

Le traitement externe des cancroïdes cutanées se fait surtout par l'intermédiaire des pâtes arsenicales. Nombre de guérisseurs des campagnes, renommés pour leur habileté, emploient des pâtes de cet ordre; aussi les médecins agiraient-ils sagement en ne recommandant l'opération qu'après avoir arlé du traitement possible par les pâtes, plus d'iront-ils et plus douloureux. Dans les petits épithéliomas con-céutifs aux croûtes sèches, les épithéliomas végétants et fongueux, le traitement arsenical demeure néanmoins un traitement de choix et il procure alors des améliorations qu'il eût été difficile d'atteindre par la radiothérapie. Le remède par contre devient dangereux dans les épithéliomas atrophiques où l'arsenic produit des nécroses et un délabrement plus considérable que l'opération elle-même.

On peut employer:

Acide arsénieux, 1 gramme.

Sulfure rouge de Hg, 2 grammes.

Cold cream, 15 grammes.

A badigeonner tous les jours le cancroïde jusqu'à disparition des parties dures. On laisse la pâte à demeure et renouveler tous les matins. Il faut en moyenne 10 à 15 jours. Nombre de campagnards préfèrent cette méthode à celle de l'intervention chirurgicale ou même des rayons X, laquelle offre l'inconvénient d'être plus coûteuse.

On peut encore utiliser l'arsenic dissous dans l'alcool. Cerny et Truncceek recommandent la mixture:

Acide arsénieux.....	1 gramme
Alcool.....	} 75 grammes
Eau.....	

Quand l'échelle devient épaisse, on emploie seulement 50 grammes d'alcool et 50 grammes d'eau et plus tard 10 grammes de chaque.

Cette dernière médication permet même de guérir des cancers de la lèvre inférieure, alors qu'il n'existe pas encore d'engorgement ganglionnaire.

Lorsqu'il survient des nodules cancéreux sous-cutanés, on excise un petit lambeau cutané à l'aide de ciseaux et on badigeonne en laissant comme d'ordinaire la plaie sans pansement. On répète ce badigeonnage tous les jours.

L'un de nous a jadis une dizaine de fois employé cette méthode et en a tiré des résultats avantageux.

Nous ne faisons que signaler les *bains arsenicaux* que prônait Guéneau de Mussy dans les rhumatismes chroniques: 2 à 8 grammes d'arséniate de soude et 150 grammes de carbonate de soude par bain. Bain à 36°, un tous les deux jours. La supériorité, voire les avantages de l'arsenic pour calmer les douleurs sont loin d'être établies.

Un mot sur les *intoxications arsenicales*. D'origine médicalemente, elles se traduisent par des allures chroniques avec troubles digestifs, céphalées, engourdissements douloureux dans les membres inférieurs. Des polynévrites se dessinent et aussi des pigmentations cutanées (pigmentations bruitées), des mélanodermies simulant la maladie d'Addison, des ulcérations cutanées et parfois des cancers à la suite de ces altérations.

Grâce aux précautions indiquées et aux réserves émises, pareils ennuis pourront être évités.

Clinique Médicale

Les méningites syphilitiques aiguës

On sait combien la syphilis frappe avec prédilection le système nerveux central, mais c'est le plus souvent pour y provoquer un processus pathologique à évolution chronique et lente; le tabès, la paralysie générale, les méningites chroniques en constituent les exemples les plus probants. Ce serait une erreur de croire qu'à se borne l'influence de la syphilis, elle peut en effet faire naître des processus aigus et les méningites syphilitiques récemment étudiées par Brissaud et Brey (Soc. méd. des hôp., mars 1902), par Widal et Le Sourd, Sicard et Roussy (Archives de neurologie, 1904). Boidin et Weil (octobre 1907), Laubry et iGroux (janvier 1908) en constituent une des manifestations aiguës les plus curieuses.

Raoul de Coux (Thèse Paris, 1908) oppose deux types cliniques de méningites syphilitiques aiguës: la méningite aiguë secondaire et la méningite aiguë tertiaire.

La *méningite secondaire* se caractérise par son apparition précoce et sa *coexistence habituelle avec des éruptions cutanées nettement secondaires*. Elle est l'expression clinique de la réaction méningée, qui ne se traduit d'ordinaire à cette période que par de la lymphocytose rachidienne. La coexistence de ces réactions méningées cliniques et histologiques avec des éruptions cutanées peut faire penser qu'elle correspond à un véritable énanthème méningé (Boidin et Weil). Il s'agit cliniquement d'une *méningite diffuse, peu bruyante, sans phénomène de localisation*, comparable à la méningite tuberculeuse classique de la seconde enfance. C'est avec cette affection d'ailleurs que le diagnostic se pose le plus souvent.

La *guérison* est de règle grâce au traitement mercuriel, il ne subsiste aucune séquelle. La *lymphocytose rachidienne* est constante, elle est souvent abondante, pure ou à peu près pure. Une autopsie récente de Sézary a permis d'étudier la lésion de cette méningite aiguë. Il s'agit de lésions disséminées, assez banales, d'infiltration lymphocytaire avec congestion périvasculaire.

Toute différente est la *méningite tertiaire aiguë*. Celle-ci n'est qu'un incident au cours d'une méningite syphilitique tertiaire chronique plus ou moins latente. Elle se caractérise par des phénomènes beaucoup plus bruyants à délire aigu, crises convulsives et en outre des signes d'une réaction méningée diffuse et par des signes de localisation: crises épileptiformes partielles, paralysies des membres, faciales, oculaires, etc. Ces phénomènes peuvent entraîner la mort; ils régressent le plus souvent et laissent après eux des séquelles et des signes de méningite chronique en plaque.

Le diagnostic est souvent fort difficile entre cette méningite syphilitique et une poussée au cours de la paralysie générale. Il doit se poser aussi avec une méningite tuberculeuse de l'adulte et le diagnostic doit surtout s'appuyer sur les antécédents du malade.

Dans ces poussées aiguës, la lymphocytose rachidienne