcérations radiodermiques peuvent prendre *le masque de l'épithéliome*. Je demande donc qu'à l'avenir, avant de déclarer épithéliomateuse une ulcération développée à la suite de la radiothérapie, on assure ce diagnostic par une biopsie.

M. DE BEURMANN. — Ces faits ne peuvent faire rejeter la radiothérapie, qui rend de si grands services à la thérapeutique dermatologique. Les ulcérations ne se produisent qu'avec une technique défectueuse ou chez des sujets imprudents, comme le malade que nous vous avons présenté.

A propos des analogies qu'on vient de signaler entre les radiodermites et le xeroderma, je veux insister sur les douleurs extrêmement vives qui accompagnent ces radiodermites et qu'on n'observe jamais à ce degré dans le xeroderma pigmentosum.

M. BISSÉRIÉ. — Les expositions répétées modifient la nutrition des tissus de telle sorte que les ulcérations qui en résultent n'ont aucune tendance à la guérison. Les ulcérations, même profondes, qui succèdent à une seule application des rayons, guérissent en général plus rapidement.

Radiodermite professionnelle.

Par MM. E. JEANSELME et FOUCHON.

Sur un étudiant en médecine, chargé d'un important service de radiographie, nous avons observé plusieurs atteintes de radiodermite, légères mais subintrantes, qui ont laissé des traces durables et peut-être définitives :

1° Du 15 juin à fin décembre 1902, cet étudiant prend environ 200 clichés. Au mois d'août, quelques jours après une longue

séance, apparaît un érythème léger, accompagné d'engourdissement au niveau du premier espace interosseux de la main droite, point le plus exposé aux rayons X.

2° Du 26 décembre au 19 janvier 1903, le malade prend 73 clichés. Dès le 2 de ce mois, s'installe une radiodermite accompagnée de gonflement, de douleurs sourdes et d'anesthésie tactile. Tout le dos de la main droite, le premier espace interosseux en particulier, se couvre de phlyctènes. Le 20 février, l'étudiant peut reprendre ses travaux, mais la peau reste indurée et les ongles sont très altérés.

3° En avril 1903, à la suite de séances répétées de radiographie, survient une nouvelle poussée, au cours de laquelle les muscles de l'éminence thénar s'atrophient.

Bien que cet étudiant ait à peu près renoncé à faire de la radiographie depuis janvier 1903, on constatait encore, en juin dernier, les modifications suivantes :

- a) Absence des sécrétions sudorale et sébacée sur le dos de la main droite ;
- b) Chute définitive des poils ;
- c) Ataxie pigmentaire : placards d'hyperchromie et d'achromie, rappelant le vitiligo et les éphélides ;
- d) Altération profonde des ongles ;
- e) Induration de la peau qui est épaissie, inextensible et sillonnée de crevasses ;
- f) Apparition de nombreux flots d'ectasie vasculaire ressemblant à des nævi ;
- g) Développement de bouquets de papilles hypertrophiées, coiffées d'étuis cornés ;
- h) Dépression en gouttière au niveau du premier espace interosseux.

Chéloïdes secondaires à des cicatrices syphilitiques (nature infectieuse des chéloïdes).

Par MM. DE BURMANN et GOUGEROT.

Obscure est la pathogénie des chéloïdes, ces tumeurs fibreuses rosées, saillantes et dures, qu'elles soient primitives ou secondaires à quelque altération cutanée (cicatricielles). Bazin admettait une diathèse fibroplastique, Kohler une trophonévrose (symptomatique le plus souvent de syringomiélie?). Alibert, en raison des récidives, en faisait une dermatose cancéreuse. Peu à peu s'est imposée la théorie microbienne, infectieuse, qui aujourd'hui paraît la plus plausible et s'applique à la fois aux chéloïdes primitives et aux secondaires. Dene-riaz a en effet montré l'origine acnéique des chéloïdes dites *primi-*

tives et spontanées, en réalité secondaires : dans les très jeunes chéloïdes (dites *primitives*), les cellules conjonctives jeunes, rondes et fusiformes, sont abondantes et groupées autour de follicules pilosébacés enflammés (Vidal, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1890, I, p. 206). La présence simultanée sur le même sujet de chéloïdes spontanées et cicatricielles n'est pas rare. Nombreux sont les arguments cliniques en faveur de la théorie infectieuse : la venue des chéloïdes sous forme de poussée, tantôt immédiatement après la cicatrisation des lésions primaires, tantôt longtemps après, sur une vieille cicatrice, à la manière d'une infection secondaire — éruption à distance de petits chéloïdes en des points indemnes de plaies ou de cicatrices, à la suite de la scarification d'une chéloïde (Marie, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1893 : « Peut-être s'était-il fait une dissémination par voie sanguine d'agents infectieux inconnus ») — l'inégale répartition des chéloïdes sur les cicatrices d'un même malade (Darier : « certaines plaies donnent des chéloïdes, d'autres pas ; à la nuque, certaines pustules et non toutes deviennent chéloïdiennes) — repullulation sur certains points de suture seulement, après ablation (Darier). — Un malade de Lefranc affirmait que les ulcérations syphilitiques cautérisées au nitrate d'argent restaient indemnes de chéloïdes.

L'histologie confirme la clinique : dans les chéloïdes *jeunes*, avant que la transformation fibreuse soit terminée, on voit des cellules conjonctives jeunes et abondantes, surtout périvasculaires et à la limite de la tumeur (zone d'accroissement) et même des cellules géantes.

Leloir, Deneriaz, Gaucher et Sergent, Darier, admettent donc le microbe de la chéloïde sans pouvoir le découvrir (Secchi l'attribua à un blastomyces que Mantegazza montra n'être que des dégénérescences cellulaires).

Malgré ces résultats négatifs, il faut, avec Darier, admettre que : *la chéloïde est due à une infection locale secondaire par un microbe encore non déterminé, et non à une qualité spéciale du terrain.*

Peut-on préciser davantage ? On a vu la chéloïde survenir sur toutes les cicatrices, traumatiques ou infectieuses. Après la *syphilis*, elles sont rares ; « rien, dit Lefranc, élève de Fournier (Thèse de Paris, 1893-94), ne permet de différencier les chéloïdes développées dans les cicatrices syphilitiques des autres chéloïdes cicatricielles ; le traitement spécifique n'a aucune action sur elles ; elles ne sont donc pas de nature syphilitique ».

Au contraire, *l'origine tuberculeuse* des chéloïdes, au moins de certaines d'entre elles, semble s'affirmer.

« On ne saurait nier, dit Laffitte, qu'il n'y ait des rapports intéressants entre ces tumeurs et la tuberculose. »

« Les scrofuleux manifestent une grande facilité à les produire, la remarque en est due à de nombreux observateurs. »

Mais il ajoute : « Cependant la scrofule fait souvent défaut. »

Pour Tilbury Fox, la chéloïde était une affection tuberculeuse, et Coley n'hésite pas à la considérer « comme un dépôt de matière tuberculeuse dans le tissu sous-cutané, à la suite d'un état inflammatoire du sang, particulier aux scrofuleux ».

Darier a inoculé des chéloïdes à divers animaux sans résultat, *sauf une fois*, où un cobaye présenta une tuberculose généralisée.

James Nevins Hyde (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, octobre 1897) a « produit la TUBERCULOSE DANS LES COBAYES après inoculation du tissu chéloïdien, et dans quelques rares cas, on a pu reconnaître DES BACILLES TUBERCULEUX DANS LES CELLULES CONJONCTIVES des plus petites tumeurs ».

En faveur de la tuberculose, on aurait donc trois ordres de faits :

- 1° Coïncidences cliniques;
- 2° Inoculation aux animaux;
- 3° Constatation des bacilles dans quelques cas sur coupe, et de cellules géantes dans des chéloïdes petites et récentes.

On peut en conclure légitimement que certains cas au moins sont d'origine tuberculeuse.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société, est un remarquable exemple à l'appui de la nature infectieuse secondaire des chéloïdes. Les chéloïdes ne sont survenues que sur certaines cicatrices syphilitiques, elles ont épargné une ancienne brûlure, faits tout à fait inexplicables avec l'hypothèse diathésique.

OBSERVATION. — P..., âgé de 27 ans, a contracté la syphilis au commencement du mois d'août 1904 : chancre de la verge unique de courte durée (8 jours), bientôt suivi de bubon inguinal gauche suppuré (incisé). Il est probable que ce n'est pas là l'accident primitif, la durée en fut trop courte. L'arrivée des accidents secondaires trop précoce. En effet, le 20 août la roséole apparaît sur le thorax, elle dure 20 jours, s'accompagne de maux de gorge assez douloureux, d'une vive céphalée à paroxysme nocturne et de perte de cheveux. Très rapidement (1^{er} septembre) surviennent des lésions *ulcéro-gommeuses* (*syphilis maligne précoce*) à la région dorso-lombaire (première poussée). Elles étaient, dit-il, petites, arrondies, assez superficielles, ulcérées et suintantes, toutes contemporaines; elles guérirent par le traitement en 15 jours environ, laissant les cicatrices caractéristiques des syphilitides ulcéreuses (rondes, blanches, brillantes, plissées, lisses, dépressibles, non adhérentes, avec auréole pigmentée), au nombre d'une trentaine, toutes groupées autour du rachis. Les chéloïdes se greffèrent quelques jours après sur quelques-unes d'entre elles seulement. Cette précocité d'apparition a été

notée par Fournier : « Les chéloïdes naquirent presque en même temps dans une partie des ulcères en voie de cicatrisation ». La chéloïde débute au centre de la cicatrice par une élévation rosée à bords diffus; déjà dure au toucher quoique à peine saillante, elle s'accroît très lentement par ses bords et se surélève. Au début donc, la cicatrice syphilitique envahie par la chéloïde a trois zones : 1^{re} centrale chéloïdienne (dure et rosée), 2^e couronne cicatricielle (fine et blanche), 3^e auréole pigmentée (brunâtre).

Malgré un traitement suivi (huile grise et iodure de potassium), à peine les ulcérations dorso-lombaires sont-elles guéries, qu'apparaît (15 septembre 1904) une deuxième et nouvelle poussée de syphilides ulcéreuses encore plus nombreuses, aux membres inférieurs. En 2 ou 3 jours, 38 à gauche, 33 à droite couvrent les jambes. En même temps le nez et le visage sont pris : bord externe de la narine droite, insertion de la narine gauche, bord libre de la paupière supérieure droite, arcade sourcilière, front, joue, menton. Elles se sont cicatrisées plus lentement qu'à la première poussée, les petites en 3 semaines, les grandes en 2 mois.

Enfant à l'âge de 5 ans, il avait été brûlé (eau bouillante) à la face postéro-externe, creux poplité de la jambe (partie supérieure) et de la cuisse (partie inférieure). Cette large brûlure, haute de 49 centimètres, large de 12 centimètres, blanche et souple, n'a jamais été chéloïdienne, elle ne fut pas épargnée par les ulcérations syphilitiques dont les cicatrices étirées par la rétraction cicatricielle de la brûlure sont ovalaires, très allongées, dans le sens des plis cicatriciels. (Le centre d'irradiation serait à peu près au niveau de la tête du péroné.) Fait capital, aucune de ces cicatrices syphilitiques taillées en pleine cicatrice de brûlure ne sera infectée de chéloïde, non plus que la large cicatrice de brûlure, alors que des cicatrices de la région crurale limitrophe en seront atteintes : l'une d'elles est même mi-partie en peau saine, mi-partie dans la cicatrice de brûlure.

Même précocité d'apparition des chéloïdes aux membres inférieurs, même irrégularité de répartition. A la face, les ulcérations furent lentes à guérir (2 à 6 mois), l'ulcération palpébrale cicatrisée en 8 jours a entamé légèrement le bord libre et fait disparaître les cils, elle n'est pas devenue chéloïdienne. Les frontales guérirent en 2 mois et deux d'entre elles ne tardèrent à devenir chéloïdes : trop disgracieuses elles furent enlevées par M. Morestin en moins de temps qu'une chéloïde jugale et ne reparurent pas. Au nez elles furent particulièrement longues à se fermer (pas moins de 6 mois), elles ont laissé des mutilations des parties molles (un peu à la façon du loup); l'aile du nez du côté droit est entamée, laissant apercevoir la cloison médiane, la perte de substance a 2 centimètres de long sur 3 à 5 millimètres de haut; la narine gauche est peu atteinte, seul le bord paraît un peu plus arqué et son insertion est marquée d'une cicatrice. A l'extrémité du lobule se prolonge la cicatrice déprimée de l'aile droite. Pas de chéloïdes.

Ces cicatrices frontales et nasales multiples déprimées, larges de 5 à 10 millimètres, blanches, arrondies, donnent au facies un aspect caractéristique laissant reconnaître de loin la syphilis.

A la fin de cette seconde poussée, alors que les ulcérations commencent seulement à se rétrécir, survient une troisième poussée (fin octobre 1904) aux membres supérieurs. Les syphilides semblent atteindre d'abord les mains,

puis remonter et gagner l'épaule. Elles laissent des cicatrices caractéristiques semblables aux précédentes. Des 10 cicatrices du bras gauche, 7 deviennent chéloïdiennes et des 17 du bras droit 4 seulement.

En décembre 1904, surviennent encore quelques ulcérations à la partie antérieure du tronc. L'une d'entre elles, située au-dessus du mamelon droit, donne naissance à une petite chéloïde.

Depuis, le malade n'a plus eu d'ulcérations cutanées, partant plus de chéloïdes.

Étude des chéloïdes. — Ces chéloïdes ont l'aspect typique des chéloïdes secondaires cicatricielles. Ce sont de larges éleveures papuleuses roses, compactes et dures, arrondies, de même forme que la cicatrice spécifique sur laquelle elles sont nées. Leur bord est donc net et brusque sans prolongement rayonnant. Leur surface est lisse, luisante (vernissée), plane, légèrement convexe, parfois à peine concave au centre. Elles sont de consistance ferme et élastique, mobiles sur les plans sous-jacents sans aucune télangiectasie à leur surface. Elles sont un peu douloureuses et très sensibles à la pression, malgré que la sensibilité objective y soit plutôt obtuse. Il n'y a pas de retentissement sur l'état général.

Leur répartition est très irrégulière et asymétrique, calquée sur la distribution des cicatrices syphilitiques; toutes les chéloïdes sont nées sur cicatrices syphilitiques, mais toutes les cicatrices syphilitiques n'ont pas donné naissance à des chéloïdes, et notamment celles qui zèbrent la large brûlure du jarret.

Leur apparition a suivi de près la cicatrization des syphilides, elle semble s'être faite par poussées de plusieurs éléments simultanés et d'une façon presque aiguë, à la manière des poussées infectieuses.

La transformation chéloïdienne semble s'effectuer suivant deux modes; dans l'un exceptionnel toute la cicatrice semble se prendre à la fois, s'indurer; d'emblée la néoplasie fibreuse occupe la totalité du tissu cicatriciel, l'accroissement ne se fera donc pas en largeur mais en hauteur; dans l'autre, de beaucoup le plus commun, la chéloïde naît au centre sous forme d'un point de 3 millimètres à 4 millimètres, peu saillant mais déjà dur au toucher, rose violacé, dont le bord est tantôt nettement circulaire, tantôt envoie de fins prolongements radiculaires qui ont donné leur nom à la chéloïde. Ce point chéloïdien central s'accroît avec une extrême lenteur sur ces bords, il empiète sur la zone de cicatrice qui l'entoure et qui devient donc de plus en plus étroite: il atteint les limites de la cicatrice, il est alors auréolé du cercle pigmenté, parfois il le dépasse, envahissant le tissu sain.

De ces différences d'âge et de progression résulte la diversité des lésions en une même région (par exemple à l'avant-bras), quelques cicatrices sont indemmes, d'autres sont centrées d'un point rose à peine visible mais déjà palpable, d'autres, les plus nombreuses, ont une chéloïde adulte et typique qui n'a pas encore envahi toute la cicatrice (1), cette chéloïde est donc entourée

(1) Au point de vue histologique rien ne les distinguerait donc encore des cicatrices vicieuses hypertrophiques non chéloïdiennes, d'après les auteurs classiques. La seule différence étant que la néoplasie fibreuse de la chéloïde déborde la cicatrice, envahit le tissu sain, alors que celle de la cicatrice hypertrophique s'y limite strictement.

d'une zone blanche et fine de cicatrice avec auréole ; d'autres sont tout entières envahies, leur chéloïde est cerclée de l'auréole pigmentée de la cicatrice ; d'autres enfin ont été dépassées, elles sont rares, tant est lente la progression excentrique des chéloïdes. Aucune jusqu'ici n'a régressé.

De janvier 1903 à octobre 1905 le malade aurait été indemne d'accidents (?) (1). Vers le 4^{er} novembre 1905, apparut au niveau de la lèvre inférieure, à gauche, une « plaque muqueuse » que le malade cautérise au nitrate d'argent. Une ulcération lui succède qui gagne et force le malade à entrer à l'hôpital (15 novembre). C'est aujourd'hui une large ulcération superficielle occupant toute la moitié gauche de la lèvre inférieure œdématiée et projetée en avant (longue de 33 millimètres sur 30 millimètres de large environ). Son fond est irrégulier, couvert d'un enduit jaunâtre à peine séro-purulent que recouvrent des bourgeons charnus saignant facilement. Le bord est irrégulier, net, un frottis montre presque l'état de pureté, l'association fuso-spirillaire de Vincent en très grande abondance (et peut-être aussi quelquefois rares et fins spirilles pâles à plus de 6 ondulations ressemblant au spironema de Schaudinn et Hoffmann).

L'ulcération semble s'arrêter à la partie externe, mais gagner à la partie médiane et postérieure malgré le traitement : *phagédénisme sur syphilitique par infection secondaire* (mais non syphilitique).

Cette observation présente plusieurs points intéressants : la malignité et la précocité de cette syphilis ; la succession coup sur coup de trois poussées de syphilides ulcéreuses malgré un traitement suivi en l'espace de deux mois, l'une étant à peine en décroissance, que l'autre survient ; le caractère régional de chaque poussée, l'aspect si particulier des cicatrices du visage, l'apparition précoce des chéloïdes par poussées, tantôt sur des syphilides en voie de cicatrisation (syphilides à cicatrisation chéloïdienne de Fournier), tantôt quelques semaines après ; l'inégalité frappante de l'infection chéloïdienne frappant les unes, épargnant les autres ; l'intégrité de la large brûlure ancienne et des cicatrices qui la sèment, alors qu'autour plusieurs cicatrices sont chéloïdiennes et que même l'une d'elles est à cheval en peau saine et en cicatrice de brûlure ; l'aspect typique de ces chéloïdes qu'aucun caractère ne distingue des autres chéloïdes cicatricielles ; leur naissance au centre de la cicatrice, leur accroissement excentrique extrêmement lent, d'où, suivant l'âge, des différences d'aspect, les unes n'occupant que le centre de la cicatrice, les autres cette cicatrice entière, et parfois même la dépassant ; leur indifférence au traitement mercuriel et

(1) En janvier 1903 il semble avoir eu un zona authentique du côté droit, dans le territoire de la 1^{re} dorsale (ou 8^e cervicale), précédé et accompagné de vives névralgies qui durèrent 4 jours ; on voit encore les petites cicatrices auréolées groupées en placards allongés dans les fosses sus-épineuse, sus et sous-claviculaires.

iodurique ; il a suspicion de bacillose que présente le malade (1).

Cette observation appuie la théorie infectieuse et microbienne des chéloïdes. La chéloïde est donc le fait d'une infection secondaire, et non d'une diathèse fibroplastique. Nous nous proposons de poursuivre l'étude histologique et bactériologique de ce cas, particulièrement au point de vue de la tuberculose.

M. HALLOPPEAU. — J'ai vu d'énormes chéloïdes syphilitiques disparaître par le traitement antisiphilitique.

M. JEANSELME. — Les chéloïdes sont extrêmement fréquentes dans les races de couleur, surtout au niveau des cicatrices syphilitiques, en dehors de toute tuberculose cutanée ou viscérale.

M. DARIER. — Je n'ai pas changé d'opinion sur la nature probablement infectieuse des chéloïdes et j'estime que les arguments que j'ai fait valoir dans la thèse de M. Lefranc sont encore valables. Il faudrait expérimenter avec des chéloïdes récentes.

Sclérodermie systématisée de la face.

Par M. G. THIBERGE.

Yvonne L..., âgée de 43 ans, se présente le 30 novembre à la consultation de l'hôpital Broca.

Elle est l'aînée de 3 enfants, dont le deuxième est mort de méningite à 16 mois et dont le troisième est bien portant.

Son père a eu une tumeur blanche terminée par ankylose, sa mère est bien portante.

C'est une enfant « arriérée », ayant peu de mémoire, et sachant à peine lire.

Elle a eu le croup il y a 3 ans; elle a été opérée de végétations adénoïdes du pharynx pour la première fois il y a 5 ans, et pour la deuxième fois, 6 mois plus tard.

Dix-huit mois après la première opération de végétations, ont débuté les lésions sclérodermiques dont elle est atteinte : elles sont apparues d'abord à la limite du cuir chevelu et se sont étendues vers la racine du nez; la plaque de la joue a débuté il y a 3 ans.

La lésion frontale, assez sensible à la pression pendant 6 mois, est devenue ensuite indolore.

L'extension des lésions est arrêtée depuis 4 an.

Les figures ci-jointes dispensent de décrire la topographie des lésions. Il suffit de signaler que la bande frontale est très dure, sillonnée de plis qui

(1) Sa mère est morte phthisique à 32 ans. Son père est vivant, bien portant, âgé de 66 ans ; 4 frères et sœurs vivants et bien portants.

Pas de chéloïdes dans la famille.

Il est peu sujet aux « rhumes » et n'a jamais été malade. Son sommet gauche semble cependant suspect, légère submatité en avant, inspiration rude et saccadée (sans craquements), expiration prolongée.

lui donnent une apparence cicatricielle. Au-dessous d'elle, soit au niveau du front, soit sur le cuir chevelu, l'os paraît déprimé, avec un ressaut correspondant exactement à la ligne médiane, les os du nez ne paraissent pas atrophiés.

La plaque de la région temporo-jugale est moins épaisse, moins dure que la bande du front; elle a un aspect luisant et une coloration brunâtre.

La topographie des lésions est presque identique à celle que nous avons pu voir chez trois malades présentées par Radcliffe Crocker au Congrès international de Dermatologie, tenu à Londres en 1896, dont l'une est figurée dans son *Atlas of diseases of the skin* (Londres, 1896, t. II, pl. XLIX). Elle est également identique à

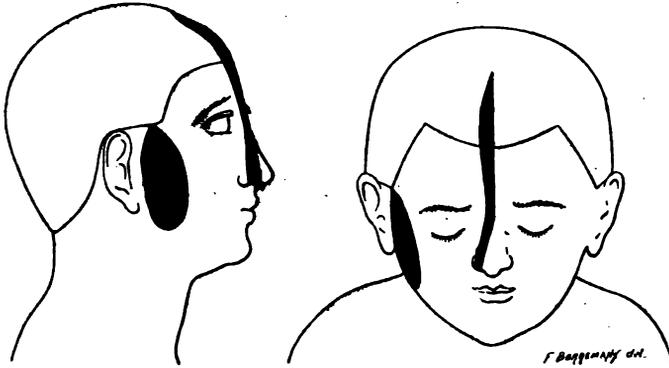


FIG. 4.

celle d'une malade présentée par MM. Fournier et Lœper, à la Société, en 1898 (*Annales de Dermatologie*, 1898, p. 978). Il serait sans doute facile de retrouver d'autres faits analogues.

Il y a donc là un ou plutôt deux territoires cutanés qui sont lésés simultanément et systématiquement par la sclérodémie, et qui peuvent aider à l'étude de la localisation, centrale ou périphérique, des lésions causales de la sclérodémie.

Nous avons, à titre de documents, pour servir à l'étude de cette question, rapporté ce nouveau cas. Nous insistons, à ce propos, sur l'intérêt qu'il y aurait à ajouter aux observations de sclérodémie localisée un schéma reproduisant la topographie des lésions: la comparaison des schémas, beaucoup plus facile et plus probante que celle des descriptions, aiderait à déterminer la raison d'être de la localisation de cette affection et par suite sa pathogénie.

www.libteal.com.cn

Syphilome lupiforme ou lupus syphiloïde.

Par M. GASTOU.

Le malade que je présente à la Société est un cas de diagnostic des plus intéressants de par son évolution clinique et son étude histologique.

Depuis le début de son affection, en 1904, par une agglomération de nodules formant un placard au voisinage de l'aile droite du nez, il n'a jamais été guéri complètement.

Les différents dermatologistes par lesquels il a été vu et traité, l'ont soigné pour une lésion acnéiforme indéterminée qui a été tantôt rattachée à la tuberculose, tantôt à la syphilis.

Voici d'ailleurs l'histoire de la maladie racontée par le malade lui-même.

Le mal débuta en octobre 1904 ; à cette époque j'eus soigné à l'hôpital de la Rochefoucault, par le D^r Hudelo, au moyen du galvanocautère et de la pommade soufrée.

Ensuite je fus envoyé au D^r Besnier qui me fit traiter par le D^r Darier, lequel employa à nouveau les pointes de feu et les scarifications qui ne donnèrent qu'un mauvais résultat.

Puis divers traitements caustiques, qui firent sortir de ce mal beaucoup d'humeur ; par ce fait le mal semblait s'inoculer de lui-même et s'étendait de plus en plus en rongant l'épiderme.

Voyant que tout traitement externe était inutile, le D^r Darier fit la biopsie du mal, mais je ne connus jamais son diagnostic à ce sujet.

A cette époque, il m'envoya chez le D^r Brocq, afin de connaître son avis sur le mal qui prenait désormais des allures mystérieuses ; le D^r Brocq conclut que ce mal ressemblait à de l'acné ulcéreuse serpigineuse profonde. Il ordonna comme traitement des injections de cyanure d'hydrargyre à 1 et 2 centigrammes et des applications de bleu de méthylène ; puis, si ce traitement ne réussissait pas, de la photothérapie.

Au bout de dix piqûres, le mal s'améliora, le centre se cicatrisa, mais il resta un bourrelet circulaire, qui ne voulut pas disparaître ; alors, sur les conseils du D^r Lenglet qui remplaçait le D^r Darier en vacances, le médecin traitant me fit dix autres piqûres qui, cette fois, ne donnèrent aucun résultat.

Le D^r Darier résolut alors d'employer l'huile grise, dont il ne fit qu'une seule injection ; des événements de famille étant survenus, je dus abandonner tout traitement.

C'est à cette époque qu'ayant entendu parler des résultats obtenus par la photothérapie et les rayons X, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du D^r Gastou, je résolus d'y aller ; c'était à cette époque, en novembre 1903. De novembre 1903 à août 1904 je fis environ de 90 à 100 séances de photothérapie, tant à l'hôpital Saint-Louis que chez le D^r Martin. Par suite de ce traitement, le mal s'améliora, mais il se guérissait à un endroit pour se

porter un peu plus loin, et toujours de ce mal il sortait de l'humeur abondamment, principalement la nuit. Aussi je faisais d'abondants lavages à l'eau bouillie.

En septembre 1904 je partis à la campagne, où je suivis un traitement qui tendait à me faire sortir tout ce que contenait le mal; une amélioration se fit sentir, je rentrai à Paris où je continuai ce traitement jusqu'en novembre, époque à laquelle je repartis à la campagne; en un mois un mieux extraordinaire se manifesta: vers le 15 décembre, le mal était entièrement guéri, seule, une petite boursouffure persistait auprès de la moustache.

En janvier 1905, le mal réapparut, mais resta stationnaire. Ce ne fut qu'en avril 1905 que subitement, en une seule nuit, la lèvre inférieure enfla subitement, puis diminua quelque peu; à ce moment, je commençai à prendre de l'huile de foie de morue. Certaines parties se cicatrisaient d'elles-mêmes.

Ce ne fut qu'en août que le mal s'aggrava à la lèvre; je sentais sous la pression de la langue des nodules se former à l'intérieur de la lèvre inférieure principalement; petit à petit ils montaient jusqu'à la surface où ils formaient un petit bouton qui crevait et d'où il sortait de l'eau puis de l'humeur; petit à petit cette cavité s'élargissait et se réunissait à celles déjà existantes, formant ainsi un sillon dans la lèvre.

Je ne sais quelle est l'origine de ce mal, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne ni aucune manifestation qui démontre que l'on est atteint de ce mal. Dans ma famille, je n'ai jamais appris que qui que ce soit ait été également atteint de ce mal. En tous les cas, si ce mal a quelque caractère syphilitique ce ne peut être qu'après avoir touché quelque objet malpropre. Tenant un hôtel meublé, il est bien difficile de savoir, si quelque serviette ou autre objet n'est pas par son contact l'origine de ce mal.

Comme on peut le voir par ces quelques notes écrites par le malade lui-même, il n'a jamais guéri complètement.

En octobre 1903, quand je vis le malade pour la première fois, il présentait un placard œdémateux, rougeâtre, de la dimension d'une pièce de cinq francs, autour de l'aile droite du nez. Sur ce placard saillant, existaient des sortes de puits cratériformes d'où s'écoulait du pus. Les lésions, comme apparence, tenaient le milieu entre la tuberculose cutanée et le sycosis.

Sur la joue droite, au-dessus de ce placard, existait une cicatrice rougeâtre, parcourue par de petites brides saillantes formant une sorte de tissu rétracté.

Le malade ayant affirmé avoir fait à plusieurs reprises un traitement antisyphilitique sans résultats, et demandant lui-même un traitement photothérapique, fut soigné par l'exposition à l'appareil Lortet-Genoud puis Broca-Chatin.

En 1904, après une amélioration manifeste et la guérison de la partie centrale, une nouvelle poussée de nodules se produisit au niveau de l'arcade sourcilière droite et au pourtour des lèvres. Ces nodules s'ulcèrent et suppurent.

www.libtool.com.cn

C'est alors qu'une biopsie est pratiquée sur un élément de bordure.

L'*examen histologique* donne, sur les coupes, l'aspect d'un tissu tuberculeux. En certains points existent des amas de cellules géantes groupées comme dans le tissu lupique.

Il existe cependant une particularité tout à fait spéciale, c'est que dans son ensemble, la structure du tissu rappelle la tuberculose lymphatique ou une néoplasie lymphoïde. Tous les éléments vasculaires et lymphatiques sont fortement dilatés. Il existe de l'endophlébite intense. Les lymphatiques sont comblés par des cellules lymphoïdes. Dans un réticulum à mailles très épaisses, sont de grosses cellules mononucléaires. Nulle part on ne voit l'aspect et le groupement du syphilome.

Cet ensemble de lésions diffère cependant de ce que l'on voit habituellement dans les tissus tuberculeux, et se rapproche beaucoup du lymphome malin ou de ce que les auteurs américains ont décrit sous le nom de blastomycose. Je n'ai pu trouver dans ce sens, ni levures, ni éléments décrits comme blastomyces par Gilchrist, Hyde et Montgomery.

S'agit-il d'une forme anormale de tuberculose cutanée ou d'un syphilome ?

Je demande à ce point de vue l'avis de la Société, et si je présente ce malade, c'est pour attirer l'attention sur la difficulté que présentent, à chaque instant, les lésions lupiformes de la face, que l'on a souvent de la peine à rattacher à leur origine tuberculeuse ou syphilitique, malgré même l'examen histologique et l'épreuve du traitement.

Souvent même, ces cas étant des hybrides de la tuberculose et de la syphilis, sont améliorés en partie, mais non guéris par le traitement spécifique ou la photothérapie, sans que l'épreuve du traitement puisse confirmer le diagnostic.

M. FOURNIER. — Il n'est pas douteux que ce malade est atteint de lésions syphilitiques ; on constate au-dessous de l'œil droit un groupement en demi-cercle tout à fait caractéristique. L'insuccès du mercure et de l'iodure dans un cas donné ne prouve pas que la lésion n'est pas syphilitique, car on ne guérit pas toujours la syphilis.

M. LENGLET. — Ce malade a-t-il pris de l'iodure ? J'ai observé un cas analogue, ayant résisté au traitement mercuriel, et qui guérit par l'iodure de potassium à la dose de 6 grammes par jour.

M. RENAULT. — Je conseille également d'associer au mercure l'iodure aux doses de 8 et 10 grammes et, comme mode d'administration de l'hydrargyre, il faut employer ici le moyen le plus énergique que nous possédions, c'est-à-dire les injections hebdomadaires de calomel de 10 centigrammes chacune.

M. A. FOURNIER. — Ces hautes doses d'iode ne sont peut-être pas nécessaires : 2 à 3 grammes suffisent. Il me semble d'ailleurs que ce malade n'a pas été soumis à un traitement mercuriel assez intensif.

M. JACQUET. — On parle souvent de syphilis invétérées et fixes sans chercher pourquoi elles sont invétérées et fixes. J'ai procédé utilement à cette recherche dans un cas que j'ai présenté à la Société médicale des hôpitaux et sur lequel je donnerai des détails précis dans la prochaine séance.

Télangiectasie en arc de cercle sur la paroi abdominale.

Par M. BALZER.

Pierre P..., âgé de 59 ans, boucher, entre le 14 novembre à l'hôpital pour des *ulcères variqueux* — ulcères siégeant aux deux jambes (faces antérieure externe et interne de la jambe droite; face antéro-interne de la jambe gauche).

Petits, multiples, ils ont des formes très variées : arrondis, très réguliers ou à contours polygonaux. Leurs bords ne sont pas saillants, le fond est légèrement granuleux, rouge. Ils sont séparés par des espaces de peau saine, dont le diamètre est partout supérieur à celui des ulcères. La multiplicité, le siège et, par places la forme, éveillent l'idée d'ulcères spécifiques.

C'est guidé un peu par cette idée que l'on examine le reste du corps du malade et l'on constate des *télangiectasies veineuses*, ayant une disposition très curieuse; elles siègent sur la peau de l'abdomen et décrivent dans leur ensemble un arc de cercle; commençant un peu au-dessus de l'épine pubienne, à 2 centimètres à droite de la ligne médiane; on les voit monter vers l'épigastre verticalement, constituant une bande violacée de largeur inégale. Cette bande, en effet, a un aspect assez régulièrement triangulaire, à base parallèle à la ligne blanche et à droite d'elle, et à sommet situé sur une horizontale passant à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. La perpendiculaire abaissée du sommet sur la base du triangle mesure environ 3 centimètres et demi.

Arrivée au niveau de la partie moyenne du 7^e cartilage costal, la traînée veineuse change brusquement de direction, atteint la ligne médiane, coupe l'épigastre un peu au-dessus du sommet de l'appendice xiphoïde, atteint le 7^e cartilage droit et gagne horizontalement la ligne axillaire gauche, qu'elle atteint sur la 8^e côte.

Là, nouveau coude et, obliquement en bas et en arrière, la bande veineuse gagne l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la crête iliaque, décrivant ainsi une demi-circonférence presque régulière.

Examiné de près, ce ruban télangiectasique se montre formé par de très fines et très nombreuses arborisations veineuses, groupées en *bouquets*.

La direction des veinules présente ceci de remarquable, qu'elles semblent

vouloir converger vers le centre de l'arc qu'elles décrivent dans leur ensemble.

Dans cet arc vasculaire se trouve une *surface moins pigmentée*, plus blanche que le reste de la peau environnante. Nettement limitée à droite, en haut et à gauche, cette vaste surface se confond en bas, insensiblement, avec la teinte de la peau de la fesse et de la cuisse.

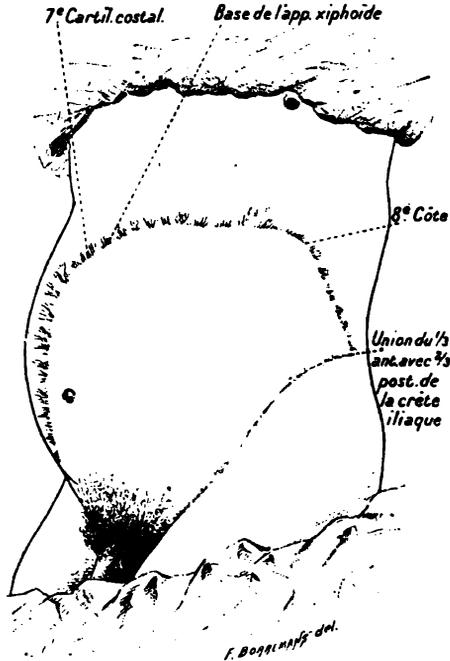


FIG. 4.

Examen des appareils et organes. — Par son aspect extérieur, le malade est un homme robuste pesant 90 kilogrammes. La figure est toute violacée, couperosée.

Gros mangeur, le malade digère parfaitement bien, va régulièrement à la selle.

On ne constate pas de dilatation gastrique l'appareil digestif semble normal.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

La rate est normale.

Appareil circulatoire — Rien d'anormal. Le pouls est régulier, bien frappé, ne semble pas hypertendu.

Les bruits du cœur s'entendent, il est vrai, assez difficilement, ce qui tient très certainement à l'emphysème pulmonaire que le malade présente (sonorité exagérée, respiration humée, sibilances). Il tousse un peu.

Les urines sont normales comme quantité, on n'y trouve ni sucre ni albumine.

Dans les antécédents héréditaires nous trouvons : père mort à 78 ans (de maladie inconnue) et ayant présenté lui aussi des ulcères variqueux ; mère morte à 83 ans, paralysée ; frères et sœurs bien portants.

Sa femme n'a jamais eu de fausse couche ; elle lui a donné un fils bien portant.

Quant aux antécédents personnels, le malade nous assure n'avoir jamais été souffrant. Pas de syphilis.

Le malade boit en moyenne 5 à 6 litres de vin et 4 à 2 absinthes par jour. Comme signe d'éthylisme nous ne trouvons que des *rêves professionnels* et des placards d'hypo et d'anesthésic, la grande diminution des réflexes rotuliens. Mais pas de pituite le matin, pas de tremblements des mains.

La lecture de cette observation montre qu'il s'agit d'une télangiectasie de forme rubanée, disposée dans son ensemble en arc de cercle sur une étendue considérable de l'abdomen et composée d'une série de bouquets vasculaires plus ou moins nettement triangulaires, et dont le sommet regarde le centre de l'arc de cercle. Dans la vaste surface cutanée comprise dans cet arc, la peau, sans présenter la décoloration d'un vitiligo, est manifestement moins pigmentée qu'à la périphérie.

Cette télangiectasie linéaire et arciforme offre un siège insolite. Il n'est pas rare d'observer chez certains individus des télangiectasies analogues qui entourent comme d'un cercle la base du thorax. Mais je n'ai jamais vu ni entendu parler d'une télangiectasie offrant la disposition ci-dessus décrite et qui est certainement exceptionnelle.

La cause est obscure ; notre malade fait abus des boissons alcooliques, son facies est couperosé ; son foie est probablement un peu gras, mais il n'est pas augmenté de volume. Le cœur fonctionne en apparence assez bien ; les ulcères variqueux témoignent des conditions médiocres de la circulation des membres inférieurs. Tout cela est à considérer, mais n'explique pas nettement la pathogénie de la télangiectasie.

Le malade a été opéré pour une hernie inguinale gauche, et il porte en cette région une cicatrice profonde.

On peut se demander si la section d'un tronc vasculaire ou nerveux n'a pas influencé d'une manière particulière la circulation du côté gauche de l'abdomen. Il faut tenir compte dans cette hypothèse de la dépigmentation relative qui est manifeste dans toute l'aire de l'arc de cercle formé par la télangiectasie. Cette décoloration frappe au premier coup d'œil. Tiendrait-elle à un état d'ischémie relative de la région entourée par la télangiectasie, et celle-ci n'est-elle due qu'à un développement supplémentaire des réseaux veineux à la périphérie de la zone ischémisée ? Ce ne sont là que des hypothèses que nous présentons timidement et qui expliquent imparfaitement la pathogénie de cette singulière télangiectasie.

www.libtool.com.cn

Lichen plan et vitiligo.

Par M. DANLOS.

Il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années, atteint depuis un temps indéterminé, mais assez long, de placards de lichen plan sur la jambe et la cuisse gauches, avec quelques éléments disséminés sur les bras. Ce lichen légèrement corné (ayant l'aspect général que Bazin compare à celui d'une croûte de pain légèrement râpé), s'accompagne de taches disséminées de vitiligo.

Le malade ne s'étant jamais bien observé, ne peut dire dans quel ordre s'est effectuée la coexistence des deux dermatoses. Celles-ci se trouvent-elles en coïncidence, par hasard, ou sont-elles liées par un rapport de causalité ?

La fréquence relative de leur coexistence, fréquence déjà signalée, est en faveur de la deuxième hypothèse ; cependant la conclusion ne s'impose pas. Pour justifier le lien de causalité, on pourrait faire observer que le lichen ancien favorise, au moins sur les régions envahies, l'hyperpigmentation ; que celle-ci constitue un trouble de la fonction chromatogène ; que le vitiligo est aussi une modalité morbide de cette fonction et que, par conséquent, sa présence dans le lichen ne doit pas surprendre.

M. JACQUET. — La coexistence de plusieurs dermatoses sur un même malade est toujours une constatation pleine d'intérêt. J'ai fait publier l'histoire d'une malade atteinte en même temps de pelade, de vitiligo, de lichen simple et de lichen plan, le tout dans un cas de déséquilibre générale du système nerveux.

M. SABOURAUD. — La pelade coexiste en effet fréquemment avec le lichen plan, comme l'a fait remarquer M. Jacquet, de même le psoriasis.

Lichen obtusus et vitiligo.

Par M. DANLOS.

Malade d'environ 40 ans, présentant depuis six à sept ans des démangeaisons très vives à la vulve et sur la cuisse gauche, avec une éruption.

Santé générale excellente, au visage un certain degré de couperose, règles régulières, pas de glycosurie.

L'éruption se présente à la cuisse sous forme d'élevures aplaties, lobulées, sessiles, d'un centimètre environ de diamètre, brunes, fermes et rudes au toucher, sans exfoliation.

Les éléments éruptifs sont au nombre de huit à dix, à distance de plusieurs centimètres les uns des autres, formant ainsi un placard sur lequel la peau dans l'intervalle des élevures est saine, sauf quelques papules rouges excoriées qui paraissent dues au grattage.

A la vulve, dans toute la hauteur du sillon génito-crural et des deux côtés se voient des éléments analogues à ceux de la cuisse bien que plus petits, formant par juxtaposition une bande allongée, continue lobulée, molluscoïde d'aspect mais de consistance ferme. Tous ces éléments se seraient développés lentement, depuis le même temps que les grattages qui ne les excoriant pas.

On ne voit en effet d'excoriations que sur la crête des grandes lèvres. Pas d'écoulement leucorrhéique appréciable, pas de lésions utérines, pas de ganglions.

L'éruption n'a qu'une analogie très lointaine avec des plaques muqueuses exubérantes, dont elle se rapproche par son siège et le volume de ses éléments; mais dont elle diffère par sa sécheresse, sa dureté, les violentes démangeaisons dont elle s'accompagne, sa durée et même sa localisation étroite au pli génito-crural, sans atteindre les grandes lèvres elles-mêmes. D'ailleurs, aucun indice de syphilis.

Du molluscum, l'affection se distingue par sa dureté, son caractère sessile, son évolution et les démangeaisons vives.

Dans ces conditions et un peu par exclusion, le présentateur croit qu'il s'agit probablement d'un lichen qu'il qualifie d'obtusus simplement à cause du volume et de la forme de ses éléments.

Dans ce cas encore, il y a coexistence de vitiligo.

Celui-ci, très développé à la ceinture, paraît avoir eu pour point de départ la pression prolongée d'un cordon de taille, mais d'autres taches vitiligineuses existent aussi plus bas sans rapport avec des points de pression.

Rien dans la cavité buccale.

Une biopsie sera faite et le résultat en sera communiqué à une séance ultérieure.

M. DARIER. — On ne peut donner à cette lésion le nom de lichen obtusus, lequel est déjà attribué à une dermatose différente; dans le lichen obtusus, les éléments ne sont pas étranglés à leur base comme ceux qu'on observe ici; ils s'abaissent progressivement en pente douce vers la peau saine. Une biopsie seule permettrait d'être exactement fixé sur la nature des altérations cutanées que présente cette malade.

M. DE BEURMANN. — Je vous présente un moulage de lichen obtusus, et vous pouvez constater que les éléments sont très différents de ceux qu'on observe sur la malade de M. Danlos.

Lichen plan à localisation pilaire simulant le pityriasis rubra de Devergie.

Par M. DANLOS.

Jeune homme de 18 ans, atteint depuis deux mois et demi d'une éruption très prurigineuse, s'accompagnant de vastes placards

www.libtool.com.cn
 éruptifs d'aspect ansérin. Ces placards forment sur le dos, la poitrine, les épaules, la face externe des bras, les fesses et la partie externe des cuisses, de larges nappes, hérissées uniformément de saillies isolées kératosiques, siégeant de toute évidence au niveau des éléments pilo-sébacés. L'analogie est extrême avec la maladie de Devergie, d'autant mieux que la muqueuse buccale est saine et qu'il n'y a pas d'éléments éruptifs sur la face antérieure des avant-bras au-dessus des poignets. Toutefois, je conclus au lichen en me fondant sur l'absence totale de comédons cornés sur le dos des phalanges; sur l'immunité absolue des ongles; sur l'absence de toute altération de la peau à la plante des pieds et à la paume des mains; sur le défaut de toute séborrhée sèche au cuir chevelu et à la face; sur l'intégrité de la peau des genoux; sur la présence au front et au niveau des régions massétérides, de plaques très pigmentées au niveau desquelles la peau, légèrement atrophique et rugueuse, a bien l'aspect des anciens placards de lichen plan; enfin sur ce fait, que l'on rencontre au milieu des nappes ansérines, quelques papules déprimées, planes, brillantes, donnant bien l'idée du lichen.

M. DARIER. — Cette dermatose réalise l'aspect classique du pityriasis rubra pilaire; il lui manque, à la vérité, un certain nombre des signes ou plus exactement des localisations considérées comme caractéristiques du pityriasis pilaire. Mais on n'y trouve pas davantage les signes caractéristiques du lichen.

M. SABOURAUD. — Le pityriasis rubra pilaire peut simuler le lichen; c'est même pour cette raison que les Allemands l'ont appelé lichen ruber acuminatus. Les altérations des follicules du dos des doigts et ces altérations unguéales peuvent faire défaut, ou mieux n'apparaître que tardivement.

Mycosis fongoïde localisé, traité par la radiothérapie.

Par MM. GAUCHER, GASTOU et BOISSEAU.

Le nommé N..., 50 ans, est entré le 26 août 1905 salle Saint-Louis, pour des tumeurs du dos qui ont débuté il y a deux ans.

A son entrée dans le service, le malade présente au milieu du dos un large placard d'érythème jaunâtre sur lequel existent quatre tumeurs, la plus petite grosse comme une noix, la plus volumineuse grosse comme une orange.

Deux d'entre elles sont ulcérées depuis le commencement de juillet et laissent suinter une sérosité sanguinolente. Il existe des ganglions dans le creux axillaire gauche. Le malade a maigri de dix livres depuis le mois de juillet.

Le malade a été soumis, dès son arrivée dans le service, à la radiothérapie pratiquée ainsi :

Les rayons X étaient produits par une ampoule Muller traversée par un

courant émanant d'une bobine avec transformateur de 30 centimètres d'étincelle, branchée sur le circuit d'un courant de 120 volts traversant l'interrupteur Gaiffe-Contremoulin.

A chaque application dont la durée atteint 30 minutes, le voltage était de 20, l'ampérage de 5, l'étincelle équivalente de 4 centimètres, la distance de la partie exposée à l'anticathode de 15 centimètres.

A chaque séance la partie traitée absorbait 5 H.

Les séances eurent lieu tous les six jours environ.

La plaque néoplasique la plus considérable, mesurant 5 centimètres de long sur 4 de large et près de 1 centimètre de haut, guérit en 6 séances, c'est-à-dire après absorption de 30 H.

La plaque moyenne, 4 centimètres sur 2 centimètres, même hauteur que la première, guérit en 5 séances, soit avec 25 H.

Il n'y eut pas de radiodermite.

La dernière tumeur de la grosseur d'une petite noix, est en traitement. Elle a subi 5 séances, a absorbé 25 H. et son affaissement est déjà très notable.

Le résultat de la radiothérapie a été dans ce cas des plus rapides : si on ne peut prononcer le mot de guérison, on peut dire que les tumeurs ont véritablement fondu avec une rapidité surprenante, sans radiodermite, sans réaction locale ou générale apparente.

Tumeurs de la jambe de nature indéterminée.

Par MM. GAUCHER et BOISSEAU.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société, porte à la jambe droite deux petites tumeurs dont la nature semble difficile à préciser cliniquement.

Ces tumeurs ont débuté, il y a 21 jours, par une petite papule qui a grossi très rapidement et a atteint en 5 ou 6 jours le volume actuel. L'une d'elles siège au tiers moyen de la face interne de la jambe.

Elle est hémisphérique, sessile, saillante d'un demi-centimètre au-dessus de la peau saine. L'épiderme qui la recouvre est violacé. Elle est dure, mobile sur les plans profonds, exclusivement cutanée, indolore. La peau du voisinage est saine, de coloration normale.

La seconde tumeur est située un peu en avant de la malléole externe ; elle présente exactement les mêmes caractères que la précédente.

L'aspect clinique de ces tumeurs est celui du sarcome ou du xanthome. Mais la rapidité de l'évolution nous empêche d'affirmer ce diagnostic. L'examen histologique permettra seul de déterminer la nature de ces lésions.

M. DARRER. — J'ai vu quelques cas de xanthome évoluer très rapidement, au point d'acquies le volume d'une noisette en trois semaines.

www.libtool.com.cn
Tertiariisme précoce (Gommes de la verge et du pharynx trois mois après le chancre).

Par MM. GAUCHER et BOISSEAU.

Le nommé L..., 32 ans, entre salle St-Louis pour des lésions de la gorge et de la verge qui doivent être considérées, croyons-nous, comme des accidents tertiaires.

On ne trouve pas de syphilis dans ses antécédents héréditaires ni dans ses antécédents personnels. Le malade, marié, n'a pas d'enfant ; sa femme n'a pas eu de fausses couches. Il y a trois mois, cinq semaines après un rapport extra-conjugal, il a eu sur la face muqueuse du prépuce une ulcération dure, indolore, accompagnée d'adénopathie inguinale gauche. Un médecin consulté fit le diagnostic de chancre syphilitique, prescrivit des pilules de protoiodure et de la pommade au calomel.

Le 24 novembre, le malade remarque sur la face cutanée du prépuce un point noir, gros comme une tête d'épingle, dont l'apparition avait été précédée, pendant cinq ou six jours, de douleurs intenses. Ce point noir se transforma très rapidement en une ulcération, qui augmenta de jour en jour.

Actuellement, la verge est violacée, œdématiée. Sur la face muqueuse du prépuce on constate une ulcération en voie de cicatrisation, à bords lisses, à fond rosé, nettement indurée. A l'union du prépuce et du fourreau existe une large ulcération transversale occupant toute la face dorsale de la verge. Intéressant le prépuce dans toute son épaisseur et l'ayant complètement séparé du gland. La lèvre supérieure de cette ulcération est constituée par la peau du fourreau, mobile sur les plans profonds ; l'inférieure, par les feuilletts cutané et muqueux du prépuce, soudés entre eux. Le fond est formé par les corps caverneux mis à nu et par le gland. Suppuration jaunâtre, très épaisse, abondante.

Au-dessus de cette ulcération, la face dorsale de la verge présente une tuméfaction, rénitente au centre, grosse comme une petite noix, qui semble être une gomme.

Il existe des ganglions dans les deux aines, plus volumineux à gauche qu'à droite.

Le malade n'a pas d'éruption sur le corps.

Depuis trois semaines, le malade a des lésions de la gorge. Sur le pilier postérieur droit, on voit une ulcération, du volume d'un petit haricot, à fond jaunâtre, à bords taillés à pic, et ayant tous les caractères d'une gomme ulcérée. Une ulcération analogue, mais un peu plus grande, se trouve sur le pilier postérieur gauche.

La face interne de l'amygdale gauche est ulcérée dans toute son étendue.

L'absence d'antécédents héréditaires et personnels, l'aspect et l'évolution des lésions nous permettent de penser qu'il s'agit dans ce cas de tertiariisme précoce.

M. A. FOURNIER. — Le diagnostic de chancre demande à être vérifié ; il faudrait être certain que la lésion considérée comme un chancre n'est pas une syphilide tertiaire chancriforme.

M. GAUCHER. — La tertiarième précoce est sans doute exceptionnel ; j'ai cependant plusieurs fois vu des gommés apparaître en même temps que la roséole ou même avant la cicatrisation du chancre. Dans le cas présent, il s'agissait bien d'un chancre, car la femme du malade a été contagionnée et présente actuellement une roséole.

Constatation du spirochète de Schaudinn dans le foie et la rate d'un fœtus macéré.

Par MM. QÉRYRAT, LEVADITI et FEILLIÉ.

Les coupes que voici sont des plus intéressantes au point de vue de la syphilis héréditaire et du rôle pathogénique du spirochète de Schaudinn.

Elles proviennent du foie et de la rate d'un fœtus macéré.

La mère de cet enfant est âgée de 23 ans et a eu la syphilis à 18 ans — il y a donc 5 ans — (chancre génital, puis roséole et plaques muqueuses) ; elle a été traitée à Saint-Louis pendant sept mois par des pilules de protoiodure de mercure, et c'est tout ; elle n'a pas eu d'ailleurs d'accidents ultérieurement.

Elle est devenue enceinte — première grossesse — entre mars et avril de cette année (dernières règles le 20 mars), et a accouché d'un fœtus macéré le 20 novembre, à 5 heures du soir, à la Maternité, dans le service de M. Porak, que nous remercions vivement d'avoir bien voulu mettre à notre disposition le fœtus en question. Ce fœtus avait cessé de présenter des mouvements 8 jours avant son expulsion ; il existait de l'hydramnios (3 litres de liquide environ, nous a dit M^{lle} Henault, sage-femme en chef de la Maternité).

Autopsie le 21 novembre, à 11 heures du matin.

L'enfant, bien constitué, est de volume normal mais très macéré ; l'épiderme s'est détaché presque complètement au niveau du tronc et des membres. Du côté des viscères nous ne constatons que des altérations de macération, surtout sur le foie, mais nulle part nous ne trouvons la moindre lésion syphilitique macroscopiquement appréciable.

Des fragments de foie et de rate sont prélevés et plongés dans le formol à 40 p. 100 pour être ultérieurement traités par le procédé de Levaditi (fixation au nitrate d'argent et réduction par l'acide pyrogallique). A l'examen des coupes des fragments ainsi traités nous avons vu (chose qui n'avait encore été constatée que sur d'organes de fœtus macéré) (1), des spirochètes de Schaudinn.

Ces spirochètes sont beaucoup plus nombreux dans le foie que dans la rate, ce qui est naturel, étant donné que le foie est l'organe le plus exposé à l'infection par voie placentaire. Ils sont surtout abondants autour des vaisseaux. Enfin nous avons été frappés de ce fait qu'il y a un rapport direct entre l'abondance des spirochètes et l'intensité des lésions de macération : la rate,

(1) BRÖNNUM u. V. ELLERMANN. Spirochæte pallida in den inneren Organen bei Syphilis hereditaria. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1905, n° 44.

qui contient moins de parasites, est notablement moins macérée que le foie qui en contient beaucoup. Nous reviendrons d'ailleurs plus en détail sur les particularités anato-mo-pathologiques de ces viscères.

Ce fait, nous semble-t-il, une réponse péremptoire à ceux qui ne veulent pas encore considérer le spirochète de Schaudinn comme

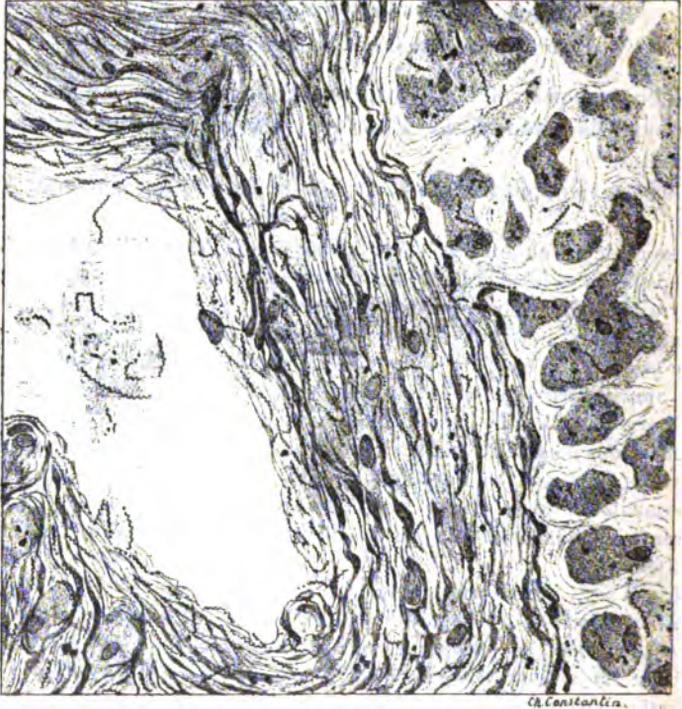


FIG. 5.

l'agent pathogène de la syphilis. Voici un fœtus né d'une mère syphilitique, mort avant sa naissance, n'ayant pu, par conséquent, faire pénétrer aucun microbe ni par son tube digestif, ni par son appareil respiratoire, et à l'autopsie nous trouvons en abondance des spirochètes de Schaudinn, et rien que ce microbe, dans l'intérieur de son foie et de sa rate avec un maximum du côté du foie, comme le veut la loi des infections venues par la voie placentaire : que faut-il de plus — sans parler des autres constatations déjà faites — pour établir avec certitude le rôle du spirochète de Schaudinn comme agent pathogène de la syphilis ?

Notre fait est encore important, parce qu'il montre que, même.

après 5 ans, une syphilitique — imparfaitement traitée, il est vrai — peut avoir dans son organisme, à l'état vivant et transmissible, le microbe de la syphilis.

Nous savons bien qu'on pourrait arguer que les spirochètes de l'enfant viennent peut-être d'un père plus récemment syphilitisé, mais cette syphilis paternelle est une hypothèse qu'il faudrait prouver, tandis que la syphilis de la mère est une réalité.

M. BODIN. — Dans un cas analogue, j'ai vainement cherché le spirochæte pallida, mais je ne l'ai cherché que sur des frottis et dans ces conditions il est possible que la macération des organes soit un obstacle à la découverte du spirochète.

M. MILIAN. — Il serait intéressant de faire des coupes histologiques colorées par les méthodes usuelles de ce foie macéré.

Cet organe peut en effet ne pas présenter de lésions syphilitiques macroscopiques mais en présenter de microscopiques, ainsi que j'en ai vu des exemples sur des coupes de foie de fœtus macéré.

Cela nous serait un argument de plus en faveur de la spécificité du spirochæte et ferait disparaître l'antinomie présente d'un foie non syphilitique macroscopiquement et renfermant pourtant un germe qu'on dit être celui de la syphilis.

Spirochæte pallida dans les lésions syphilitiques.

Par M. BODIN.

Depuis les premiers travaux de Schaudinn, un grand nombre de recherches ont été faites sur le *Spirochæte pallida*; à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, en dehors d'une note que j'ai communiquée au mois de juillet dernier et du fait très intéressant que M. Queyrat vient de signaler, je n'ai relevé aucune publication relative à ce microbe, dont l'intérêt est cependant considérable; je crois donc utile de donner ici le résumé des études que j'ai faites à ce sujet dans mon service de l'Hôtel-Dieu de Rennes.

Actuellement j'ai examiné, au point de vue microbiologique, 37 cas de syphilis comprenant des lésions très diverses et qui m'ont donné les résultats suivants :

En 16 cas de chancres (verge, vulve, lèvre), la recherche du *Sp. pallida* a été positive 10 fois; elle est restée négative en 6 cas, dont 3 chez des malades ayant fait des applications de pommade au calomel depuis plusieurs jours sur leurs chancres et dont 3 relatifs à des chancres non traités, mais datant de deux mois et en voie de cicatrisation.

17 cas de syphilides secondaires cutanées, papuleuses, érythéma-

teuses, papulo-squameuses ou érosives et de syphilides secondaires muqueuses érosives de tout siège, m'ont donné 10 examens positifs et 7 négatifs. Ces derniers cas comprenant 4 cas de roséole n'ayant subi aucun traitement, 1 cas de syphilides cutanées acnéiformes traité depuis plusieurs jours, 1 cas de syphilides érosives de la vulve, soigné par des applications antiseptiques de permanganate de potasse, 1 cas de syphilides humides de la commissure palpébrale où le matériel d'examen a été prélevé dans de mauvaises conditions.

Dans deux cas de syphilides tertiaires, la recherche a été négative.

Pour la syphilis héréditaire, examen positif chez un enfant de 15 jours, atteint de pemphigus des extrémités et d'hépatite interstitielle diffuse, et examen négatif chez un fœtus macéré, expulsé au sixième mois par une femme syphilitique.

(Le détail de ces deux dernières observations a été donné dans la note que j'ai publiée en juillet 1905.)

J'ajoute qu'en d'autres lésions non syphilitiques : herpès ulcéré, echantyma, balanites, ulcérations du col utérin, chancres mous, j'ai vainement cherché le *Sp. pallida*.

L'étude de ces divers cas de syphilis me permet quelques déductions intéressantes.

D'abord, il ressort des faits signalés précédemment que dans le chancre syphilitique *non traité et en voie d'évolution*, le *Spirochæte pallida* existe d'une manière constante et qu'il en est de même pour les syphilides secondaires cutanées papuleuses, papulo-squameuses, érosives, quelle que soit leur localisation et aussi pour les syphilides secondaires ano-génitales.

Mais il est certain que ce germe offre une sensibilité très grande, de telle sorte que les applications locales de composés hydrargyriques ou d'antiseptiques ordinaires le font disparaître de ces lésions; le traitement mercuriel interne agit de la même manière et suffit, après 5 ou 6 jours, pour rendre la recherche microscopique négative. Ce que j'ai noté sur ce point est donc bien conforme aux recherches de Wechseltmann et Lœwenthal (1) et à celles de Lévy-Bing (2).

En outre, il n'y a pas de doute que dans les chancres en voie de cicatrisation, ou que dans les syphilides secondaires en cours de guérison, l'examen ne soit le plus souvent négatif.

Parmi les syphilides secondaires, la roséole fait exception, car sur 4 cas d'éruption typique et confluyente, chez des malades non traités, mes recherches répétées ont été infructueuses, tant dans le raclage sanguinolent des taches érythémateuses que dans la sérosité des vésicatoires appliqués sur taches selon le conseil de Levaditi, et ceci

(1) WECHSELTMANN et LÖEWENTHAL. *Medizinische Klinik*, 1905, n° 33.

(2) LÉVY-BING. *Bulletin médical*, 5 juillet 1905.

concorde avec les résultats de Bertarelli, Volpino et Bovero (1).

Quant aux lésions tertiaires, je n'y ai pas rencontré de spirochètes, mais n'en ayant encore examiné que deux cas, je me garderai de toute conclusion à ce sujet.

Le spirochète que j'ai observé dans les lésions de mes divers malades offre bien les caractères du *Spirochæte pallida*, tel que Schaudinn les a donnés récemment (2); il serait superflu de revenir ici sur ces caractères qui sont suffisamment nets pour permettre de distinguer sûrement le *Spirochæte pallida*. Au début, certains cas, où ce germe existait avec d'autres spirilles, m'avaient paru d'une interprétation délicate, mais après examen d'un plus grand nombre de préparations, il me sembla que la confusion peut être évitée tant la morphologie et les réactions du spirochète de Schaudinn sont spéciales.

Les spires serrées, régulières, non anguleuses, en tire-bouchon, l'effilement très net des extrémités, l'absence de toute trace apparente de membrane ondulante, la coloration qui, avec la méthode de Giemsa, est différente de celle des spirilles susceptibles de prêter à l'erreur, sont des caractères constants et suffisants pour qu'un observateur, qui connaît bien le *Sp. pallida*, puisse le distinguer sûrement parmi les autres spirochètes que l'on rencontre chez l'homme.

Au cours des recherches que j'ai pratiquées, deux particularités m'ont paru dignes d'être signalées.

On sait que d'après tous les auteurs, la longueur du *Sp. pallida* varie dans d'assez larges proportions, car le nombre de ses tours de spire oscille entre 4 et 14.

C'est ce que j'ai observé le plus souvent, mais en quelques lésions où le spirochète était abondant, j'ai vu des individus offrant des dimensions démesurées et un nombre de tours de spire supérieur à 14; or, en examinant avec soin ces spirochètes, il m'a semblé qu'il s'agit de deux spirochètes soudés par leurs extrémités. Dans les mêmes préparations, j'ai noté, en outre, la présence de spirochètes bifurqués offrant la forme générale d'un Y, dont les trois branches sont constituées par des spirochètes paraissant se confondre intimement au point de réunion des trois branches de l'Y.

Je pense que ce sont là des témoins de la multiplication active du germe surpris au moment de la division longitudinale, comme les trypanosomes, et plus tard à ce stade où les deux individus nés par division sont encore adhérents par leurs extrémités. Ces détails ont d'ailleurs été remarqués aussi par Krzysztalowicz et Siedlecki (3) qui les interprètent dans le même sens que moi.

(1) BERTARELLI, VOLPINO ET BOVERO. *Rivista d'Igiene et sanita publica*, anno XVI, n° 16, août 1905.

(2) F. SCHAUDINN. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 19 octobre 1905.

(3) KRYSZTALOWICZ ET SIEDLECKI. *Przegląd lekarski*, 1905, n° 31.

Chez tous les malades dont j'ai examiné les lésions, j'ai été enfin frappé des relations du *Sp. pallida* avec les hématies; d'une manière constante, j'ai noté que ce microbe se rencontre surtout dans les parties des préparations riches en globules rouges et souvent même j'ai observé que certains spirochètes sont pour ainsi dire appendus à ces globules. Pour le moment, il m'est impossible de préciser davantage, mais au point de vue pratique, ce détail est à retenir et indique qu'il faut chercher à obtenir comme matériel d'examen des produits sanguinolents; on devra donc racler les lésions ulcérées ou ne pas craindre d'excorier superficiellement celles qui ne sont pas ouvertes, si l'on veut se placer dans de bonnes conditions d'étude.

Quant aux méthodes de coloration, j'en ai essayé plusieurs, notamment celles de Marino, d'Oppenheim et Sachs; elles ne m'ont donné que des résultats négatifs ou du moins très inconstants; aussi en suis-je resté à celle de Giemsa à laquelle on ne peut reprocher que le léger inconvénient d'exiger plusieurs heures de coloration (3-4 heures), mais qui offre ce double avantage de colorer sûrement les spirochètes, et de permettre une diagnose facile du *Spirochæte pallida* qui par ce procédé prend une couleur rose à peu près comme les hématies, tandis que les autres spirilles se teintent en violet ou en bleu.

Si l'on reprend maintenant dans une vue d'ensemble tous les faits connus sur le *Sp. pallida*, on peut, je crois, se prononcer nettement sur la valeur de ce microbe. Nul doute qu'il ne s'agisse ici d'un germe spécial qui n'a été rencontré que dans les lésions de la syphilis humaine ou expérimentale, et si l'on songe que ce spirochète appartient probablement au groupe des trypanosomes, ce qui cadre singulièrement avec les allures de la syphilis, n'est-on pas en droit d'affirmer que sa présence dans les lésions de cette maladie n'est pas une simple coïncidence.

M. RENAULT. — Je crois qu'en pratique, la recherche du *Spirochæte pallida* donne peu de résultats. Je suis allé à l'Institut Pasteur pour apprendre à le bien distinguer; je l'ai cherché pendant plusieurs mois, et j'ai pu me convaincre qu'il est extrêmement difficile à découvrir dans les lésions syphilitiques acquises. En outre sa présence est très inconstante et quand il existe, on est trop souvent embarrassé pour le distinguer d'autres spirochètes, quasi semblables morphologiquement. M. Schaudinn a récemment donné comme caractéristique la présence d'un flagellum aux deux extrémités du spirochète; or pour arriver à colorer ce flagellum et à le reconnaître, il faut être un bactériologiste très exercé.

M. BODIN. — Il est vrai que la recherche du *Spirochæte pallida* est très délicate et qu'elle demande une certaine habitude. Pour être bien faite, elle doit être pratiquée dans des conditions dont il importe de ne pas s'écarter. Pour moi, l'emploi de la méthode de coloration de Giemsa et l'usage de

forts grossissements sont indispensables. Quant à la diagnose du *Sp. pallida*, parmi les autres spirilles, elle est aisée pour quiconque connaît bien et a vu plusieurs fois le germe de Schaudinn.

Chancre syphilitique géant du dos de la main.

Par M. V. GRIFFON.

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de la Société, à destination du Musée, un moulage reproduisant un chancre géant du dos de la main, siégeant exactement au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche, empiétant sur l'espace intermétacarpien du côté cubital.

La lésion, de l'étendue d'une pièce de dix centimes, un peu ovoïde, à grand axe transversal, de 3 et 4 centimètres de diamètre dans les divers sens, est certainement un accident primitif syphilitique. Indolore, toujours à vif, jamais couverte d'une croûte, elle offre un aspect charnu, bourgeonnant, caractéristique, avec un flot blanchâtre d'épidermisation en son centre.

Le ganglion épitrochléen n'est pas hypertrophié, mais les ganglions de l'aisselles ont très gros ; ceux du cou et des aines commencent à réagir.

Depuis l'entrée du malade à l'hôpital, la roséole a fait son apparition.

Le chancre serait survenu à la suite d'une morsure de la main par un compagnon de lutte.

Sphacèle de la verge consécutif à un chancre.

Par MM. V. GRIFFON et J. DU CASTEL.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société, ce malade, âgé de 40 ans, qui est entré au pavillon Gabrielle, le 5 avril dernier, pour des accidents gangreneux de la verge apparus consécutivement à un chancre syphilitique.

C'est en janvier dernier que cet homme vit naître un chancre sur la face muqueuse du prépuce. Au bout de quelques jours, MM. Thibierge et Darras lui affirment qu'il s'agit d'un chancre syphilitique. La lésion entraîne bientôt une balano-posthite intense, et, dès le commencement de février, une plaque de sphacèle apparaît sur le prépuce au niveau du chancre. Le prépuce saute et le gland apparaît d'aspect sphacélique, comme atteint d'un phagédénisme gagnant à la fois en surface et en profondeur.

Le traitement de la syphilis fut dès cette période activement

institué. On pratiqua une injection de calomel, puis cinq injections d'huile grise, puis on fit prendre par la bouche de la liqueur de Van Swieten pendant trois semaines.

Cependant, le mal s'aggravait ; le gland se détruisait progressivement, le fourreau de la verge était envahi, et l'on avait plutôt l'impression de gangrène que de phagédénisme. Le traitement local mis en œuvre n'arrêtait pas les progrès du processus suppuratif, d'une fétidité repoussante : eau oxygénée, dermatol et peroxyde de zinc, iodoforme, coaltar, bleu de méthylène, permanganate de potasse, en lavages, en irrigations, bains, etc., demeuraient impuissants à circonscrire le foyer.

Les accidents secondaires ne faisant pas leur apparition, on met en doute le diagnostic de syphilis et l'on suspend le traitement mercuriel.

Toute la verge est maintenant entourée d'une plaie sanieuse, d'aspect sphacélique, l'artère dorsale de la verge se dénude ; une hémorrhagie va se déclarer. Le malade est passé en chirurgie, dans le service de M. Guinard, pour parer à cette éventualité. Là, l'hémorrhagie se produit en effet et est vite arrêtée. Les débris de la verge achèvent de tomber malgré les pansements chirurgicaux. Grâce aux pulvérisations d'eau phéniquée et d'eucalyptus, la plaie qui résulte de la chute de la verge se nettoie et prend un meilleur aspect.

Au commencement d'août, le malade se trouvant toujours dans le service de chirurgie, on assiste à une explosion d'accidents cutanés graves : éruption, à la face surtout, et un peu sur toute la surface du corps, de syphilides secondaires malignes, du type papulo-tuberculeux, avec croûtes rupioïdes sur quelques éléments. Le malade se plaint de douleurs articulaires. L'état général, très touché jusque-là puisque le malade a présenté presque en permanence, depuis le début de son affection vénérienne, un état fébrile très marqué, devient très mauvais. L'amaigrissement est considérable. On reprend le traitement mercuriel sous forme de frictions d'onguent napolitain.

Le 1^{er} septembre, le malade revient au pavillon Gabrielle. Le sphacèle est, d'une façon générale, arrêté, et la plaie semble en voie de cicatrisation. Toute la région pubienne est occupée par une vaste ulcération à bord supérieur formant une courbe, à concavité inférieure. On se borne à des applications de compresses, imbibées d'eau oxygénée, à des pulvérisations d'eucalyptus, à des attouchements de teinture d'iode. La plaie est douloureuse au moindre contact. Elle offre encore de temps en temps des reprises, des poussées extensives.

D'autre part, on institue un traitement antisiphilitique : injection tous les cinq jours de 5 centigrammes de calomel. Mais ce n'est pas

sans une certaine appréhension, qu'à ce malade couché continuellement sur ses fesses, infecté et fébricitant, nous nous proposons de pratiquer des injections parfois aussi mal supportées que les injections de calomel. Tout s'est bien passé grâce à l'emploi d'une émulsion de calomel indolore préparée par M. Duret, interne en pharmacie du service, sur les indications de M. Darier. L'excipient, dans cette préparation, est constitué par un mélange de vaseline et d'huile de vaseline dans des proportions telles que, solide à froid, il se liquéfie à la chaleur de la main et tient le calomel en suspension bien homogène, sans qu'il ait tendance à tomber au fond. La propriété analgésique de la préparation est obtenue en ajoutant à l'excipient un cinquième de son volume d'un mélange à parties égales de deux corps solides, le camphre et le gaïacol, qui en se combinant forment une sorte de nouveau corps liquide injectable et doué de qualités anesthésiques très marquées.

Après six injections de ce calomel fort bien supporté, le malade se trouvait très amélioré; l'éruption a aujourd'hui disparu, laissant des traces rouges légèrement pigmentées; mais la guérison complète n'a été obtenue qu'au bout de cinq semaines de traitement ioduré (4 à 5 grammes d'iodure de potassium par jour).

M. A. FOURNIER. — L'action rapide de l'iodure de potassium sur l'évolution de cette lésion me paraît indiquer qu'il s'agissait d'un accident tertiaire.

M. DE BEURMANN. — On a fait à ce malade des injections de calomel rendu indolore par du gaïacol camphré; je crois qu'il faut se méfier des combinaisons du gaïacol et du camphre, elles pourraient donner lieu à des accidents au même titre que le naphтол camphré.

M. LAFAY. — L'association du gaïacol et du camphre, dans un but anesthésique, n'est pas nouvelle et est employée couramment.

M. DARIER. — C'est dans mon service que cette formule de calomel a été d'abord employée; mais je n'ai fait qu'appliquer une idée courante sur l'action analgésiante du gaïacol et du camphre ajouté aux injections huileuses. Ces injections sont certainement moins souvent douloureuses que les autres; dans un cas cependant j'ai observé des douleurs vives. A mon sens cette formule constitue un progrès réel, mais n'atteint pas la perfection.

M. MILIAN. — Puisque M. Darier constate que le calomel, préparé comme il vient d'être dit, provoque, moins souvent peut-être, mais quelquefois cependant, des douleurs très violentes, il ne peut pas être qualifié d'indolore. Cela n'a rien qui m'étonne, car de ma pratique personnelle et non remise entre les mains d'un tiers, d'une série considérable d'injections d'huile grise et de calomel dont le total s'élève certainement à plus de 1000, je suis arrivé à cette conviction, qu'il n'y a pas un médicament mais une *technique indolore*.

L'heure pressant, je ne puis ici développer cette affirmation, basée sur une

observation longue, consciencieuse et raisonnée, je dirai seulement que les injections de quelque mercure que ce soit, ne sont pas douloureuses à condition qu'elles soient *exactement intramusculaires*, et c'est là le côté difficile de la technique. On y arrive en prenant une série de précautions parmi lesquelles l'emploi d'un médicament *solide* est une des plus importantes. Il faut éviter de déposer la moindre parcelle de solution dans le tissu cellulaire ou sur une aponévrose.

La théorie permet de prévoir ce que l'observation m'a fait constater, c'est-à-dire l'insensibilité absolue du muscle. Nous serions perclus de douleurs, et nos moindres mouvements nous seraient intolérables si nos muscles percevaient les froissements et les pressions considérables qu'occasionnent les mouvements et surtout l'effort.

Note sur l'histologie du mycosis fongicide.

Par M. DALOIS.

L'examen histologique que nous publions doit être rapporté à l'observation de dermatite pustuleuse prémycosique présentée à la Société de Dermatologie (mai 1905), par M. le professeur Ch. Audry. Notre examen a porté sur un fragment excisé au niveau d'un infiltrat épais et siégeant sur la face antérieure du cou-de-pied gauche, et sur un deuxième fragment prélevé sur un placard lichénoïde de la région externe de la cuisse.

1° *Infiltrat du cou-de-pied*. — A un examen d'ensemble des préparations, on reconnaît un épaissement notable de l'épiderme se traduisant surtout par l'allongement des prolongements épithéliaux interpapillaires; le derme présente aussi des modifications profondes caractérisées par l'apparition d'amas cellulaires dans les mailles d'un tissu conjonctif dont les fibres sont agencées en nattes serrées et compactes.

Si on étudie plus attentivement chacune de ces régions, on voit que l'épiderme présente un certain nombre d'altérations. Tout d'abord, il faut noter l'allongement considérable des colonnes interpapillaires résultant d'une prolifération cellulaire, ainsi qu'en témoignent de nombreuses mitoses dans la couche basale et le corps muqueux de Malpighi. Le protoplasme de ces cellules nettement fibrillaire est cependant plus clair que normalement. Le *stratum granulosum*, peu accentué, manque par places; la couche cornée desquamante manque aussi, ou n'est plus représentée que par deux ou trois rangées de lamelles. Les couches superficielles de l'épiderme sont donc profondément altérées. En plusieurs points, soit à la surface même de l'épithélium, soit en plein corps muqueux, soit enfin au voisinage de la couche génératrice, on trouve des cavités de formes et de dimensions variables, pleines d'un exsudat coagulé par les réactifs et de débris cellulaires; à leur voisinage, les cellules épithéliales modifiées présentent de l'œdème inter et intracellulaire; par places existe un état spongoïde de l'épithélium.

Les papilles très longues contiennent de nombreux capillaires, et les

cellules fixes du tissu conjonctif ont proliféré; quant aux fibrilles, quoiqu'un peu plus serrées que normalement, elles ne présentent pas de modifications notables. Mais immédiatement au-dessous du corps papillaire, le derme est constitué de faisceaux connectifs denses et serrés, laissant entre eux des interstices ovalaires ou polyédriques, allongés soit dans le sens des fibres parallèlement à la surface de la peau, soit plus rarement dans le sens des vaisseaux perpendiculairement à la surface. Ces interstices sont remplis de cellules entourant des capillaires béants et réunies en amas par les mailles délicates d'un réticulum conjonctif.

Ces cellules sont de plusieurs variétés : les unes ont un noyau arrondi, riche en chromatine, un corps protoplasmique peu volumineux et basophile; les autres ont un protoplasme plus clair et plus abondant. On reconnaît aussi des cellules à noyau ovale, plus grand que celui des éléments précédents et dont le réseau chromatinien peu serré contient deux ou trois nucléoles. Enfin des corpuscules informes et fortement colorés qui représentent certainement des débris nucléaires. Les cellules qui constituent ces amas présentent parfois des figures de karyokinèse. La biopsie atteignait un bon demi-centimètre en profondeur, et l'on retrouve ces amas cellulaires dans toute l'étendue de la préparation, nous ne pouvons donc pas dire jusqu'à quel niveau descendait l'infiltration.

2° Le placard lichénoïde de la cuisse présente les mêmes altérations épithéliales que celles que nous venons de décrire. Les formations vésiculeuses y sont plus nombreuses et plus marquées.

Dans le corps papillaire existent de nombreux amas de cellules entourant des capillaires élargis. Ces cellules ressemblent absolument à celles que nous avons signalées dans le derme au niveau de l'infiltrat du cou-de-pied.

Le derme ne présente pas d'altérations : les faisceaux connectifs ondulés ont leur disposition et leurs rapports normaux. Il n'existe pas d'amas mycosiques profonds.

Dans les deux fragments nous avons retrouvé les follicules pileux normaux, ainsi que les sébacées; quant aux sudoripares, elles sont très rares; on ne reconnaît plus les pelotons profonds de ces glandes, le conduit excréteur présente une paroi épaissie composée de deux ou trois plans de cellules, une lumière très réduite; ils sont très souvent cotoyés par des amas mycosiques.

Notre examen histologique ne diffère donc pas de ceux publiés par les différents auteurs : on y retrouve la sclérose du derme, les amas mycosiques, leurs rapports ordinaires avec le tissu conjonctif et les vaisseaux, les cellules qui les constituent présentent les caractères cytologiques qui leur sont habituellement décrits. Nos recherches ne nous paraissent pas plus qualifiées que les autres pour préciser d'une façon irréfutable les rapports du mycosis fongöide avec les affections du système hématopoiétique. Nous avons recherché attentivement, après emploi de techniques appropriées, des cellules appartenant au type myéloïde : nous n'avons retrouvé ni leucocytes, ni myélocytes granuleux neutrophiles ou éosino-

philes, ni mégakaryocytes. Pellagati, dans un travail paru en 1904 dans les *Monatshefte für praktische Dermatologie*, avait signalé l'existence de ces éléments anatomiques dans un cas de mycosis fongoïde, et pensait, pour cela, pouvoir faire de cette affection une métastase cutanée résultant d'une altération de la moelle osseuse. Tout récemment, en 1905, Brandweiner dans le même journal revient sur cette question à propos d'une métastase cérébrale de mycosis fongoïde. Il repousse l'hypothèse de Pellagati et croit que celui-ci a eu affaire à un cas de mycosis chez un malade atteint en même temps de myélocytémie. Il n'est pas étonnant, dit-il, que l'on retrouve ces éléments anormaux du sang dans les amas mycosiques où les capillaires sont très abondants et dilatés. D'ailleurs, le cas de Pellagati est le seul où soient signalées des modifications importantes, qualitatives et quantitatives de l'équilibre leucocytaire. Brandweiner affirme, d'après l'examen de la tumeur cérébrale, que les cellules des tumeurs mycosiques ne sont pas d'origine conjonctive. Nous pouvons dire que ces cellules présentent les caractères des lymphocytes et des plasmazellen, mais nous ne discuterons pas ici les opinions émises sur la communauté d'origine ou les différences de ces cellules, non plus que les causes qui provoquent leur prolifération et leur groupement pour donner naissance aux tumeurs si caractéristiques du mycosis fongoïde.

Le Secrétaire :

L. BRODIER.

TABLE DES MATIÈRES

Acné cornée dorso-lombaire à évolution avec folliculites non suppuratives , par MM. HALLOPEAU et DONZÉ.....	283
— kératique villeuse chez une enfant , par MM. GASTOU et TRIBAUT.....	229
Acnéiforme. Nouvelle variété d'éruption — de la face , par MM. HALLOPEAU et KRANTZ.....	79. 115
Acrodermatite continue (forme suppurative) , par MM. HUDELO et HÉNRISSON.....	78
— Nouveau cas d'— suppurative , par MM. HALLOPEAU et KRANTZ.....	80
Actinomycose de la plante du pied. De la biopsie dans l'actinomycose , par M. MILIAN.....	2
Angine de Vincent , par M. CHOMPRET.....	62
Angiokératome de Mibelli , par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	249
Atrophie cutanée. Dermite faciale atrophohypertrophique en aires à progression excentrique, d'origine indéterminée, peut-être tuberculeuse , par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	255
Blennorrhagie. Pseudo-chancres tysonitiques (tysonite blennorrhagique ulcéreuse) , par MM. AUDRY et MAZOTER.....	27
Bubas. Cas probable de — , par M. HALLOPEAU.....	240
— Sur le cas de — présenté par M. Hallopeau , par M. QUEYRAT.....	272
Cancer. Résultats de la radiothérapie dans le — de la langue , par M. PAUTRIER.....	172
— Tuberculo — de l'amygdale, du voile du palais, de la langue et des ganglions cervicaux , par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	198
Chancre simple de la lèvre inférieure chez une ancienne syphilitique, chancres simples vulvaires multiples , par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.....	55
— de l'index: abcès lymphangitique chancrelleux à distance , par MM. GRIFON et DEHÉRAIN.....	269
— Insuccès du xéroforme dans le traitement du — , par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE.....	81
Chéloïdes secondaires à des lésions syphilitiques , par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	299
Cicatrices de nature indéterminée , par M. HALLOPEAU..... 43, 147, 168,	240
Dyskératose pileaire et folliculaire (acné kératique villeuse chez une enfant) , par MM. GASTOU et TRIBAUT.....	229
Ecthyma térébrant infantile , par MM. GAUCHER et TOUCHARD.....	145
Eczéma œdémateux circonscrit de la région frontale , par MM. HALLOPEAU et KRANTZ.....	46
— Végétations syphiloïdes développées sur un — , par M. DANLOS.....	99
Épithélioma cutané guéri par la radiothérapie , par MM. GAUCHER, LACAPÈRE et DELHERM.....	48
Érythème. Diagnostic des lépides érythémateuses et de l'— noueux , par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.....	153
Érythrodermie généralisée pré-lichénique avec dystrophies , par MM. HALLOPEAU et RENAULT.....	12
Fuso-spirillaire. Angine de Vincent. Herpès buccal. Banalité de la symbiose — , par M. CHOMPRET.....	62

Fuso-spirillaire. Fréquence du parasitisme — dans les lésions buccales, par M. VINCENT.....	101, 110
Gangrène cutané-conjonctive d'origine syphilitique, par M. AUDRY.....	160
Gommes sous-cutanées multiples de nature indéterminée, peut-être tuberculeuses, par MM. HUDELO et HÉRISSON.....	120
— Ulcération chancriforme du nez, chez un nouveau-né, produite par une — tuberculeuse, par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.....	58
— sous-cutanées de nature indéterminée, guéries par le traitement mercuriel, par MM. GRIFFON et DU CASTEL.....	269
Granulosis rubra nasi. Nature, par M. HALLOPEAU.....	214
Herpès buccal, par M. CHOMPRET.....	62
Herpétiforme (Dermatite). Macules décolorées multiples dans un cas de —, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	214
— de Duhring. Urémie. Lésions viscérales multiples, par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.....	57
Hydrargyrie intense produite par une application d'onguent napolitain, par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.....	141
Ichthyose hystrix congénitale avec productions bulleuses et hypotrophie, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	242
— Accidents post-vaccinaux chez des enfants de souche ichtyosique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	244
— Psoriasis et — par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	247
Infiltrats. Sur la signification nosologique des — de cellules lymphoïdes, épithélioïdes et géantes, par M. HALLOPEAU.....	147
Iodisme avec nodules intradermiques localisés aux derniers plis articulaires des deux annulaires, par MM. HALLOPEAU et TEISSIERE.....	82
Kératodermie érythémateuse en placards disséminés, par M. DUBREUILH.....	34
— avec porokératose en godets épidermiques localisés à l'ostium sudoripare et disséminés à la paume des mains, par MM. BALZER et GERMAIN.....	207
Kératose palmaire familiale, par MM. BALZER et GERMAIN.....	163
— palmaire et plantaire symétrique congénitale, malformations multiples, par MM. GAUCHER et MILIAN.....	183
— pileaire exclusivement faciale, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	286
Léprides érythémateuses avec distinction de toxi-léprides et de léprides bacillaires, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.....	166
— Diagnostic des — érythémateuses et de l'érythème noueux, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.....	153
Leucodermie vitiligneuse généralisée, par M. DUBREUILH.....	136
Lichen de Wilson, circonscrit en un placard unique, par MM. HALLOPEAU et TEISSIERE.....	11, 40
— Influence de la ponction lombaire sur le prurit du — de Wilson, par MM. THIBERGE et RAVAUT.....	264
— plan à localisation pileaire simulant le pityriasis rubra de Devergie, par M. DANLOS.....	313
— plan cutané et lingual en voie de guérison par les applications de permanganate de potasse, par M. HALLOPEAU.....	46
— plan palmaire (deux observations, l'une à larges papules, l'autre à pointillé rouge), par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	251
— obtusus et vitiligo, par M. DANLOS.....	312
— plan et vitiligo, par M. DANLOS.....	312
Lichénienne. Éruption — d'aspect, à marche extensive centrifuge, par M. BROCC.....	70
Lupus nodulaire, par MM. HALLOPEAU, GASTOU, et SEMINARIO.....	115

Lupus exanthématique , par MM. BALZER, FRANÇOIS-DAINVILLE et GERMAIN..	179
— syphiloïde ou syphilome lupiforme, par M. GASTOU.....	306
— Pigmentation cutanée autour de foyers lupiques, par M. DUBREUILH.....	188
— tuberculeux de la face, datant de 15 ans, guérison en 3 mois par des injections de tuberculine, par M. DARIER.....	72
— Importance des soins accessoires dans la cure lupique, par M. JACQUET.	149
— Traitement du —, par M. LEREDDE.....	108
Mal perforant . Tabes avec — buccal et résorption osseuse du maxillaire supérieur, par MM. GAUCHER et TOUCHARD.....	88
Maladie de Recklinghausen , par MM. HALLOPEAU et JEANSELME.....	116
Mycosis fongoïde , à grands cratères confluent avec proliférations in situ et à distance, par MM. HALLOPEAU et DURANTON.....	236
— à forme lichénoïde et en placards avec localisation initiale et disposition en groupes circinés, par MM. HALLOPEAU et GRANDCHAMP.....	238
— localisé traité par la radiothérapie, par MM. GAUCHER, GASTOU et BOISSEAU.	314
— Histologie, par M. DALOUS.....	326
Nécrologie . M. MAURIAC.....	169
— M. DU CASTEL.....	171
Néoplasie nodulaire et circinée des extrémités , par M. DUBREUILH.....	4
Pelade . Cas de contagion, par M. HALLOPEAU.....	280
Pemphigus successif à kystes épidermiques, par MM. GAUCHER et TOUCHARD.....	86
Photothérapie . Nouvelle lampe photothérapique aux vapeurs de mercure dite lampe Héraens, par MM. GASTOU et NICOLAS.....	216
Pigmentation cutanée autour de foyers lupiques, par M. DUBREUILH.....	138
Pityriasiforme . Éruption — indéterminée pouvant faire croire à une syphilis, par M. DANLOS.....	22
— A propos de ce cas, par M. BROCC.....	33
Pityriasis rosé . Forme ortiée de —, par M. HALLOPEAU.....	241
— rubra pilaris chez un enfant de deux ans, par MM. HUDELLO et HÉRISSEON.	119
Ponction lombaire . Influence — sur le prurit du lichen de Wilson, par MM. THIBIERGE et RAVAUT.....	264
Porokératose papillomateuse palmaire et plantaire , par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	203
Prix Zambaco	146
Prurigo de Besnier, à larges croûtes, avec éléments lichénoïdes et atrophiques, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	285
Prurit . Influence de la ponction lombaire sur le — du lichen de Wilson, par MM. THIBIERGE et RAVAUT.....	264
Psoriasis avec collerette de Bielt chez une séborrhéique, et diagnostic histologique des éruptions psoriasiformes, par MM. GASTOU et GIMENO..	50
— Plaques multiples de — circiné autour de cicatrices syphilitiques, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	213
— et ichthyose, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	247
Radiodermite chronique , par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT.....	289
— professionnelle, par MM. JEANSELME et FOUCHON.....	297
Radiothérapie des teignes à l'école Lailler en 1904, par MM. SABOURAUD, PIGNOT et NOIRÉ.....	19
— Épithélioma cutané guéri par la —, par MM. GAUCHER, LACAPÈRE et DELHERM.....	48
— Résultats de la — dans le cancer de la langue, par M. PAUTRIER.....	172
— Mycosis fongoïde localisé traité par la —, par MM. GAUCHER, GASTOU et BOISSEAU.....	314

Radiothérapie. Statistique radiothérapique , par MM. BISSÉAT et MEZRETTE	129
Sclérodémie systématisée de la face , par M. THIBIERGE	304
Sclérose circinée des doigts , par M. AUDRY	49
Séborrhées. Hérédo- , par M. JACQUET	28, 64, 107, 165
Séborrhéides circinées hémorragiques sur des jambes variqueuses , par M. AUDRY	26
Teignes. Radiothérapie des —, par MM. SABOURAUD, PIGNOT et NOIRÉ	19
Télangiectasie en arc de cercle , par M. BALZER	309
Tuberculeuse. Ulcération — du pharynx et des piliers du voile du palais, par M. GAUCHER	64
Tuberculides papulo-nécrotiques , par MM. DARIER et WALTER	195
— cutanées généralisées de forme papulo-acnéique simulant de très près la syphilide exanthématique de même nom, par M. DANLOS	23
— polymorphes, par MM. HALLOPEAU et KRANTZ	10
— faciales et cervicales papulo-séborrhéiques chez un malade atteint d'engelures, par MM. GASTOU et SEMINARIO	75
Tuberculo-cancer de l'amygdale , du voile du palais, de la langue et des ganglions cervicaux, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT	198
Tuberculose papillomateuse du doigt chez un cordonnier bronchitique ancien et à répétition, atteint de micro-polyadénopathies diffuses, par MM. GASTOU et GINENO	52
Tumeurs cutanées multiples de nature sarcomateuse chez une fillette de six mois, par MM. AVIRAGNET et COYON	198
— de la jambe de nature indéterminée, par MM. GAUCHER et BOISSEAU	315
Urinaire. Modifications de l'élimination —, sous l'influence des eaux de la Bourboule, par MM. GASTOU et FERREYROLLES	225
Urticaire pigmentée cyclique , nouvelle espèce d'angio-dévrose, par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE	84
— pigmentaire, par M. DARIER	123
Vaccine. Accidents post-vaccinaux chez des enfants de souche ichthyosique, par MM. DE BEURMANN et GOUGEROT	244
Végétations syphiloïdes développées sur un eczéma, par M. DANLOS	99
Vernix caseosa , par M. JACQUET	28, 64, 107, 165
—, par M. HALLOPEAU	69
Verrues planes du visage et des mains coïncidant avec des végétations des organes génitaux chez une même malade, par M. THIBIERGE	267
Vésiculeuse. Dermatite — infantile à progression excentrique, par MM. HALLOPEAU et KRANTZ	8, 47
Vitiligo et lichen plan , par M. DANLOS	312
— et lichen obtusus, par M. DANLOS	312
— Leucodermie vitiligineuse généralisée, par M. DUBREUILH	139
Xanthome plan miliaire généralisé et alcoolisme , par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE	97
Syphilis. Spirochète pallida dans les lésions syphilitiques, par M. BODIN	319
— Spirochète pallida dans la syphilis héréditaire, par M. BODIN	190
— Constatation du spirochète de Schaudinn dans le foie et la rate d'un fœtus macéré, par MM. QUEVRAT, LEVADITI et FEUILLÉ	317
— Chancres successifs, par M. HALLOPEAU	214
— Chancres phagédéniques du fourreau, gommés périostiques du crâne, par MM. GAUCHER et LOCSTE	128
— Bougies molles destinées au traitement des chancres syphilitiques du méat et de l'entrée de l'urètre, par M. RENAULT	215
— Chancres de la gencive, par M. CHOMPRET	72

Syphilis. Chancres indurés du sourcil chez un enfant de 7 ans, par MM. HALLOPEAU et SÉE.	213
— Chancres de la région présternale, par MM. GAUCHER, PARIS et OCTAVE CLAUDE.....	183
— Sphacèle de la verge consécutif à un chancre, par MM. GRIFFON et J. DU CASTEL.....	323
— Récidive de syphilis au bout de 36 ans, par M. HALLOPEAU.....	212
— Syphilitoïdes papillomateuses, par M. ALF. FOURNIER.....	109
— Syphilide présentant un développement anormal au voisinage de l'accident primitif, par MM. HALLOPEAU et DEROTE.....	155, 168
— Syphilides granuleuses miliaires, ressemblant à la kératose pileaire, par MM. GAUCHER et LOUSTE.....	77
— Syphilides nodulaires hypodermiques, par MM. DARIER et CIVATTE.....	90
— Syphilides faciales et périanales chez un enfant présentant des dystrophies crâniennes de nature hérédosyphilitique, par MM. GASTOU et PROTINOS.....	112
— Syphilide tuberculeuse en nappe datant de 3 ans et simulant un lichen, par M. DANLOS.....	25
— Syphilis tertiaire de la face dorsale de la main, par M. H. DE ROTHSCHILD.....	59
— Syphilome lupiforme ou lupus syphiloïde, par M. GASTOU.....	306
— Phagédénisme tertiaire précoce, par MM. GAUCHER et BOISSEAU.....	316
— Cicatrices syphilitiques probables, par MM. HALLOPEAU, LAFITTE et KRANTZ.....	43, 147, 168, 240
— Plaques multiples de psoriasis circonscrites autour de cicatrices syphilitiques, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	213
— Syphilis ignorée, par M. MOTY.....	262
— Gangrène cutané-conjonctive d'origine syphilitique (scléro-gomme sphacélante), par M. AUDRY.....	160
— Coexistence de syphilides palmaires, de leucoplasie linguale et de cancer de la langue opéré et récidivé, par MM. GAUCHER et DOBROVICI.....	260
— Double perforation palatine syphilitique chez un paralytique général, par MM. MARIE et PIETKIEWICZ.....	28
— Spina ventosa syphilitique, par M. GAUCHER.....	195
— Perforation syphilitique en dentelures de la voûte palatine, par MM. HALLOPEAU et KRANTZ.....	42
— Maladie de Ménière survenue au cours de la syphilis. Traitement par les injections intraveineuses de cyanure de mercure, par MM. BALZER et FRANÇOIS-DAINVILLE.....	139
— Photographies de figures péruviennes antiques, par M. HALLOPEAU.....	151
— Maladie d'Addison chez un syphilitique, par MM. HALLOPEAU et ROY.....	212
— Syphilis héréditaire, par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE.....	118
— Syphilis héréditaire tardive et syphilide pigmentaire, par M. DANLOS.....	24
— Syphilis héréditaire avec destruction partielle et malformation consécutive des maxillaires, de la voûte palatine et du pharynx, par MM. HALLOPEAU, LAFITTE et KRANTZ.....	16
— Syphilis héréditaire simulant la tuberculose, par MM. GAUCHER et LOUSTE.....	156
— Déformation en entonnoir de la paroi thoracique antérieure, par MM. HALLOPEAU et TEISSEIRE.....	42
— Syphilis héréditaire dystrophique; achondroplasie, insuffisance intellectuelle, par MM. GAUCHER et LOUSTE.....	159
— Eau de mer en injections sous-cutanées dans la syphilis, par MM. GASTOU et QUINTON.....	221

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

- Audry, 26, 27, 49, 160.
Aviragnet, 193.
Balzer, 46, 53, 55, 57, 65, 74, 96, 97, 139, 141, 144, 163, 179, 207, 309.
Barthélemy, 45, 65, 82, 83, 144.
Baudouin, 96, 145, 151, 247.
Beurmann (de), 179, 198, 208, 244, 247, 249, 251, 255, 286, 289, 297, 298, 313, 325.
Bissérié, 129, 297.
Bodin, 190, 193, 319, 322.
Boisseau, 272, 314, 315, 316.
Brocq, 11, 16, 22, 23, 26, 33, 41, 70, 74, 80, 109, 110, 178, 179, 220.
Chatin, 151.
Chompret, 62, 72, 89, 103.
Civatte, 90.
Claude, 183.
Coyon, 193.
Dalous, 326.
Danlos, 22, 23, 24, 25, 99, 312, 313.
Darier, 45, 47, 72, 75, 76, 78, 82, 86, 90, 96, 110, 116, 122, 123, 128, 148, 178, 179, 195, 243, 244, 284, 297, 313, 314, 315, 325.
Dehétrain, 269.
Déhu, 123, 179.
Delherm, 48.
Deroye, 155.
Dobrovici, 260.
Donzé, 283.
Dubreuilh, 4, 34, 136, 138.
Du Castel (J.), 269, 323.
Duranton, 236.
Ferreyaules, 225.
Feuillié, 317.
Fouchon, 297.
Fournier (A.), 11, 22, 25, 26, 43, 46, 96, 100, 109, 110, 115, 153, 169, 171, 247, 283, 308, 309, 316, 325.
Fournier (E.), 43.
François-Dainville, 53, 55, 57, 97, 139, 141, 179.
Gastou, 50, 52, 75, 96, 112, 115, 216, 220, 221, 225, 229, 306, 314.
Gaucher, 48, 64, 77, 78, 86, 88, 122, 128, 145, 156, 159, 183, 193, 280, 314, 315, 316, 317.
Germain, 163, 179, 207.
Gougerot, 198, 203, 244, 247, 249, 251, 255, 286, 289, 298.
Gimeno, 50, 52.
Grandchamp, 153, 166, 288.
Griffon, 269, 323.
Hallopeau, 8, 10, 11, 12, 16, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 64, 69, 74, 79, 80, 81, 82, 84, 108, 115, 116, 118, 144, 147, 149, 151, 153, 155, 166, 168, 169, 212, 213, 214, 236, 238, 240, 241, 242, 244, 268, 280, 283, 285.
Hérissou, 78, 119, 120.
Hudelo, 78, 119, 120.
Jacquet, 22, 46, 66, 74, 78, 101, 107, 109, 110, 114, 127, 128, 149, 159, 165, 167, 309, 312.
Jeanselme, 116, 297.
Krantz, 8, 10, 16, 42, 43, 46, 47, 79, 80.
Lacapère, 48.
Lafay, 325.
Lafitte, 16, 43.
Lenglet, 10, 179, 243, 244, 308.
Leredde, 108, 122.
Levaditi, 317.
Louste, 77, 128, 156, 159.
Marie, 281.
Mazoyer, 27.
Mézerette, 129.
Milian, 2, 100, 183, 193, 319, 325.
Moty, 83, 145, 190, 262.
Nicolas, 216.
Noiré, 19.
Paris, 183.
Pautrier, 172, 179.
Photinos, 112.
Pietkiewicz, 281, 283.
Pignot, 19.
Queyrat, 148, 149, 169, 193, 272, 317.
Quinton, 221.
Ravaut, 264.
Renault, 1226, 144, 193, 215, 308, 322.
Rothschild (H. de), 59.

Roy, 212, 213, 214, 242, 285.	Teisseire, 11, 40, 42, 81, 82, 84, 118.
Sabouraud, 10, 11, 12, 13, 41, 45, 65, 179, 193, 312, 314.	Thibaut, 229.
Sée, 65, 218.	Thibierge, 243, 244, 249, 264, 267, 268, 296, 304.
Séminario, 75, 115.	Touchard, 86, 88, 145.
Sottas, 297.	Vincent, 100, 110.
Sulzer, 83.	Walter, 195.

www.libtool.com.cn

SOCIÉTÉ FRANÇAISE

de

Dermatologie et de Syphiligraphie



Réception des Médecins Anglais

11 Mai 1905



www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

RÉCEPTION DES MÉDECINS ANGLAIS

11 MAI 1905

www.libtool.com.cn

Un groupe de médecins français ayant été, au mois d'octobre 1904, visiter les hôpitaux de Londres, des médecins anglais, au nombre de deux cents, sont venus, les 11, 12 et 13 mai 1905, rendre à leurs collègues français la visite que ceux-ci leur avaient faite.

A cette occasion, la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie a tenu, le jeudi 11 mai, dans la salle ordinaire de ses séances, au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, une réunion extraordinaire à laquelle ont été conviés tous les dermatologistes anglais présents à Paris.

En ouvrant la séance, M. le Professeur FOURNIER, Président de la Société, a prononcé l'allocution suivante :

MESSIEURS,

Au nom de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, dont j'ai l'honneur d'être le Président, je suis chargé par mes collègues de vous souhaiter ici la bienvenue.

Oui, soyez les bienvenus parmi nous, Messieurs, et cela à double titre :

Comme médecins, d'abord, comme membres de notre grande famille médicale; car bien certainement vous apportez ici, sur la terre française, les mêmes sentiments que les médecins français portaient en octobre dernier

sur le sol de votre chère patrie, à savoir ceux de la *cordialité professionnelle*.

Mais soyez aussi les bienvenus parmi nous, Messieurs, comme Anglais, comme fils de votre grande Bretagne ; — et cela au nom de l'esprit moderne ; — de l'esprit moderne qui aux vieilles querelles, aux inimitiés d'autrefois, tend à substituer aujourd'hui les idées de concorde issues d'une estime réciproque entre nations, les idées de *fraternité des peuples*.

Non pas certes que nous songions les uns et les autres à renier nos pères qui se sont si longtemps et si vaillamment combattus. Les uns et les autres nous honorerons toujours la grande mémoire de ces héros. Mais ils étaient de leur temps. A notre tour, nous, soyons du nôtre, pour saluer, avec ce qu'à l'instant j'appelais l'esprit moderne, l'avènement d'une ère nouvelle aux idées généreuses, qui s'appellera, s'il plaît à Dieu, l'ère de conciliation et de paix du XX^e siècle ; — l'ère du travail humain luttant contre les misères et les fléaux de tout genre qui accablent l'humanité ; — enfin, et ce sera mon dernier mot, l'ère des *cordialités internationales*.

Messieurs, je vous le répète, soyez les bienvenus parmi nous !

M. le Docteur GRAHAM LITTLE, médecin, pour les maladies de la peau, à Saint-Marys' Hospital, membre du Conseil de la Dermatological Society of London, a répondu en ces termes :

MESSIEURS,

Au nom de mes collègues, au nom de la Société Dermatologique de Londres, du Conseil de laquelle je me trouve ici le seul représentant, je vous remercie de tout mon cœur de la magnifique réception que vous nous avez préparée aujourd'hui.

Avec une complaisance gracieuse, vous avez fait une séance spéciale de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie française pour nous accueillir dans cette salle historique, sous la présidence vénérée de M. FOURNIER.

Ce n'est pas la première fois que j'ai à remercier M. FOURNIER ; j'ai suivi ses leçons il y a une dizaine d'années avec un vif intérêt et un grand bénéfice.

Messieurs, les liens qui existent entre votre Société et notre Société de Londres, sont étroits ; vous avez daigné élire dans votre Société quelques-uns de nos membres, et

nous autres, nous estimons que M. BESNIER nous a fait une faveur des plus hautes quand ce grand maître a accepté de devenir un de nos sociétaires, *honoris causa*.

Messieurs, je vous assure que nous suivons chaque mois, avec une très grande attention, vos débats si raisonnés, si lumineux, si importants, et toujours leur lecture nous apprend quelque chose d'intéressant et de nouveau.

L'École Dermatologique française est, à cette heure, incontestablement la première de l'Europe, pour ne pas dire du monde entier.

Cette belle position, qu'elle a si fièrement maintenue contre toute concurrence, vient d'être confirmée de nouveau d'une façon frappante par la publication de l'œuvre magistrale de cette école, *La Pratique Dermatologique*, qui est dans toutes nos mains en Angleterre ainsi qu'en France.

Nous sommes malheureusement peu nombreux aujourd'hui, parce que nous avons eu hier, dans l'après-midi, la séance annuelle de notre Société, dans laquelle nous avons à discuter des propositions de la plus haute importance pour l'avenir de la Société ; c'est pourquoi les doyens de notre spécialité, tels que les docteurs RADCLIFFE CROCKER, COLCOTT FOX et PRINGLE, ne sont pas venus témoigner leur reconnaissance de cette solidarité dont vous avez donné une nouvelle preuve.

Je regrette infiniment leur absence, surtout parce que, s'ils étaient présents, ils vous auraient apporté un témoi-

gnage bien plus éloquent que je ne peux faire. J'espère que vous voudrez bien m'excuser, vu que je n'étais aucunement préparé à répondre à cette réception magnifique, à ces sentiments si chaleureusement amicaux de M. FOURNIER.

Je vous en remercie encore une fois.

Ces deux allocutions ont été saluées par des applaudissements prolongés.

www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

www.libtool.com.cn

DATE DUE SLIP
UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY
THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

