

# LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

---

---

Vol. VI

SEPTEMBRE 1899

N° 2

---

---

## TRAVAIL ORIGINAL

— — —

### DERMATOSES PARASITAIRES

•  
PAR

LE DOCTEUR PAUL E. PRÉVOST

— — —

Il y a des maladies de peau qui doivent leur existence à une cause extérieure et qui doivent être rangées dans un cadre spécial, afin de faciliter leur étude et de mieux combattre la cause qui leur donne naissance. Les dermatoses parasitaires sont de celles-là, et nous essayerons d'exposer aussi clairement que possible, la manière de les reconnaître, leurs lieux d'élection, le traitement approprié qu'il faut instituer le plus près possible du début de la maladie.

Quoique ces maladies soient dues à un parasite, à un microbe quelconque, nous pourrions peut-être croire que l'état de la constitution n'y a rien à faire et qu'il est inutile d'instituer un traitement interne. Il n'en est pas ainsi pour la plupart de ces affections, et en examinant bien les cas en observation, en questionnant minutieusement les personnes atteintes de ces maladies, il nous sera permis de reconnaître souvent des santés délabrées, tenant à des troubles physiologiques, à une mauvaise nutrition ;

tenant encore à une diathèse scrofuleuse ou à un désordre du système nerveux.

Le traitement externe est, sans nul doute, le plus important dans la circonstance, mais il serait insuffisant si, ne tenant pas compte de l'état de santé de chacun, nous ne rétablissions pas les misères physiologiques et les troubles nutritifs, quand ils se présentent.

Et en reconnaissant que le traitement externe est de beaucoup le plus important, puisqu'il s'agit d'une affection locale, résultat de l'inoculation directe d'un parasite, nous croyons, comme l'ont pensé les vieux auteurs français et comme le pensent les dermatologistes actuels, à la nécessité de modifier le terrain sur lequel évolue l'agent infectieux.

Admettons donc ici, pour n'y plus revenir, l'utilité et l'importance d'instituer en même temps que le traitement externe, un traitement interne, tendant à fortifier l'organisme et à rétablir l'ordre rompu dans les grands systèmes.

\*\*\*

Nous traiterons donc des affections parasitaires dans l'ordre que nous exposons maintenant, en n'oubliant pas certaines affections, lesquelles étant dues presque toujours à une cause interne, le seraient aussi quelquefois à une cause externe, opinion que soutiennent quelques dermatologistes.

<p>Lupus. Favus. Trichophytie. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Gale. Perlèche. Phthiriasse.</p>	}	<p>Toutes ces affections sont essentiellement cau- sées par un parasite.</p>
--	---	--

Pelade.  
Ecthyma.  
Impétigo.  
Eczéma.

Ces affections étant presque toujours une manifestation d'un trouble général, certains auteurs tiennent encore le sujet en litige, voulant leur reconnaître une origine parasitaire dans la plupart des cas.

*Lupus* : L'opinion la plus accréditée tend à affirmer que le lupus est une tuberculose cutanée — tuberculose locale. — La chose serait certaine pour le lupus vulgaire, mais Brocq serait disposé à appeler le lupus érythémateux, un simple érythème centrifuge symétrique.

Le lupus vulgaire est constitué par des éléments primitifs de l'ordre des tubercules, c'est-à-dire par de petits grains d'un rouge jaunâtre ressemblant à du sucre d'orge, enchassés dans le derme et recouverts d'épiderme au travers duquel on les voit par transparence. Ces petits grains de la grosseur d'une tête d'épingle, isolés ou groupés, augmentent de volume et font parfois une certaine saillie perceptible au toucher. Peu douloureux, ni spontanément, ni à la pression, ils sont le siège d'une certaine sensibilité lorsqu'on les palpe sans précaution. Ces tubercules sont mous avec une tendance à la destruction rapide des tissus. Ils peuvent rester isolés les uns des autres, mais il est plus fréquent de les voir se réunir et devenir confluents pour former le lupus tuberculeux agminé. Le cadre étroit du présent travail ne nous permet pas de décrire les différents aspects sous lesquels peut se présenter ce lupus, mais qu'il suffise d'ajouter qu'un médecin serait bien maladroit de ne pas consulter ses auteurs à ce sujet lorsqu'il a en observation une plaque jaunâtre transparente, composée de petits ou de gros tubercules (selon le cas), infiltrant modérément la peau et faisant une saillie au-dessous du niveau des téguments.

Le lupus érythémateux (érythème centrifuge symétrique de Brocq ; séborrhé congestive de Hébra), débute par des rougeurs congestives, petites au début, devenant de plus en plus grandes. Le derme est légèrement infiltré et tuméfié de telle sorte que les plaques font une légère saillie. Cette plaque a une tendance marquée à l'extension centrifuge.

*Siège* : Sa localisation très spéciale est aux joues, en particulier aux pommettes, à la face dorsale du nez, aux oreilles. Le siège du lupus vulgaire est aussi aux joues et au nez, c'est-à-dire aux parties découvertes et non protégées de la face. Il vient aussi à l'oreille et peut envahir le conduit auditif, la membrane du tympan, l'oreille moyenne, et déterminer une otite très grave. Aux paupières il cause quelquefois des ectropions et peut envahir l'œil et les conduits lacrymaux.

*Traitement* : Lotions, compresses, pommades antiparasitaires, topiques, emplâtres, caustiques, tout a été essayé contre le lupus, mais on n'a pas tardé à se convaincre qu'en se servant de ces divers procédés, non seulement on n'atteignait pas le but, mais qu'on le dépassait en produisant des escharifications profondes d'où résultaient des cicatrices vicieuses et des difformités irrémédiables. Les procédés chirurgicaux sont les plus utiles, permettant de guérir la lésion sans défigurer le malade.

Méthode sanglante.	}	Ablation.
		Raclage.
		Scarifications.
Méthode non sanglante.	}	Electrolyse.
		Certains caustiques.

La méthode par les scarifications est plus longue que la méthode par l'électrolyse mais laisse moins de cicatrices.

*Favus* : C'est un ensemble de lésions cutanées produites par un champignon parasite de l'homme et des ani-

maux, l'achorion schenleinsi. Le malade se présente rarement au début de la maladie. C'est à la deuxième période, alors que le mal est bien établi, qu'il est permis presque toujours de constater la lésion qui n'offre alors que peu de difficulté à être reconnue.

Les poils sont altérés, perdent leur brillant, deviennent décolorés et se détachent avec facilité. Autour des cheveux se forment des couches concentriques d'un blanc jaunâtre, terne, qui forme des séries de reliefs circulaires rappelant l'aspect des nids d'hirondelles (Brocq) ayant au centre un poil. C'est ce que nous appelons une cupule ou un godet. L'odeur de souris ou d'urine de chat qui s'en exhale est particulière et caractéristique de cette affection qui peut quelquefois guérir d'elle-même, et qui est suivie d'alopecie cicatricielle définitive.

*Siège* : C'est au cuir chevelu spécialement qu'évolue le favus. On l'a, quoique bien rarement, observé à la barbe. Il faut donc savoir, dit Besnier, que le sycosis favique existe à la face. Il n'est pas rare de l'observer sur les parties glabres ; au visage, au nez, aux sourcils, aux membres et aux ongles.

*Traitement* : Le traitement curatif est d'une longueur désespérante ; il doit être prolongé même après la guérison apparente pour éviter des récurrences qui se produisent presque constamment. Ce traitement est presque identique à celui de la trichophytie du cuir chevelu.

Contre le favus des parties glabres, après avoir énucléé avec soin les godets, avec un corps gras et du savon noir, on fait des applications parasitaires et de préférence avec la teinture d'iode ou du sublimé.

*Trichophytie* : Elle est causée par un champignon parasite de l'homme et des animaux, le trichophyton tonsurans.

Il y a la trichophytie :

1. Du cuir chevelu (teigne tondante, herpès tonsurans).
2. De la barbe (sycosis parasitaire).

3. Des parties glabres, (trichophytie cutanée, herpès circiné parasitaire).

4. Des ongles (ony chomycose trichophytique).

La trichophytie du cuir chevelu ne s'observe que chez les enfants, très rare après 15 ans. Elle débute par une rougeur érythémateuse recouverte quelquefois de vésicules éphémères et surtout de petites squames blanchâtres et d'un gris sale. L'affection est circonscrite et ne forme que de petites plaques assez mal délimitées. Le malade éprouve en ces points des démangeaisons, des picotements. Le champignon envahit le follicule pileux et l'affection devient alors une dermatose des plus tenaces, des plus rebelles à toute médication. Les poils altérés, secs, décolorés, deviennent friables et cassent au lieu de s'arracher. Ils cassent même spontanément en laissant des tonsures circulaires. Abandonné à elle-même, elle arrive dans certains cas, à couvrir de vastes surfaces. Elle peut guérir spontanément sans alopecie définitive ni cicatrice d'aucune sorte. Pour peu que l'on hésite sur le diagnostic, l'examen microscopique des poils cassés, lèvera tous les doutes en faisant reconnaître le trichophyton.

*Traitement* : Il faut d'abord prévenir l'extension du mal et empêcher la contamination des personnes indemnes, par un isolement rigoureux.

Il faut épiler les parties malades en empiétant même sur les parties saines pour en éviter la contagion. Si l'on éprouve des difficultés à arracher les cheveux malades qui cassent facilement, on emploiera pour arriver à les enlever, des emplâtres agglutinatifs. Après l'épilation on lotionne avec une solution de sublimé et quelques heures après et deux fois par jour on enduit les parties malades de pommades au mercure, au soufre, acide-phénique, huile de cade, acide salicylique ou un badigeonnage à la teinture d'iode. Il faut surveiller le traitement qui peut causer des folliculites qu'il faudra respecter et traiter par les émoullients et les pommades douces, pour ensuite reprendre le

traitement actif et pratiquer une nouvelle épilation aussi tôt que les cheveux ont repoussés.

La trichophytie cutanée débute par une petite tache rosée légèrement saillante et squameuse de la grandeur d'une lentille ou d'une pièce de 10 à 25 sous, qui est le siège d'une assez vive démangeaison. Cette tache arrondie a une tendance à s'étendre avec une certaine rapidité. La bordure de cette tache est très nette, de façon à constituer une sorte de bande rouge très circulaire. Si l'inflammation causée par le parasite est intense, les parties malades s'infiltrant, s'épaississent, deviennent irrégulières, se couvrent de vésico-pustules, les bords deviennent rouges, indurés et font une saillie notable : c'est le sycosis trichophytique qu'on rencontre surtout chez les palefreniers, les bouchers et autres.

*Siège* : Au visage, au cou, à la nuque, aux avant-bras, aux mains et aux organes génitaux.

*Traitement* : Teinture d'iode. Lavage avec solution au sublimé de  $\frac{1}{200}$  à  $\frac{1}{500}$  selon le degré d'inflammation et de susceptibilité de la peau.

*Pityriasis versicolor* : Affection cutanée que produit un champignon parasite de l'homme, le microsporon furfur. Il est caractérisé par des taches café au lait ou d'un jaune grisâtre, irrégulières, plus ou moins étendues et disséminées çà et là sur le thorax. Par le grattage ou un coup d'ongle on enlève de ces taches, des croutelles ou squames épidermiques qui contiennent le parasite. Quelquefois il y a démangeaison intolérable, d'autre fois aucun symptôme subjectif.

*Siège* : C'est au thorax qu'on le rencontre surtout, où son évolution est facilitée par le tricot de flanelle. Il peut encore envahir le tronc et une partie des membres.

*Traitement* : Faire tomber d'abord les couches épidermiques caractéristiques de la maladie. Badigeonner les plaques de peu d'étendue à la teinture d'iode. Si les plaques sont plus vastes, prescrire un bain chaud et se fric-

tionner au savon noir. Bains sulfureux. Pommades au mercure, au soufre. Lotions à la résorcine, au sublimé, au thymol, etc.

*Erythrasma* : Causé par le microsporion minutissimum. C'est un érythème d'un rouge brunâtre à bords nets et saillants, qui s'exfolie en très petites squames dont la présence, après plusieurs années même, éveille l'attention de la personne, par un léger prurit, qu'elle ressent vers le scrotum ou à la partie supérieure et interne des cuisses.

*Siège* : Outre le scrotum et les cuisses, l'érythrasma peut envahir, s'il a une marche aiguë, l'abdomen, la poitrine et les plis articulaires.

*Traitement* : Lotion au savon, au sublimé, teinture d'iode, huile de cade, pommade au calomel, au soufre, à l'oxyde jaune de mercure.

*Gale* : Tous les médecins à peu près connaissent la gale. Étant causée par l'acarus qui est un parasite, elle pourra présenter tous les aspects selon la durée ou la violence du mal, l'état de malpropreté du malade. Elle sera ou papuleuse ou vésiculeuse ou pustuleuse ou bien composée de tous ces éléments à la fois.

*Siège* : Une démangeaison entre les doigts est caractéristique de cette affection si l'on découvre en même temps une démangeaison au creux axillaire, au mamelon (chez la femme) et une ou deux grosses papules sur la verge, on peut affirmer que c'est de la gale, même sans avoir retracé le sillon caractéristique (ressemblant à un tout petit fil noir, très court, enchassé dans l'épiderme) dont le lieu d'élection est surtout entre les doigts et à la partie interne des poignets.

*Traitement* : Bain chaud, friction vigoureuse et onguent de soufre ou baume du Pérou. Onguent styrax chez les enfants.

*Perlèche* : C'est une affection spéciale et microbienne de la commissure des lèvres, commune dans certaines con-

trées, de la France et qui n'est pas étrangère au Canada où nous l'avons rencontrée et que des médecins avaient faussement appelée une manifestation syphilitique. Cette lésion est toujours bilatérale, c'est-à-dire que les deux commissures des lèvres sont toujours prises. Elle se présente sous un aspect blanchâtre dont l'épithélium est comme macéré et le fond rouge et enflammé. Il y a quelquefois de petites fissures douloureuses surtout quand le malade ouvre largement la bouche. Elle est éminemment contagieuse et proviendrait des eaux stagnantes, des fontaines et des puits.

*Traitement* : Toucher les commissures labiales avec sulfate de cuivre ou alun. Lotions et pommades parasitocides.

*Phthiriose* : C'est un ensemble de lésions cutanées produites par les poux de tête, du corps et du pubis. Par leurs piqûres, ils irritent la peau et causent une démangeaison souvent intolérable. Les personnes qui portent leurs cheveux longs sans les tenir dans une grande propreté, qui n'observent pas une hygiène préservatrice de leur corps, qui portent des vêtements de dessous malpropres, sont plus exposés à contracter cette affection.

*Siège* : A l'examen, outre les poux que l'on retrouve souvent, l'on observe en arrière du cou sur la nuque et entre les deux épaules ainsi que sur les parties supérieures des fesses, au-dessus du pli inter-fessier, des lésions du grattage caractéristiques de cette affection.

*Traitement* : Bain. Lotion au sublimé. Couper les cheveux courts. Passer les vêtements à l'étauve.

*Pelade* : Les auteurs ne sont pas encore fixés sur l'origine réelle de cette affection, mais étant contagieuse quelquefois on lui reconnaît dans ces cas une cause parasitaire. On admet aussi une pelade causée par des troubles nerveux et qu'on a appelée trophonévrose, et une autre dont on ignore absolument la cause.

Le diagnostic de la pelade est assez facile à faire. Elle

est caractérisée par une ou plusieurs plaques de la dimension d'une pastille de chlorate de potasse à une pièce de 50 sous, envahissant quelquefois de vastes surfaces. Ces plaques sont arrondies, dénudées, blanches, lisses, et précédées de démangeaison avant la chute des cheveux qui sont cassant, secs et sans vigueur.

*Siège* : Au cuir chevelu, à la barbe, aux sourcils, aux aisselles, au pubis.

*Ecthyma* : Il est inoculable et auto-inoculable et caractérisé par une pustule arrondie reposant sur une base enflammée au centre de laquelle se forme une croûte brunâtre.

*Siège* : Les membres en sont surtout atteints. Aux fesses, aux cuisses, au dos et à l'abdomen.

On y a découvert la présence du staphylococcus pyogènes aureus et le pyocyanique, mais les parasites et surtout les acares et les poux en déterminent l'apparition.

*Impétigo* : Cette affection est caractérisée par la formation de vésico-pustules de volumes variables, dont le contenu se concrète en croûtes jaunâtres caractéristiques, ressemblant à du miel gelé. Il est auto-inoculable et inoculable aux personnes indemnes, aussi en a-t-on cherché le microbe.

Chs. Leroux, en 1895, je crois, communiquant le résultat de ses travaux à l'Académie de Médecine, dit avoir obtenu sur 120 inoculations, 79 cas de contagion et avoir trouvé des staphylocoques aureus, albus et un streptocoque. Il conclut que l'impétigo est dû à un microbe qu'il appelle : streptocoque de l'impétigo.

*Siège* : Cette affection peut se développer en un point quelconque du corps, mais la face est son siège de prédilection.

*Eczema* : Quoique nous reconnaissons que cette dermatose est due souvent à des troubles du tube digestif, tenant aussi et le plus souvent à l'arthritisme, nous ne

pouvons pas cependant ne pas faire mention de l'opinion de certains dermatologistes, Unna en particulier, allant à soutenir qu'il est une affection parasitaire. Locale d'abord, elle deviendrait générale par l'absorption dans l'organisme des produits toxiques des microbes. On n'a jamais pu découvrir le parasite qui serait en cause et la grande majorité des auteurs croient encore que l'eczéma est une manifestation d'un état diathésique général.

*Siège* : Peut apparaître à tous les endroits du corps ou se localiser en placards ; envahir de vastes étendues et couvrir tout le corps à la fois.

*Traitement* : Contre ces trois dernières affections, on emploiera des émoullients antiseptiques, pour déterger les parties malades, qu'on fera suivre de pommades à la résorcine, au soufre, à l'acide borique. Contre l'ecthyma l'huile phéniquée agit bien.

Le traitement contre la pelade est très long et demande beaucoup de patience de la part du malade et du médecin. On provoquera l'irritation des parties affectées avec des pommades à base d'acide salicylique, d'acide phénique, d'huile de cade et on traitera ensuite par les émoullients. On emploiera des lotions stimulantes à l'ammoniaque, térébenthine et alcool camphrée. Teinture cantharide, pilocarpine et on alternera toutes ces préparations avec les savonnages au savon noir, savon vert et les applications d'oléate de mercure.

5, rue Platt, Montréal.

---

## REPRODUCTION

## LES ACNÉS (Suite) (\*)

PAR

M. E. GAUCHER

## II.—ACNÉ PILAIRE

Après avoir étudié l'acné vulgaire, je vous parlerai tout d'abord, messieurs, de deux autres variétés d'acné, l'acné pilaire cicatricielle et l'acné chéloïdienne de la nuque, ainsi nommée celle-ci, en raison de son siège tout spécial.

Je commencerai par l'acné pilaire cicatricielle, qui est pustuleuse et inflammatoire comme l'acné vulgaire.

Elle est connue, décrite depuis longtemps, mais, comme il arrive souvent en dermatologie, on l'a décrite de nouveau dans ces derniers temps sous d'autres noms, et tous ces synonymes d'acné ulcéreuse, d'acné nécrotique, d'acné atrophique, d'acné frontalis, — car elle occupe souvent le front, — d'acné arthritique désignent une seule et même maladie, l'acné pilaire, acné pilaris des anciens.

Le terme d'acné arthritique est important à retenir, car cette acné est une manifestation, à l'âge adulte, de la diathèse arthritique, contrairement à l'acné vulgaire, qui est celle des jeunes gens, l'acné juvenilis.

Les symptômes de l'acné pilaire cicatricielle sont les suivants : Elle débute comme l'acné vulgaire, par des papules qui deviennent des pustules, mais ces lésions ont un caractère essentiel, c'est qu'elles sont centrées par un poil ; au centre du bouton, il y a un poil. Le grosseur du bouton est celle d'un grain de millet ou plus considérable, celle d'un grain de chènevis que jamais elle ne dépasse. C'est au front, à la bordure des cheveux, surtout à la région temporale que se développent les papules et les pustules, ou encore dans d'autres parties de la face, autour du nez, sur les joues, autour des sillons naso-géniens.

---

(\*) *Journal de Médecine Interne*, 15 juin 1899.

Sur tous ces territoires, on voit donc évoluer la lésion acnéique. La papule rouge devient pâle, elle suppure et alors s'ombilique parce que son centre est retenu par le poil, tandis que la périphérie est soulevée tout autour par un pus abondant. Cependant, la pustule se dessèche et est remplacée par une croûte jaunâtre, quelquefois brunâtre par suite du sang épanché. La croûte elle-même tombe ou bien est arrachée ; tombée ou arrachée, elle laisse une cicatrice profonde, rouge, de plus en plus pâle, enfin blanchâtre, mais qui est indélébile et persiste indéfiniment comme trace de la pustule et de la destruction profonde du tissu glandulaire. Pourquoi cette destruction ? Je ne crois pas à l'influence du poil, et j'accorde plus de crédit à l'hypothèse d'une infection inconnue, dont le travail amène la disparition de la glande et la cicatrice qui caractérisent cette variété d'acné, la distinguent de l'acné vulgaire et lui méritent si bien son nom d'acné cicatricielle.

Je vous ai dit que le siège du mal est la face, et l'on peut l'y voir sous une forme confluente. Par contre, d'ordinaire, il ne se généralise pas ; rarement, il atteint la barbe ou le cuir chevelu ; on peut le rencontrer sur le devant de la poitrine et dans le dos, mais cela est exceptionnel. L'affection du cuir chevelu et de la barbe décrite par Lailler sous le nom d'acné décalvante, est une variété d'acné pileaire cicatricielle.

Dans ces cas de forme généralisée, ou, pour mieux dire, de lésions étendues, on voit sur de larges surfaces cutanées des cicatrices semblables à celles de la variole et indélébiles.

Messieurs, si vous conservez dans l'œil l'image des pièces moulées que je vous ai présentés, ce sera encore pour vous le meilleur moyen de reconnaître l'affection. Mais les confusions sont fréquentes. Elles sont fréquentes avec les syphilides. Sur dix malades atteints d'acné pileaire qui me sont envoyés, neuf arrivent avec le diagnostic de syphilis porté même par des gens compétents. L'erreur commune est de prendre les lésions acnéiques pour des syphilides pustulo-crustacées acnéiformes qui leur ressemblent d'ailleurs beaucoup. Mais, quand il s'agit de syphilis, les lésions sont plus étendues, plus nombreuses, plus profondes ; les cicatrices sont plus prononcées ; la dissémination est plus grande ; enfin, sur le corps existe d'autres stigmates de la syphilis et vous pouvez encore en trouver la preuve dans l'histoire de la maladie. Malheureusement, tous ces signes différentiels que je vous énumère sont trompeurs. Parler de la profondeur de cicatrices, c'est bien en théorie, mais il est des syphilides

qui ne donnent pas de cicatrices profondes. D'autre part, un syphilitique peut avoir de l'acné. C'est donc par la présence de syphilides dans divers régions du corps, par le siège des lésions, par le souvenir des malades déjà vus que vous serez conduits au diagnostic exact.

Le traitement s'adresse à une affection rebelle, difficile à guérir, qui récidive aisément comme toutes les affections diathésiques. Les lotions chaudes, les pulvérisations chaudes, très chaudes, fréquentes, les douches de vapeur sont d'excellents moyens. Vous les accompagnerez de l'usage d'une pommade irritante et substitutive, comme celles dont vous servez dans l'acné vulgaire, d'une quelconque d'entre elles ; je devrais dire d'une seule d'entre elles, bien préférable aux autres, d'une pommade soufrée. En effet, contre l'acné pilaire, encore plus que contre l'acné ordinaire, le soufre est vraiment supérieur, soit en pommades, soit en lotions, pommades et lotions au magister de soufre, au soufre précipité, moins irritant que le soufre sublimé.

### III.—ACNÉ CHÉLOÏDIENNE DE LA NUQUE

Une autre forme d'acné pilaire bien distincte de la précédente par son évolution et par son siège spécial, c'est l'acné chéloïdienne de la nuque ; il est indispensable d'ajouter ce mot " nuque " parce que cette acné ne siège que sur la nuque, le long de la bordure des cheveux.

L'acné chéloïdienne de la nuque ou chéloïdique, comme disait Bazin, qui l'a décrite, est une acné pilaire cicatricielle dont les éléments populo-pustuleux s'accompagnent d'une hyperplasie conjonctive considérable qui subit la transformation fibreuse et dont la cause est sans doute aussi une infection. Son évolution est la suivante : Au début, existent des papules qui, rapidement, deviennent des pustules. Ces papulo-pustules, une fois vidées, ne se résolvent pas. Elles laissent une induration profonde. Or, elles sont agglomérées ; l'induration s'étend, et de la réunion des masses indurées et de l'induration des espaces intermédiaires, résulte une masse dure, noueuse, irrégulière, plus ou moins volumineuse, placée transversalement sur la nuque. La surface en est rouge foncé, plus rosée, parsemée quelquefois de télangiectasies et de réseaux vasculaires comme une chéloïde véritable, et enfin blanche et ressemblant encre à une chéloïde. Elle en diffère parce qu'elle est traversée par des poils, par des

pinceaux de poils sortant de la masse fibreuse, poils gros, rigides, peu nombreux, réunis en groupes isolés les uns des autres.

Autour de la masse chéloïdienne, se trouvent d'ordinaire de petites pustules d'acné pileaire et, en outre, sur la face, sur le dos des malades et il ne manque pas non plus de pustules d'acné vulgaire.

Si on connaît l'existence de cette variété d'acné, on la diagnostique aisément par les houppes isolées de poils gros, durs, qui traversent la tumeur.

Les furoncles de la nuque laissent après eux une induration et cette induration peut devenir chéloïdienne. Mais, même dans ce cas, on ne pourra croire à une acné chéloïdienne, parce que jamais l'induration furonculaire ne réalisera la large plaque fibreuse hypertrophique de l'acné.

Le diagnostic avec une chéloïde est inutile car cette acné n'est précisément constituée que par des chéloïdes secondaires à des cicatrices acnéiques.

Affection plus rebelle encore que l'acné pileaire, plus indifférente aux remèdes les plus variés, l'acné chéloïdienne est néanmoins guérissable et il faut la traiter. Le meilleur moyen, c'est de recourir aux scarifications linéaires quadrillées, profondes, d'autant plus profondes que la masse fibreuse est plus considérable. Il faut répéter ces scarifications toutes les semaines et avoir la patience de les continuer même pendant plusieurs années. Ce traitement est préférable à l'ablation parce que la tumeur enlevée récidive, plus volumineuse que la première. Les scarifications sont supérieures au traitement par le feu, à l'électrolyse et j'ai vu plusieurs cas infructueusement combattus par ces moyens et qui avaient récidivé, céder aux scarifications linéaires quadrillées pratiquées pendant longtemps et guérir définitivement.

Dès qu'on s'aperçoit que des pustules d'acné pileaire ont de la tendance à devenir chéloïdiennes, il ne faut pas manquer de les percer à l'aide de l'aiguille en fer de lance dont je vous ai parlé, ou à l'aide d'une anse de galvano-cautère, — puis de les cautériser avec de la teinture d'iode. — Dans l'intervalle des opérations, on applique sur la nuque des compresses humides, ou, plus simplement, on recouvre chaque pustule d'un morceau de sparadrap de Vigo cum mercurio.

#### IV.—ACNÉ CORNÉE

L'acné pileaire cicatricielle et l'acné chéloïdienne de la nuque

sont des acnés inflammatoires. J'arrive maintenant à l'étude d'autres acnés, l'acné cornée et l'acné varioliforme qui sont des acnés par rétention.

Elles résultent de l'accumulation et de la rétention du sébum dans les glandes et dans leurs conduits excréteurs et de la transformation cornée des cellules des cul-de-sac glandulaires.

L'acné cornée est une affection rare et je ne pourrais vous en présenter de moulage. Elle a été décrite par Hardy. La lésion se présente sous l'aspect de petits cônes ; chacune des bases des cônes fait une légère saillie à la surface de la peau tandis que les sommets s'enfoncent dans les conduits sébacés. Les cellules des glandes sébacées, au lieu de subir la transformation graisseuse, deviennent des cellules cornées et c'est ce produit glandulaire qui forme les cônes, les petites cornes, caractéristiques de la maladie. J'insiste sur la transformation cornée, sur la kératinisation des cellules glandulaires parce que nous la retrouverons exactement pareille dans l'acné varioliforme. Cette transformation atteint plusieurs glandes voisines et les petites cornes, confluentes, juxtaposées forment des plaques rugueuses, râpeuses, de dimensions variables, assez circonscrites, qu'on voit principalement sur le cou, ensuite sur la face, à la ceinture, sur les membres, autour des genoux et des coudes.

Telle est la forme anciennement connue, en plaques circonscrites de l'acné corné.

Dans une deuxième forme d'acné cornée, les lésions glandulaires sont plus espacées, plus isolées, plus distinctes ; elles sont plus diffuses, répandues sur une plus grande surface cutanée. Les petites cornes sont plus saillantes, plus grosses. Cette forme constitue l'acné kératique de M. Tennesson. Les lésions sont les mêmes que celles de l'acné cornée circonscrite, elles consistent essentiellement dans l'évolution cornée des cellules glandulaires. Les détails sont différents, mais au fond, cette acné n'est pas une maladie nouvelle, c'est une acné cornée à éléments disséminés.

Ces deux formes d'acné cornée admettent le même mode de traitement qui, d'ailleurs diffère peu de celui de la céborrhée concrète. Le savon ordinaire ou le savon noir en solution alcoolique enlève les produits cornés et cébacés, nettoie et modifie la surface de la peau. Puis intervient l'usage des pommades irritantes et substitutives à l'acide salicylique à 3 pour 100 ou encore le glycérolé tartrique de Vidal qui est si précieux dans toutes les hypertrophies épidermiques :

Acide tartrique.....	5 gr.
Glycérolé d'amidon.....	100 "

## V.—ACNÉ CORNÉE VÉGÉTANTE

En dehors des deux formes d'acné cornée dont je viens de vous parler, s'en place une troisième, d'aspect différent et que, si l'on a égard aux phénomènes qui se produisent à la dernière période de l'évolution, on peut nommer acné cornée végétante. Elle est sans doute la même affection que M. Lutz, ancien pharmacien à l'hôpital Saint-Louis et agrégé de la Faculté, a décrite dans sa thèse de doctorat sous le nom de hypertrophie générale du système sébacé. C'est la maladie que M. Darier a étudiée sous celui de psorosperme folliculaire végétante ; les psorospermes étant des maladies parasitaires de la peau, causées par des psorospermies ou coccidies. Tout en craignant que, dans l'espèce, la présence de coccidies ne fût pas réelle, mais seulement simulée par un aspect de protoplasma modifié dans les cellules, j'avais proposé, pour rendre hommage à M. Darier, la dénomination d'acné cornée psorospermique. Mais, aujourd'hui, cet auteur a dit lui-même que les parasites qu'il avait cru voir n'avaient pas d'existence et c'est pourquoi j'adopte cette appellation d'acné cornée végétante, qui indique la nature de l'affection et tient compte de son symptôme capital.

Au début, en effet, elle ressemble à une acné corné, mais, plus tard, elle prend une marche si spéciale qu'on pourrait la regarder comme une maladie à part, tout en maintenant ses affinités.

Les lésions initiales consistent en papules dures, blanches, puis roses ou rouges qui se recouvrent rapidement de croûtelles arrondies ou acuminées grisâtres, jaunâtres ou brunâtres quand il y a excoriation. L'aspect des lésions rappelle celui de la céborrhée concrète et, d'ailleurs, les papules siègent aux orifices pilo-sébacés. Maintenant, voici des caractères essentiels. Si on arrache la surface, on voit que la croûte ne s'étend pas en surface, mais qu'elle a la forme d'un cône, d'une corne conique. La pointe du cône est molle, plus mollé que la base. La base est dure et sèche. Elle répond à la surface cutanée tandis que le sommet s'enfonce dans le conduit glandulaire comme dans le tuyau d'un entonnoir. La comparaison est d'autant plus juste que l'orifice de la glande est cratériforme, qu'il apparaît largement béant entre des bords saillants, surélevés.

Jusqu'à présent, à entendre cette description, vous pourriez croire que je parle d'une acné cornée, et c'est, d'ailleurs, pourquoi j'appelle la maladie une acné cornée. Mais les différences

qui en font autre chose qu'une acné cornée ordinaire vont apparaître. Ces papules cornées, au lieu de rester isolées, vont former des plaques plus ou moins étendues, râpeuses, croûteuses, dures ou molles, quelques-unes graisseuses, disséminées sur tout le corps, occupant les plis articulaires, les organes génitaux, les parties latérales du tronc, le devant de la poitrine, la face et le cuir chevelu.

Regardez une de ces plaques. Elle va devenir de plus en plus épaisse puis tombera parties par parties. Qu'elle tombe ou qu'elle soit arrachée, elle laisse à nu une surface parsemée d'orifices cratériformes, à bords saillants, d'où par pression, l'on fait sourdre ensemble du pus et de la matière sébacée. L'issue de ce produit morbide vous prouve bien alors que, malgré son apparence, le mal réside certainement dans les glandes sébacées.

Cependant, l'évolution n'est pas encore terminée et, à mesure qu'elle s'avance, elle nous éloigne de l'acné cornée simple. Elle nous amène à la période finale, à celle où l'acné cornée devient végétante. Ces plaques, trouées comme des écumoières, que met à jour la chute des croûtes, bourgeonnent, végètent, se couvrent d'excroissances rougeâtres, serrées les unes contre les autres et qui répandent une odeur d'une fétidité extraordinaire. Quand elle est arrivée à ce point, l'affection, on peut le dire, est une maladie à part.

C'est une maladie à part, et, cependant, anatoniquement, elle n'est qu'une acné cornée, et l'étiologie justifie la classification qui lui assigne une place dans les acnés de cette espèce. Effectivement, si, laissant de côté les végétations, on prend un quelconque des cônes folliculaires, non pas à la fin de l'évolution, mais au début, et qu'on le dissocie dans la potasse et qu'on le colore, on voit qu'il a subi la transformation cornée. Un corps hyalin, réfringent, arrondi, remplit chaque cellule ; il représente le protoplasma cellulaire modifié, kératinisé qui refoule le noyau cellulaire. C'est ce corps que M. Darier avait cru être une prorosperme, un parasite.

Mais, de parasite, il n'y en a pas. D'ailleurs, la maladie n'est pas contagieuse et inoculable, on ne connaît aucun cas clinique ou expérimental de contagion d'une acné cornée végétante.

Par cette succession d'accidents de plus en plus graves, la maladie est sérieuse, quoiqu'elle n'altère pas l'état général. Son pronostic est même mauvais parce que les traitements employés contre elle ont peu de prise et qu'elle est incurable.

Quand elle débute, avec une production de petites cornes,

elle ressemble à une acné cornée simple et on la traite comme telle. Les lavages au savon ordinaire, au savon noir en solution alcoolique sont utiles pour enlever le revêtement sébacé, pour nettoyer la peau de ses concrétions sébacées. Dès que la confluence des croûtes sébacées se manifeste, il faut modifier la peau par des pommades antiseptiques et irritantes et celles qui m'ont paru les meilleures sont celles à la résorcine et à l'acide salicylique. L'asepsie pourra être obtenue au moyen de lotions avec la liqueur de Van Swieten qui sont particulièrement utiles sur des peaux grasses suintantes. Quand on est en présence de croûtes épaisses, de plaques croûteuses, on doit les faire tomber à l'aide de compresses humides, boriquées, suivant la règle applicable dans toute affection croûteuse de la peau. Mais, quoi que vous fassiez, vous diminuerez l'intensité de la maladie, vous ne la guérirez pas. Heureusement qu'elle n'est pas commune ; j'en ai vu deux victimes qui voyagent dans Paris d'un hôpital à l'autre sans trouver la guérison que nous sommes impuissants à leur donner.

Le diagnostic de cette affection, quand elle est parvenue à sa dernière période, ne donne lieu à aucune confusion, car dans toute la dermatologie, rien ne lui ressemble. En revanche, celui qui ne l'a pas déjà vu, qui ne la connaît pas, reste muet devant elle.

Au début, quand existent seulement les petites cornes qui s'enfoncent dans les orifices de follicules, on peut croire à tort qu'il s'agit d'une séborrhée concrète. L'erreur est peu préjudiciable au malade ; mais, comme vous devez chercher à être toujours dans la vérité, vous remarquerez que précisément cette pénétration des croûtes dans les conduits glandulaires fait défaut dans la séborrhée concrète ; de plus, les croûtes de cette dernière sont molles, ne sont pas cornées.

Le pityriasis pilaris de Devergue offre des cônes péripilaires, des éminences épidermiques au pourtour des poils. Chaque cône est centré par des poils. Ce caractère est un élément précieux de diagnostic, car le poil central manque dans l'acné cornée végétante. De plus, vous serez mis sur la bonne voie par la desquamation de la paume des mains et de la plante des pieds, constante dans ce pityriasis et que Devergie appelait psoriasis palmaire et plantaire. Les autres manifestations du pityriasis pilaris, son évolution vous éclaireront aussi.

Une dernière cause d'erreur possible dans le diagnostic de l'acné cornée, c'est l'acné valioforme dont la lésion histologique est analogue à la sienne, mais dont l'aspect macroscopique diffère.

Les éléments ombiliqués de l'acné varioliforme sont plus isolés que ceux de l'acné cornée et sont répandus sur une région cutanée moins étendue.

#### VI.—ACNÉ VARIOLIFORME

Précisément, nous allons étudier à présent cette acné varioliforme, acné par rétention, affection des glandes sébacées, constituée histologiquement comme l'acné cornée, mais extérieurement d'apparence différente.

Je tiens à cette dénomination d'acné varioliforme qui indique la nature acnéique de l'affection et l'aspect varioforme de chacun de ses éléments. Je la préfère à celle de *molluscum contagiosum* de Bateman. Tout d'abord, ce mot de "molluscum" prête à confusion puisqu'il sert aussi à désigner une tumeur provenant du tissu conjonctif hyperplasié et devenu fibreux, tumeur sessile ou pendulum, appelé également "fibrome-molluscum." Le nom de *molluscum contagiosum* donné à l'acné varioliforme plaît aux auteurs qui ne veulent point qu'elle soit une acné. L'anatomie pathologique prouve cependant qu'elle en est une, et j'espère tout à l'heure vous en convaincre.

Mais voici, pour commencer, quels sont ses symptômes.

Elle est constituée par de petits tubercules pleins, durs, résistants, déprimés à leur centre en cupule, ombiliqués, et dont l'ombilic, souillé par les poussières de l'air est souvent noir. Ces tubercules ressemblent à des pustules de variole opalescentes non suppurées, mais leur dureté les en distingue, puisque la pustule de variole est dépressible.

Ils siègent dans les régions du corps où le tissu cellulaire est lâche ; on les voit sur les paupières, sur les organes génitaux, sur le dos, sur la poitrine, rarement sur les membres. D'ordinaire, ils sont peu nombreux et ils sont isolés : on en verra, par exemple, une demi-douzaine sur la face. Quelquefois, ils sont plus disséminés ; cette dissémination s'explique aisément puisqu'ils sont contagieux, inoculables et auto-inoculables.

L'acné varioliforme est contagieux, inoculable. Aussi, quand on l'abandonne à elle-même, il n'est pas surprenant que le nombre des tubérosités augmente de plus en plus chez le sujet. Le parasite de la contagion est d'ailleurs inconnu.

Maintenant regardez un bouton en particulier. Il a le volume d'un grain de millet, celui d'un pois, ou même il est encore plus gros. Il a une base large, il est sessile, rarement pédiculisé. Il est hémisphérique ; il repose sur la peau par le cercle

qui limite la demi-sphère. Il est blanc, translucide surtout à la partie supérieure qui a un aspect hyalin particulier ; rarement sa couleur est rosée. Sa forme, son apparence, sont donc remarquables et le distinguent de tout autre tumeur. Son sommet, je vous l'ai dit, est déprimé en cupule, il simule un orifice folliculaire ; même il arrive que l'orifice est réel et que parfois on a vu en sortir, lorsqu'on pressait la petite tumeur, un peu de matière sébacée épaisse, concrète, modifiée.

Cette issue du contenu est difficile à réaliser par simple expression ; pour obtenir ce contenu, il faut l'énucléer après avoir incisé le tubercule. En regardant à la loupe le produit énucléé, on voit une tumeur blanchâtre, lobulée, ayant l'aspect d'une glande hypertrophiée.

Quand un bouton n'a pas été vidé, il continue à s'accroître lentement, mais il n'acquiert jamais un volume considérable. Après avoir progressé pendant un temps très long, il disparaît par suppuration de la glande sébacée qui se détruit. Il laisse alors une petite cicatrice définitive, indélébile. Ou bien il guérit par un artifice naturel, semblable à celui que les médecins emploient pour le faire disparaître. Ses parois se rompent et, grâce à cette sorte de déhiscence, son contenu s'élimine.

Quelle est maintenant la nature de ce contenu ; discutons-la.

Vous avez excisé un tubercule d'acné varioliforme, dans sa totalité, avec des ciseaux courbes, et votre biopsie est d'autant plus permise, qu'elle est le seul moyen de guérir le malade. Vous préparez une coupe histologique passant par le hile de la tumeur et, alors, vous voyez tous les détails qu'a décrits M. le professeur Renaut, de Lyon, dans un mémoire publié en 1880 dans le *Lyon Médical*, mémoire peu connu, oublié, mais qui est un chef-d'œuvre d'histologie.

La tumeur est essentiellement et uniquement constituée par une glande sébacée, hypertrophiée et kératinisée. Tous les lobules, avec leur base dans la profondeur, ont leur pointe dirigée en haut, vers le hile ; chacun d'eux figure un bourgeon en forme de larme ; leur ensemble a l'aspect d'un éventail renversé, comme le dit le professeur Renaut.

Un grossissement suffisant mais moyen permet de voir que des cloisons conjonctives séparent chaque lobule de ses voisins et que ces cloisons représentent les papilles au derme modifiés.

On reconnaît aussi que la tumeur semble résulter d'une invagination de l'épiderme, car chacune des couches cellulaires stratifiées de l'épiderme se continue avec une couche correspondante des cellules glandulaires.

Avec un grossissement encore plus fort, regardez chaque utricule, chaque branche de l'éventail. Vous apercevez une couche profonde de cellules cylindriques. Ce sont celles de la couche épidermique correspondante, un peu plus grosses qu'à l'état normal. Au-dessus d'elle sont les couches stratifiées du corps muqueux de Malpighi dont les cellules ont une tendance à être globuleuses et à posséder des granulations hyalines à leur centre. Puis, ces couches sont recouvertes par une, deux ou plusieurs rangées de cellules où l'on reconnaît la présence de grains d'éléidine qui deviennent de plus en plus nombreux. Ces granulations hyalines se condensent, forment un bloc unique translucide qui refoule le noyau cellulaire à la périphérie. On voit donc se continuer dans la glande le stratum granulosum et le stratum lucidum de l'épiderme.

Enfin, dans la zone supérieure, celle qui occupe le centre de l'utricule, on n'aperçoit plus que des globes cornés, se colorant en jaune par l'acide picrique et en continuité avec la couche cornée de la peau.

Les globes transparents qui remplissent les cellules sont nommés " les corpuscules du molluscum " par les auteurs qui ne reconnaissent pas la nature cornée. Ils y voient une lésion de dégénérescence, provoquée par des parasites, des coccidies. Mais, il est certain que la cellule ne dégénère pas, car, sauf dans la couche superficielle, le noyau subsiste dans les cellules, quoiqu'il soit refoulé à la périphérie, et la cellule, tout en étant modifiée est bien vivante. La lésion de l'aéné varioliforme n'est donc pas une lésion de dégénérescence, c'est une lésion d'évolution. La cellule, au lieu d'évoluer vers le type sébacé, évolue vers le type corné.

Ce sont les conclusions de M. le professeur Renaut ; ce sont également celles auxquelles je me suis rallié dans un travail que j'ai fait en collaboration avec M. Sergent et publié dans les Archives de Médecine expérimentale, l'an passé.

Je n'ai plus, messieurs, pour terminer cette étude de l'aéné varioliforme que quelques mots à vous dire sur le diagnostic différentiel et sur le traitement.

La pustule de la variole est dépressible, la tubérosité de l'aéné varioliforme est dure. La confusion entre elles n'est pas possible.

Si l'anatomie de l'aéné miliaire et celle de l'aéné varioliforme sont les mêmes, les deux affections ont une histoire clinique tout-à-fait différente.

Lorsque les kystes sébacés sont petits et offrent un point noir central, indice de l'orifice glandulaire, ils ont une vague ressemblance avec le tubercule d'acné ; mais ils ne sont pas ombiliqués.

Et c'est là tout ce qui concerne le diagnostic différentiel.

Quant au traitement, je serai aussi bref, il n'y a qu'une seule méthode efficace, elle est unique, parce qu'elle est bonne. Elle consiste dans l'excision de la tumeur avec des ciseaux courbes suivie d'une cautérisation de la plaie au crayon de nitrate d'argent ou à la teinture d'iode. Si le bouton est gros, on emploie une petite curette et on assure encore la guérison, on évite la repululation à l'aide de la cautérisation.

---

## De l'action thérapeutique des courants de haute fréquence dans l'arthritisme

PAR

LE DOCTEUR G. APOSTOLI

---

Le Dr Apostoli vient compléter, avec la collaboration de son assistant A. Laquerrière, les conclusions des deux notes qu'il a déjà publiées (en 1895 et 1897) sur l'action thérapeutique des courants de haute fréquence qui corrobore les découvertes physiologiques du professeur d'Arsonval.

Il apporte la justification de trois épreuves différentes et parallèles qui se fortifient mutuellement :

### A).—ÉPREUVE CLINIQUE

Elle repose sur l'examen de 913 malades qui ont subi au total (tant à sa clinique que dans son cabinet) 24,371 applications, tant générales que locales, des courants de haute fréquence depuis janvier 1894 jusqu'en 1899.

Cette épreuve clinique s'accuse d'une façon à peu près constante par les résultats symptomatiques suivants :

- Restauration progressive de l'état général ;
- Relèvement des forces et de l'énergie ;
- Réveil de l'appétit ;
- Meilleur sommeil ;
- Meilleure digestion ;

—Réapparition de la gaieté, de la résistance au travail et de la facilité pour la marche.

### B).—ÉPREUVE CHIMIQUE

L'examen des urines fait par M. Berlioz sur 469 malades, et répété 1,038 fois depuis 1894, démontre que, sous l'unique influence des courants de haute fréquence, on observe les modifications principales suivantes dans l'émission des excréta urinaires :

—Amélioration de la diurèse et élimination plus facile des excréta :

—Suractivité plus grande des combustions organiques ;

—Tendance du rapport de l'acide urique à l'urée à se rapprocher de la moyenne normale, c'est-à-dire de  $\frac{1}{10}$ .

### C).—ÉPREUVE HÉMATO-SPECTROSCOPIQUE D'APRÈS LA MÉTHODE DU DR HÉNOCQUE

Faite par le Dr Tripet, depuis un an, sur 112 malades de la clinique du Dr Apostoli, elle a été répétée 200 fois.

Cette épreuve corrobore les réponses cliniques et chimiques précédentes et démontre l'action puissante de ces courants sur l'activité de la nutrition qu'ils stimulent et régularisent à la fois.

Cet examen repose sur le double témoignage du dosage comparatif, avant, pendant et après le traitement électrique, de la proportion centésimale de l'oxy-hémoglobine et de son activité de réduction.

Si l'on utilise les courants de haute fréquence dans la thérapeutique des diverses manifestations pathologiques de l'arthritisme, voici les résultats généraux et sommaires que nous pouvons enregistrer aujourd'hui sous la seule influence des applications générales et locales, associées ou administrées isolément :

1. Généralement nuisibles et contre-indiqués dans le *rhumatisme aigu*, ils peuvent quelquefois être favorables dans l'état *subaigu*, et sont très efficaces dans la plupart des formes *chroniques* du rhumatisme.

2. Ils peuvent très notablement améliorer l'état des *goutteux*, mais ils sont capables de provoquer, dans certains cas, au début de leur application, l'explosion d'un accès aigu.

3. Ils paraissent donner de bons résultats contre la *migraine* en prévenant quelquefois son retour périodique.

4. Ils sont une arme puissante contre certaines *névralgies ar-*

*thritiques* (sciatique) par l'action éloignée, préventive et curative à la fois, des applications générales.

5. Leur action préventive peut s'exercer favorablement sur les diverses *lithiases* dont ils arrêtent ou retardent parfois l'évolution.

6. Les *varices* peuvent bénéficier des modifications dynamiques qu'ils impriment à la circulation périphérique.

7. Les *hémorroïdes* sont également justiciables soit de l'action secondaire des applications générales, soit de l'action directe, intra-rectale, des applications locales.

8. La *constipation* et la *dyspepsie* liées à l'atonie gastrique ou intestinale sont souvent utilement amendées par cette même médication.

9. L'*eczéma* est largement et immédiatement tributaire de l'effluviation par les hautes fréquences, comme il l'est, d'autre part de l'effluviation statique et retire également des applications générales les meilleurs bénéfices préventifs.

10. Les *troubles respiratoires dyspnéiques* comme on les observe chez les *asthmatiques*, peuvent être utilement modifiés.

11. Les *congestions vasculaires* diverses qui sont sous la dépendance de l'arthritisme peuvent bénéficier de ce même traitement.

12. La *neurasthénie arthritique* est souvent curable par les hautes fréquences, tandis que la neurasthénie hystérique relève avant tout de la *statique*.

13. Ce même traitement peut être utile dans certains troubles liés à l'*artério-sclérose*.

14. Sans action directe constante pour provoquer l'amaigrissement, le courant de haute fréquence, en régularisant le taux de la nutrition générale, peut enrayer ou combattre avantageusement l'*obésité des arthritiques*.

En résumé, le Dr Apostoli pense que, si le courant statique reste par excellence le mode électrique le plus actif contre les états hystériques, le courant de haute fréquence, sans être une panacée applicable à tous les cas indistinctement, est très efficace contre les principales manifestations pathologiques de l'*arthritisme*.

C'est avant tout un médicament de la cellule et un modificateur puissant de la nutrition générale qu'il peut activer et régulariser en même temps.

---

## Traitement des infections broncho-pulmonaires aigues par le carbonate de créosote

PAR

M. CASSOUTE

Médecin des-hôpitaux de Paris

---

De nombreux essais ont été tentés pour faire bénéficier presque tous les organes internes de la méthode antiseptique. En ce qui concerne le poumon, il est curieux de constater que les efforts se sont portés exclusivement contre la bacille de Koch ; hypnotisés par ce redoutable adversaire, nous avons complètement négligé jusqu'à ce jour les infections accidentelles qui peuvent envahir le poumon d'une façon primitive ou secondaire. Il y a là, en vérité, une lacune considérable à combler. Ouvrez n'importe quel traité de thérapeutique, même parmi les plus modernes, vous y trouverez un chapitre des pneumonies et broncho-pneumonies de longues formules réservées aux expectorants, aux vomitifs ou aux balsamiques ; les arguments pour ou contre le vésicatoire sont discutés avec le plus grand soin, la méthode antithermique est exposée dans tous ses détails, de même que la médication tonique générale et cardiaque. En un mot, alors que partout et toujours on essaye de traiter la cause plutôt que les symptômes, aucun effort semblable n'est indiqué lorsqu'il s'agit de combattre les agents microbiens des infections broncho-pulmonaires aiguës. Nous ne pouvons, en effet, considérer comme des médicaments doués d'une action réellement antiseptique quelques balsamiques ou des produits tels que la benzoate ou l'hyposulfite de soude, préconisés dans certains cas. Si de rares et timides essais ont été faits, on n'a jamais érigé en méthode le traitement antiseptique. Disons de même en toute franchise, il n'est peut-être pas de maladies, malgré la mortalité qu'elles entraînent, où l'on soit resté plus routiniers, et, à l'exception de procédés hydrothérapeutiques, les faibles résultats de la méthode classique n'ont pas peu contribué à créer ce scepticisme auquel certains confrères se laissent si volontiers aller.

Nous n'ignorons pas cependant les tendances actuelles de la thérapeutique. La sérothérapie est très probablement la méthode

de l'avenir. Mais, quoique pleine de promesses, la sérothérapie, dans les infections streptococciques, en particulier, n'a donné que des résultats trop discutés ; quant aux sérums pouvant s'adresser aux autres agents des infections broncho-pulmonaires, ils n'ont pas fait encore parler d'eux. En admettant même que nous possédions à l'heure actuelle tous les sérums, les difficultés seraient encore bien grandes dans l'application. Chez les enfants qui ne crachent pas, le diagnostic bactériologique ne serait pas aisé, sans compter les questions d'associations microbiennes si fréquentes dans les affections dont nous nous occupons.

Quelles que soient donc les espérances, il ne faut pas, en attendant, rester les bras croisés, et, de même qu'avant la découverte du sérum de Behring-Roux, on avait la bonne habitude de toucher les fausses membranes avec différents antiseptiques, de même en l'absence de sérums antipneumococciques, antistreptococciques ou autres, nous devons, si la chose est possible, donner des antiseptiques capables d'agir, dans les bronchites, les broncho-pneumonies et les pneumonies, d'une part sur l'infection générale, d'autre part sur la localisation pulmonaire de cette infection.

Malheureusement, la grosse difficulté, lorsqu'on a voulu faire l'antisepsie interne, a toujours été de trouver des substances qui, en attaquant la vitalité des éléments pathogènes, n'altèrent pas la vitalité des éléments normaux. Obtenir l'effet antiseptique sans arriver à intoxiquer le malade ou à créer de l'intolérance, peut-être même des altérations de l'appareil digestif, tel est le problème à résoudre.

En d'autres termes, n'est pas antiseptique remplissant toutes ces conditions, n'est-ce pas aussi à cause des résultats peu encourageants obtenus dans toutes les tentatives d'antisepsie interne qu'on n'a jamais essayé de la réaliser dans les infections broncho-pulmonaires aiguës ?

Or, depuis longtemps, j'employais le carbonate de créosote dans la tuberculose pulmonaire et j'avais pu constater tout d'abord que, par suite de l'absence de saveur, de causticité et de toxicité, ce médicament était admirablement bien supporté par les malades. Je dois ajouter que l'action antiseptique faible, pour ne pas dire nulle sur le bacille de Koch, m'avait paru, au contraire, très nette sur les bactéries si souvent associées au bacille tuberculeux, c'est-à-dire les streptocoques, les pneumocoques, les staphylocoques, etc. Il n'y avait pas de raison pour que cet effet ne fût encore plus manifeste lorsque ces bactéries se

trouveraient seules ou associées entre elles, en dehors de toute infection tuberculeuse.

Après une longue série de recherches dont les détails et les observations ont été publiés ces jours-ci dans la thèse d'un de nos internes, M. Fournier, je crois pouvoir conclure qu'on peut réaliser l'antisepsie générale et locale dans les infections broncho-pulmonaires aiguës au moyen du carbonate de créosote.

Je dis aseptie générale et locale, car il ne faut pas oublier que les broncho-pneumonies et les pneumonies peuvent être considérées comme des infections générales à prédominance pulmonaire. Or, nos recherches ont confirmé ces faits déjà connus que le carbonate de créosote décomposé et absorbé très lentement dans l'intestin est éliminé par tous les émonctoires, mais principalement par les poumons et par les reins. Il remplit donc bien les conditions exigées.

L'élimination par le poumon est manifeste. Il suffit de respirer l'haleine du malade. En ce qui concerne l'urine, l'odeur n'est pas très nette, mais on observe une gamme de coloration depuis le gris clair jusqu'au noir d'encre. Cette coloration est variable, non seulement d'un individu à l'autre, mais encore chez un même malade aux différentes périodes du traitement. Dans tous les cas, nous pouvons affirmer que la coloration noire n'est pas un signe d'intoxication et ne devra jamais effrayer le médecin. Bien au contraire, les résultats les plus heureux nous ont souvent paru coïncider avec cette coloration.

Il n'y a, d'ailleurs, pas d'action irritante sur le rein. Jamais nous n'avons observé l'apparition consécutive d'albumine ou son augmentation quand elle existait déjà. Le carbonate de créosote peut donc être donné sans danger dans les broncho-pneumonies secondaires, et, en particulier, dans celles de la diphtérie.

La tolérance par les voies digestives est parfaite ; l'appétit est généralement augmenté et les digestions nullement troublées. La diarrhée, observées à titre exceptionnel, ne peut être attribuée au médicament, puisque, dans un certain nombre de cas, elle a cessé sous son influence.

L'intoxication est excessivement rare. Elle peut provenir, comme pour d'autres remèdes, d'une véritable idiosyncratie ou d'une faute commise par le pharmacien : dans une de nos observations, un malade a été intoxiqué par une potion qui contenait de la créosote pure à la place du carbonate de créosote. L'intoxication se traduit par de l'anurie ou une diminution très notable des urines avec refroidissement, sueurs profuses, pouls syncopal.

Ces phénomènes se dissipent très aisément par l'administration de boissons diurétiques et excitantes, la suppression du médicament; ils ont été suivis dans deux de nos observations d'une guérison rapide de l'affection pulmonaire.

Avec les doses que nous avons fixées, on ne les observera pour ainsi dire jamais. Chez l'adulte, nous prescrivons un flacon de 50 ou 100 grammes de carbonate de créosote et nous donnons d'emblée une cuillerée à café matin et soir dans une tasse de lait chaud. La cuillerée à café contenant environ 5 grammes, c'est une dose journalière de 10 grammes qu'absorbe le malade. On peut l'élever à 15 et même 20 grammes, si on n'obtient pas l'effet voulu. Il y a toujours avantage à faire prendre des doses massives, car le médicament est décomposé, ainsi que nous l'avons indiqué, d'une manière lente et continue dans l'intestin, et, sans avoir l'assujettissement de faire prendre une cuillerée toutes les deux heures, comme avec les potions habituelles, on peut être sûr que l'organisme est constamment imprégné par l'antiseptique.

Pour les enfants, il vaut mieux formuler. De la naissance à un an, je donne 0,25 centigrammes à 1 gramme; de un à quatre ans, 1 à 3 grammes; de quatre à sept ans, 3 à 4 grammes; de sept à dix ans, 4 à 5 grammes. Ces doses sont prescrites dans une émulsion gommeuse de 60 grammes à prendre en deux ou en quatre fois dans les vingt-quatre heures. Elles peuvent être plus élevées si elles sont insuffisantes et si la susceptibilité du petit malade le permet.

L'effet thérapeutique sera évidemment d'autant plus marqué que l'infection est légère et de date récente. Dans les bronchites simples, celles de l'enfance en particulier, qui ont souvent une tendance à durer deux ou trois semaines, nous ne comptons plus les succès, et, dans l'espace de quarante-huit heures, les bronches peuvent être balayées en même temps que les poussées de fièvre vespérale disparaissent. Nos observations relatives aux bronchites se ressemblaient tellement toutes, à part quelques détails sans importance, que depuis longtemps nous avons renoncé à les prendre. On en trouvera deux ou trois dans la thèse de Fournier qui peuvent servir de types.

En ce qui concerne les effets de jugulation sur les infections de date récente, nos observations ne sont pas encore assez nombreuses pour que nous puissions en tirer des conclusions certaines. Ce n'est, d'ailleurs, que dans la clientèle que ces cas peuvent être étudiés, car, à l'hôpital, le malade arrive à une période souvent avancée. Cependant, pour donner une idée de ce que l'on

peut observer dans cet ordre de faits, je puis citer parmi les observations qui m'ont le plus vivement frappé les trois suivantes dont deux se trouvent reproduites dans la thèse de Fournier.

OBSERVATION I. — Je suis appelé auprès d'un enfant de sept ans qui a eu la veille au soir un point de côté très intense et des frissons. Je ne trouve rien à l'auscultation mais on me montre quelques crachats nettement rouillés. La température est à 40° et la respiration atteint 53 par minute ; j'ordonne 3 grammes de carbonate de créosote. Le lendemain, la température est à 38°5 l'état général est meilleur, la respiration moins fréquente et toujours rien à l'auscultation. Le troisième jour, la température est normale, l'enfant demande à manger, il n'y a pas eu avec les crachats rouillés typiques le moindre signe d'auscultation malgré les investigations les plus minutieuses dans tous les points des deux poumons.

OBSERVATION II. — Dans un autre cas, il s'agissait d'un enfant de quatre ans qui, dans quarante-huit heures, arriva progressivement à 40°3 avec respiration fréquente, toux quinteuse, râles fins à l'inspiration à gauche, et submatité à la percussion. Il s'agissait très probablement d'un début de broncho-pneumonie. La température descendit en moins de quarante-huit heures avec les premières doses de carbonate de créosote et les signes d'auscultation disparurent avec la même rapidité.

OBSERVATION III. — Le troisième cas se rapporte à un début de broncho-pneumonie à la suite d'une rougeole. Chez une fillette de quatorze ans, qui venait de faire sa défervescence complète à la suite de son éruption, je vois le thermomètre remonter brusquement à 40°7, et je trouve à l'auscultation des râles crépitants fins à la région moyenne droite. J'ordonne immédiatement 5 grammes de carbonate de créosote et la température tombe dans l'espace de trente-six heures environ. Les râles ont persisté trois ou quatre jours après la chute de la température. Il s'agissait évidemment d'un début de broncho-pneumonie qui a été enrayée.

Si le milieu hospitalier se prête peu à l'étude des cas pris au début, c'est, par contre, l'endroit le plus favorable pour ce qui a trait à la prophylaxie. Sur mes indications, mon excellent collègue, M. d'Astros, chargé du service des enfants à l'hôpital de la Conception, a bien voulu employer le carbonate de créosote chez les intubés et trachéotomisés pour éviter les infections secondaires. Fournier, qui a recueilli des observations sur ce sujet, conclut que l'action prophylactique lui a paru assez nette, et nous serions heureux de voir de nouvelles et nombreuses observations

venir confirmer celles de notre interne. Nous ne pouvons avoir sur ce sujet qu'une impression, toute favorable il est vrai, mais les statistiques à venir pourront seules démontrer d'une façon certaine si, avec ce traitement, les complications pulmonaires de la diphtérie, sont moins fréquentes.

Pour compléter ce qui est relatif aux infections légères, je dois ajouter que les heureux résultats obtenus dans les bronchites simples m'avaient donné l'idée d'employer le carbonate de créosote dans la coqueluche, pour lutter en premier lieu contre la bronchite qui l'accompagne si souvent, et dans le secret espoir d'agir aussi sur l'élément spécifique inconnu. Mes espérances se sont complètement réalisées; non-seulement la bronchite de la coqueluche cède rapidement, mais les quintes s'espacent et diminuent d'intensité pour disparaître au bout d'une à deux semaines. Très souvent le petit malade est soulagé notablement dans les quarante-huit heures. Nous possédons déjà une cinquantaine d'observations qui paraissent des plus concluantes et que nous publierons dans un travail spécial. Nous croyons devoir en détacher les suivantes, qui sont caractéristiques.

OBSERVATION I. — L... G..., âgée de quatre ans et demi a depuis huit jours des quintes très violentes et très rapprochées. Nous la voyons pour la première fois depuis le 27 janvier. Elle a environ une quinte tous les quarts d'heure avec à l'auscultation des râles de bronchite. J'ordonne 2 grammes de carbonate de créosote. Le surlendemain, les quintes ne se produisent plus que toutes les deux heures; elles sont beaucoup moins intenses, l'enfant ne devient plus violacée, ne vomit plus, n'expectore plus de glaires. Le 30, on n'entend plus de râles à l'auscultation. Le 10 février, l'enfant n'a plus que 4 ou 5 quintes par vingt-quatre heures, absolument avortées ou se produisant à l'occasion des rires ou des pleurs. Je la vois d'ailleurs pour la dernière fois ce jour-là à mon dispensaire, ce qui indique que la guérison définitive a dû se produire rapidement.

OBSERVATION II. — M... Ed..., sept ans, contracte la coqueluche à l'école. A eu une période prodromique caractérisée par de la toux simple qui a duré un mois. Je vis pour la première fois l'enfant le 13 juin. Il a environ 20 quintes dans les vingt-quatre heures. Il en a une devant moi très nette; d'après les parents, le caractère coquelucheux de la toux ne se serait accusé que depuis deux ou trois jours environ. Je donne seulement 2 grammes de carbonate de créosote. La modification est presque immédiate le lendemain dans la nuit. Au lieu d'une quinte par

heure, l'enfant n'en a que 2 dans toute la nuit. Dans la journée, elles sont presque avortées. Le 17, il n'a plus que 6 quintes dans les vingt-quatre heures, insignifiantes. La dose avait été portée à 3 grammes le 15. Le 25, je vois une dernière fois l'enfant, il peut être considéré comme guéri et je conseille de supprimer progressivement le médicament.

OBSERVATION III. — M... Éd..., neuf mois. Enfant très chétif, alimentation vicieuse, troubles gastro-intestinaux fréquents. Vu pour la première fois au dispensaire le 5 mai. Il tousse depuis huit jours, a de la fièvre le soir. L'auscultation révèle des râles fins à l'inspiration, à droite. J'ordonne 0,30 centigrammes de carbonate de créosote en deux fois dans les vingt-quatre heures. Le 8, les râles sont à plus grosses bulles, on les entend des deux côtés, ils s'accompagnent de sibilants. En même temps la toux a pris nettement le caractère coquelucheux. Je porte la dose à 0,50 centigrammes. Malgré cela, les quintes vont en augmentant et, le 10, l'enfant en a une tous les quarts d'heure. Je donne 0,75 centigrammes. Le 20, l'enfant m'arrive très amélioré. Il n'a plus qu'une quinte toutes les heures, les râles persistent encore à l'auscultation, mais moins nombreux, l'état général est meilleur, malgré une diarrhée assez intense. Le 29, les quintes ont encore bien diminué, l'enfant n'en a plus dans la journée. Enfin le 5 juin, il peut être considéré comme guéri. Cette guérison en un mois nous paraît particulièrement intéressante étant donné l'état général des plus mauvais de l'enfant et la bronchite intense qui s'était montrée dès le début. Nous avons la conviction que sans le traitement antiseptique, le bébé aurait succombé à une broncho-pneumonie. Nous croyons avoir employé au début une dose trop faible. L'évolution dans les premiers jours ne semble pas avoir été enrayée, puisque l'enfant est arrivé à avoir une quinte tous les quarts d'heure, et ce n'est qu'à partir du jour où il perd 0,75 centigrammes que les phénomènes s'amendent, c'est-à-dire vers le quinzième jour.

Après avoir expérimenté toutes les méthodes de traitement préconisées dans la coqueluche, nous ne craignons pas d'affirmer qu'aucune ne nous a donné d'une façon aussi régulière les résultats satisfaisants du carbonate de créosote.

Dans les pneumonies et broncho-pneumonies d'intensité moyenne, un des phénomènes les plus nets est la chute de la température trente-six ou quarante-huit heures après l'administration du médicament. Elle est le plus souvent définitive et ce qui prouve bien l'action du carbonate de créosote, c'est que l'on

observe une ascension si la dose est diminuée ou supprimée d'une façon trop brusque. Cette chute peut se produire à une période très rapprochée du début de la maladie, au troisième ou au quatrième jour par exemple. Dans ces cas-là, l'action est des plus évidentes. Mais nous avons souvent observé la chute du cinquième au septième jour. Nous ne donnons pas ces observations comme aussi démonstratives, bien que, depuis quelques années, dans les pneumonies en particulier, la défervescence, autrefois si classique du cinquième au septième jour, soit devenue de plus en plus rares.

Comme exemple de défervescence rapide nous pouvons signaler l'observation suivante que nous résumons :

OBSERVATION.—Le 26 octobre 1898, je vois pour la première fois la veuve A. . ., âgée de soixante-quatre ans, qui a eu dans la soirée un frisson violent avec point de côté intense. La température à sept heures du soir est de 39°8. L'auscultation ne révèle absolument rien.

Je prescriis sans succès de la quinine et une potion au carbonate d'ammoniaque. Cet état dure jusqu'au 30. Ce jour-là, je découvre pour la première fois, à gauche un beau souffle tubaire.

L'apparition tardive de ce souffle, l'état grave et l'âge de la malade me font penser à une pneumonie centrale. A ce moment la température est encore à 39°5.

Je prescriis 10 grammes de carbonate de créosote. La première cuillerée, soit 5 grammes, est prise à dix heures du matin. Le soir, à sept heures, le thermomètre n'accuse plus que 38°8. *Il y a eu quelques heures après des urines franchement noires.* L'état général est meilleur. Le lendemain matin, sixième jour de la maladie, vingt-quatre heures après la première dose de carbonate de créosote, la température est de 38°4, le soir à 38°5. Tout semble indiquer la résolution. *Enfin le surlendemain, quarante huit heures après l'apparition du souffle,* la température tombe à 36°8 et reste normale. L'appétit revient impérieux, la convalescence est nulle. Le 5, c'est-à-dire le dixième jour de la maladie, il n'y a plus que quelques râles et la guérison peut être considérée comme définitive. Le carbonate de créosote est supprimé progressivement.

Les signes d'auscultation ne disparaissent pas toujours aussi rapidement. On les voit, au contraire, persister bien après la chute de la température, lorsqu'on s'est trouvé en présence d'une maladie arrivée à un stade déjà assez avancé de son évolution. Il y a alors une lésion plus ou moins accentuée, il est vrai, mais l'antiseptique agit sur l'infection et non pas sur la lésion. Dans

un cas de gangrène pulmonaire consécutif à plusieurs poussées de broncho-pneumonie, dont j'ai rapporté l'observation au Congrès de Pédiatrie de Marseille, en novembre 1898, j'ai obtenu par le carbonate de créosote un abaissement de température assez rapide, ainsi que la disparition des symptômes généraux graves, de la fétidité de l'haleine et les crachats, mais la lésion fut longue à se réparer, et je dus continuer le carbonate de créosote pendant plus de deux mois, jusqu'au jour où tous les signes d'auscultation eurent complètement disparu. Deux essais que j'avais faits au cours de ce traitement pour supprimer l'antiseptique m'avaient chaque fois ramené de nouvelles ascensions de la courbe thermique.

Dans les formes graves de la pneumonie ou de la broncho-pneumonie relevant d'une infection plus virulente, ou dues à des associations microbiennes telles que le streptocoque et le Pfeiffer, par exemple, les effets du carbonate de créosote sont encore très appréciables. On peut observer dans ces formes une chute de la température survenant le lendemain ou le surlendemain de l'administration de l'antiseptique, mais cette défervescence ne se maintient pas toujours. L'évolution de la courbe thermique se fait le plus souvent à des degrés moins élevés, ou bien on obtient une chute en lysis. De toutes façons, on a l'impression très nette qu'une maladie dont le pronostic semblait fatal a changé d'allure, et, si le pronostic n'est pas aussi grave, que la marche générale a été sensiblement raccourcie en ce qui concerne non seulement la courbe thermique, mais encore les signes d'auscultation, l'état général et la convalescence. Fournier donne dans sa thèse plusieurs observations de ce genre ; nous signalons comme particulièrement intéressante celle qui suit, recueillie dans le service par notre interne, M. Olmer.

OBSERVATION.—Le nommé Micheleto A..., âgé de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital de la Conception pour une infection mal caractérisée qui affecte cependant plutôt les allures d'une fièvre typhoïde. On ne constate, à l'auscultation, que des signes rappelant ceux de la congestion pulmonaire, comme on en trouve dans cette affection. L'état général est des plus mauvais et le cœur ne tarde pas à faiblir. Cependant, au vingt-deuxième jour de la maladie un premier séro-diagnostic est nettement négatif. La température oscille entre 39° et 40°. A ce moment apparaît à la base droite un foyer de râles crépitants et au-dessus de ce foyer, sous l'épine de l'omoplate, un souffle assez intense. Nous nous trouvons donc en présence d'une broncho-pneumonie secondaire, mais

probablement d'une nature grippale, avec état général très grave et accidents cardiaques. Le pronostic paraît fatal. Nous ordonnons alors 6 grammes, puis 10 grammes de carbonate de créosote. Dans les vingt-quatre heures qui suivent, la température tombe de 39°9 à 38°7, mais cette défervescence ne persiste pas. Cependant l'état général s'améliore et la guérison peut être considérée comme définitive *quinze jours après*, c'est-à-dire le laps de temps que met à évoluer une broncho-pneumonie d'intensité moyenne survenant chez un individu non affaibli par une infection grave préexistante.

Il serait cependant téméraire de compter d'une façon absolue sur la médication antiseptique. Comme pour tous les traitements qui s'adressent à l'infection ou à ses conséquences, l'effet est nul dans les formes trop avancées. Les gros blocs de pneumonie avec hépatisation échappent d'autant mieux à cette thérapeutique, que le poumon est moins perméable, et nous avons dans nos observations trois insuccès, dans des cas de ce genre constatés à l'Hôtel-Dieu dans les services de MM. les professeurs Saget et Fallot. M. le professeur Saget, qui a cependant pu observer dans son service et dans sa clientèle de nombreux succès dus à cette méthode, continue à employer d'une façon systématique le carbonate de créosote.

Cette médication est, en effet, non seulement prophylactique et curative, mais elle a aussi pour but de prévenir les complications précoces et éloignées. Après la chute de la température, la lésion se réparant dans un milieu antiseptique a moins de chances pour se réinfecter ou pour subir l'action de nouvelles bactéries qui chercheraient à s'établir sur ce terrain en état de moindre résistance. C'est donc aussi bien pour éviter les rechutes que les complications qu'il est indiqué de continuer, jusqu'après la disparition complète des signes d'auscultation, l'emploi du carbonate de créosote

Il est à présumer qu'en diminuant la durée de l'évolution, en prévenant les rechutes, on évite les infections tardives comme la tuberculose ou les accidents à échéance lointaine, comme les cardiopathies ou les néphrites.

Cependant, en ce qui concerne la tuberculose, notre opinion primitive sur le peu d'efficacité du carbonate de créosote n'a fait que se confirmer. Nous arrivons même à conclure que lorsqu'on se trouve en présence d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie traitée par le carbonate de créosote, sans résultat appréciable au bout de deux ou trois semaines, on peut soupçonner la

nature tuberculeuse de l'affection. Nous avons pu recueillir avec Fournier trois observations typiques en ce sens, dont deux d'enfants avec nécropsie et une d'adulte avec examen bactériologique. Le médicament peut encore, dans ces cas-là servir au diagnostic, et il est intéressant d'arriver à cette conclusion, que, créé et préconisé pour la tuberculose pulmonaire, le carbonate de créosote agit surtout dans les infections qui ne sont pas de nature tuberculeuse.

Dans le traitement des bronchites, de la coqueluche, des pneumonies et des broncho-pneumonies, certaines médications comme les expectorants kermès ou ipéca, les antithermiques comme la quinine, les balsamiques, etc., peuvent être abandonnés sans inconvénients. Il y a cependant toujours lieu de faire la médication tonique générale et cardiaque lorsque les indications se présentent. Quant aux méthodes hydrothérapiques, elles ont trop bien fait leurs preuves pour qu'on y renonce d'une façon absolue ; nous avons cependant obtenu, sans les bains et les enveloppements humides du thorax, les mêmes résultats que ceux de nos collègues qui, tout en employant le carbonate de créosote, n'avaient pas cru devoir renoncer à cette méthode ; il ne peut y avoir, en effet, pour le malade, qu'avantage à utiliser et à combiner les deux procédés.

---

#### FIÈVRE DE SURMÉNAGE DUE À LA BICYCLETTE.

A la suite d'une course qui a duré 29 heures, un cycliste fut pris d'étourdissements, de céphalée, d'hémoptysie, et il dut se faire admettre à l'hôpital. M. Mathieu observa chez ce sujet une température élevée (40°) et la fièvre dura une huitaine de jours, puis elle tomba brusquement comme dans une pneumonie. Chez ce surmené, ancien scarlatineux, l'examen des urines décéla une notable quantité d'albumine.

M. Faisans rappelle un cas semblable. A la suite d'une course rapide de 45 kilomètres, un cycliste fut pris de phénomènes généraux graves durant 18 à 20 jours, puis, après la fièvre tombée, se manifestèrent des phénomènes d'infection tels que la myosite, la myocardite, la plébite des veines.

---

## Revue Médicale des Sociétés Savantes

M. Chauveau a poursuivi ses recherches sur l'inscription électrique des mouvements valvulaires qui déterminent l'ouverture et la fermeture des orifices du cœur. Il a pu constater que les valvules auriculo-ventriculaires ferment l'orifice qu'elles garnissent dès le début de la systole, et qu'elles dégagent cet orifice entre la fin de la systole et le début de la diastole. La pression intraventriculaire ne s'accroît sensiblement qu'au moment de la contraction des ventricules. Le premier bruit du cœur, dû au soulèvement et à la tension des valvules auriculo-ventriculaires est isochrone au début de la systole ventriculaire ; le second bruit du cœur dû à la fermeture et à la tension des valvules sigmoïdes de l'aorte, se produit au début de la diastole des ventricules.

M. Domingos Frère, a constaté que les fleurs peuvent renfermer des microbes saprophytes et pathogènes et peuvent dès lors être une source de contamination.

M. Triboulet signale un cas de sialorrhée consécutif à l'usage de l'iodure de potassium administré pendant 8 jours à la dose de 0 gr. 50 : cette sialorrhée persista pendant un mois et prouva la particularité de n'exister que pendant la veille et de cesser pendant le sommeil. M. LeGendre a eu occasion d'observer deux cas de sialorrhée également intermittentes et qu'il a pensé être dus à des troubles nerveux.

M. Renaud a étudié l'action thérapeutique du cacoxylate de soude : ce sel renferme de l'arsenic sous forme de combinaison organique, il est très soluble dans l'eau et n'est pas toxique. Il agit comme médiateur nerveux et agent d'épargne. On l'emploie en injections rectales ou sous-cutanées.

MM. Marfons et Léon Bernard ont constaté l'absence de microbes dans la muqueuse intestinale normale des animaux. Leur présence est donc toujours l'indice d'un état pathologique. Voici les conclusions de leurs recherches :

1<sup>o</sup>. La muqueuse intestinale d'un animal sain, examinée aussitôt après la mort, ne renferme pas de microbes ; ils ne franchissent pas l'épithélium de la surface, et ne pénètrent pas dans la lumière des glandes.

2<sup>o</sup>. A l'état normal le contenu de l'intestin est d'autant plus riche en microbes qu'on s'éloigne du pylore et qu'on s'approche

de l'anūs ; les altérations cadavériques de la muqueuse intestinale sont, au contraire, d'autant plus marquées, qu'on est plus près du pylore et loin de l'anūs, on peut en conclure que le facteur principal des altérations cadavériques n'est pas l'action des microbes ; mais probablement celle des sucs digestifs.

30. Le nombre des microbes du contenu intestinal diminue considérablement après un jeûne absolu de 24 heures : le duodénum n'en renferme pour ainsi dire plus.

40. De 2 à 4 heures après la mort, aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique et, dans ce dernier cas, aussi bien dans le contenu que dans la paroi de l'intestin, le nombre des microbes diminue ; il est moindre qu'aussitôt après la mort, et beaucoup moindre que 24 heures après.

M. Morard fait connaître des essais de traitement de la tuberculose expérimentale par les injections sous-cutanées de sérum artificiel à petites doses. On admet aujourd'hui que le tuberculeux élimine plus de matière minérale que l'individu sain ; on connaît en effet l'hyperphosphaturie et l'hyperchlorurie pré-tuberculeux, il y avait donc lieu de rechercher si la minéralisation du sol tuberculeux exerçait qu'influence sur le processus infectieux.

Le soluté salin injectable qui servit aux expériences présentait la composition suivante :

Phosphate de soude.....	5 grammes
Phosphate de potasse.....	7 —
Chlorure de sodium.....	4 —
Sulfate de soude.....	20 —
Eau distillée.....	200 cent. cubes

Chaque cobaye, recevait tous les jours une injection de  $\frac{1}{2}$  à 3 cent. cubes de cette solution.

Voici les résultats obtenus :

Les injections salines à petites doses, faites par voie sous-cutanée paraissent avoir retardé la marche du processus infectieux dans la moitié des cas environ.

La plus longue survie observée n'a pas dépassé un mois. Sauf peut-être dans un cas où aucune lésion n'a pu être décelée, il n'y a pas eu de guérison définitive.

## TRAITEMENT DE LA CHLOROSE

PAR

M. LE DOCTEUR HUOHARD

Trousseau disait : Ne donnez pas de ferrugineux à certains chlorotiques, vous pourriez faire évoluer rapidement une tuberculose qui restait à l'état latent.

Je ne sais pas ce qu'il y a de vrai dans cette proposition peut-être exagérée ; mais je sais que l'illustre clinicien avait affaire à des tuberculoses se cachant sous le masque pseudo-chlorotique. Les détails dans lesquels je suis entré montrent qu'il faut faire une distinction capitale entre la chlorose et les pseudo-chloroses, c'est-à-dire les anémies. Or, au point de vue thérapeutique, nous n'avons à nous occuper que de la première, et il est entendu que le fer constitue son traitement spécifique, quoiqu'en est bien souvent abusé. Mais, comme il est entendu encore qu'en clinique on ne soigne pas seulement la chlorose, mais des chlorotiques et que cette proposition : chlorose=fer, n'est pas toujours vrai, il faut considérer trois cas :

1. Il y a des chloroses où le fer est inutile ;
2. Il y en a où le fer est nuisible ;
3. Il y a des chloroses où le fer est très utile.

Je ne fais que mentionner l'opinion de Charrin en vertu de laquelle la chlorose ne serait autre qu'une auto-intoxication due à l'insuffisance de fonctionnement, en tant qu'émonctoires, de l'appareil utéro-ovarien. Alors, il serait indiqué de prescrire aux malades, soit la glande ovarienne en nature, soit un extrait, l'*ovaréine* sous forme de poudre, à la dose quotidienne de 0.25 centigr. à 1 gramme. Les faits sur lesquels on s'appuie pour recommander cette médication, ne sont pas encore assez probants.

1. *Chlorose où le fer est inutile.*—Ce sont les chloroses du premier degré de Hayem. Pour celles-là, le *repos*, une *alimentation convenable* — je n'ai pas dit "fortifiante" dans le sens qu'on lui attache journellement avec l'abus des viandes dont on bourre littéralement les malades — l'air de la campagne dans un endroit bien ensoleillé, suffisent le plus souvent.

Il y a une question fort intéressante à ce sujet, c'est l'*hygiène des chlorotiques*, et parmi ces principes d'hygiène, le *repos* des malades constitue la première indication à remplir. N'oublions

pas que la jeune fille chlorotique par le fait même de sa maladie, par le fait de sa pauvreté globulaire, est dans un état de méiopragie générale. L'aptitude fonctionnelle de ses organes, de son organisme tout entier est fort restreinte, et quand, sous prétexte de leur faire respirer un air pur, on ordonne des promenades trop fréquentes ou trop prolongées, des voyages plus ou moins éloignés, on commet une grave faute d'hygiène.

Murri (de Bologne) qui, avec tous les auteurs, a remarqué le peu de résistance de ces malades au froid, a constaté, judicieusement sans doute, que les accidents chlorotiques s'accusent pendant la mauvaise saison, ce qui l'avait conduit à signaler " la chlorose d'hiver " (*chlorosi invernale*). Eh bien, à un autre point de vue, il y a des chloroses d'hiver et des chloroses d'été : *chloroses d'hiver* pour les jeunes filles du monde que l'on astreint dans les villes à assister aux festins et aux bals sous prétexte de distraction ; *chloroses d'été* pour les jeunes filles de la campagne obligées de prendre part, pendant la belle saison, aux travaux fatigants des champs. Je me souviens, à ce sujet, d'une jeune fille chlorotique qui était à mon service, et qui, du jour où elle a été respirer " le grand air " dans son pays natal, est tombée dans un état de chlorose des plus avancés. Quand elle était à Paris, où elle exerçait son métier de femme de chambre, et quoiqu'elle y respirât certainement un air moins pur, elle revenait à la santé. L'an dernier, j'ai eu à l'hôpital trois chlorotiques traitées seulement par le repos au lit, et sans médicament : elles ont rapidement guéri, uniquement parce qu'elles étaient, par le seul fait de leur séjour hospitalier, éloignées de leurs travaux fatigants ; et cependant, on ne peut pas dire que, dans les salles d'hôpital, nos malades ont toujours un air pur et très réparateur ; mais elles y goûtent un repos bienfaisant, la première indication, l'indication capitale de la thérapeutique chez les chlorotiques.

Ne l'oublions pas, en effet, le surmenage, sous quelque forme qu'il se produise, de quelque nom qu'il s'appelle, c'est là l'ennemi de la chlorose, c'est lui qu'il faut éviter, en se rappelant toujours que ce surmenage est une chose relative, et qu'il commence chez la chlorotique, là où à l'état normal où il ne s'agit que du fonctionnement presque physiologique de la vie physique et intellectuelle.

2. *Chloroses où le fer est nuisible.*—Je ne parle pas, bien entendu, des cas de pseudo-chlorose tuberculeuse auxquels Trousseau a fait si souvent allusion ; ils ne rentrent pas dans la question. Mais il est une forme de chlorose que les recherches décisives de Hayem ont beaucoup contribué à faire connaître, c'est la

*chlorose-dyspeptique* dans laquelle la dyspepsie est le phénomène prédominant, qu'elle soit constituée par l'hyperchlorhydrie ou l'hypochlorhydrie, par la dilatation de l'estomac avec ou sans fermentations gastro-intestinales, par l'ulcère gastrique, etc. Ici, le traitement de la chlorose s'efface complètement devant celui de l'état dyspeptique, et, prescrire dans ces cas les ferrugineux d'emblée, c'est en quelque sorte introduire du plomb dans l'estomac. Tout a été dit à ce sujet, et je serais tenté de répéter pour les chlorotiques ce que Peter disait si judicieusement des tuberculeux : " Il faut entourer d'un soin pieux leur estomac."

On a accusé les ferrugineux—et Trousseau était de ceux-là—de produire une sorte de fièvre artificielle, avec rougeurs de la face, signes d'éréthisme cardio-vasculaire, fréquence du pouls, palpitations incessantes et violentes, etc. Or, par elle-même, aucune préparation ferrugineuse n'est capable de produire tous ces accidents ; il faut qu'elle ait été prescrite à des dyspeptiques, et nous avons là tout le tableau d'une gastropathie médicamenteuse jointe à un état gastrique ancien, et dont le retentissement sur l'appareil cardio-vasculaire s'est manifesté par tous ces symptômes. Alors, pour calmer ces palpitations d'origine stomacale, on peut avoir une tendance à prescrire la digitale, que je ne crains pas lorsque ces palpitations sont d'origine directement anémique, mais qu'il faut craindre sur tous les estomacs malades.

Donc, il y a un principe dont l'importance est considérable, prépondérante dans la thérapeutique de la chlorose et qu'il faut écrire en gros caractère : Pas de fer, pas de digitale, peu ou pas de médicaments dans la chlorose dyspeptique. Soignez la dyspepsie d'abord, la chlorose ensuite.

3. *Chlorose où le fer est utile*.—Quand cette dyspepsie a entièrement disparu, on peut commencer le traitement ferrugineux d'abord à la faible dose (20 centigrammes en deux fois de protoxalate ou de lactate de fer sans jamais dépasser 30 à 40 centigr. par jour), les préparations de choix étant encore celles de protochlorure, de protoiodure, de tartrate ferrico-potassique, de citrate de fer ou de fer réduit par l'hydrogène.

C'est encore dans la chlorose du deuxième degré de Hayem que les ferrugineux trouvent leur emploi. Mais dans celle du troisième degré, les fonctions digestives sont d'ordinaire profondément troublées, et c'est à elles qu'il faut s'adresser, en insistant surtout sur le repos le plus absolu.

Trousseau, qu'il faut souvent citer, et qui avait, avec raison sans doute, élevé la médication spécifique à la hauteur d'un principe, recommandait de traiter l'anémie palustre par la quinine,

l'anémie syphilitique par le mercure et l'iodure, l'anémie chlorotique et ses conséquences par le fer. Il y a là une part de vérité, mais aussi une exagération ; et quand l'anémie palustre, par exemple, est un fait accompli, je doute que la quinine, à elle seule, puisse la faire disparaître. En un mot, dans beaucoup de maladies, il y a des manifestations, satellites et conséquences de ces maladies, qui finissent par évoluer en dehors d'elles et réclament une autre médication, ce que Fournier a si bien démontré pour les affections « parasymphilitiques ». C'est ce qui existe pour les affections pararhumismales où le traitement mercuriel et ioduré d'une part, où le salicylate de soude d'autre part, sont tout à fait impuissants. La même chose advient pour certaines manifestations *parachlorotiques*, et chercher à combattre à outrance par le fer les névralgies, les gastropathies, les thromboses veineuses, tous les troubles nerveux de la chlorose, c'est s'exposer non seulement à des insuccès thérapeutiques, mais aussi à l'aggravation de la maladie principale. Sans doute, en faisant disparaître la cause, on supprimera l'effet après un temps plus ou moins long, mais le mieux est encore d'instituer la médication d'urgence et la thérapeutique du symptôme ou de la complication.

Nous savons, d'autre part, qu'il faut, non pas soigner la chlorose, mais les chlorotiques, et à celles qui sont excitables et éréthiques en quelque sorte, l'*atmosphère maritime* comme les très *hautes altitudes* sont préjudiciables.

A ce point de vue, on ne saurait trop condamner les hautes altitudes, comme celles de Saint Moritz (dans l'Engadine), située 1,850 mètres au-dessus du niveau de la mer, où le climat trop excitant devient une cause d'aggravation de la maladie. Et ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, car je suis allé à Saint Moritz, et j'ai constaté le fait de la façon la plus irréfutable, j'ai vu des malades qui en revenaient singulièrement aggravés. A ces malades névropatiques, dont il faut ménager les forces, on impose un voyage fatigant et long en chemin de fer et en voiture, un climat des plus excitants, je le répète, et ce double surmenage aboutit à des résultats presque désastreux, d'autant plus qu'on ne peut pas compter sur l'efficacité des eaux ferrugineuses de cette station, puisqu'elles introduisent dans l'organisme des quantités presque négligeables de principes actifs. Donc, à cette station, comme à d'autres semblables, il y a une triple contre-indication pour les chlorotiques : la longueur et la fatigue du voyage, l'excitation trop grande du climat, l'inutilité de la cure ferrugineuse qui n'existe pas à proprement parler.

A ces malades, il faut une station d'altitude modérée ne dé passant jamais 800 à 1,000 mètres au-dessus du niveau de la mer, à l'abri des vents et des bourrasques, et l'on trouve ces climats surtout en France, dans les Vosges comme à Gérardmer, dans l'Auvergne comme à La Bourboule, à Royat et à Saint-Nectaire, dans les Pyrénées, dans le Jura, et même dans les Alpes comme à Evian, à Saint-Gervais où existe un climat véritablement bromuré, si l'on peut ainsi dire. J'en passe, et des meilleures, et l'on voit ainsi que, pour les cures d'air, en France, nous n'avons que l'embarras du choix. N'allons donc pas chercher à l'étranger ce que nous avons mieux chez nous, et quand nous pouvons allier les intérêts bien compris des malades avec ceux du patriotisme, n'hésitons pas.....

Pour les chloroses torpides évoluant par exemple sur un terrain strumeux et lymphatique, le séjour au bord de la mer, les eaux chlorurées sodiques arsenicales de la Bourboule, par exemple, quelques eaux-sulfureuses faibles que l'on trouve en abondance aux Pyrénées, trouveront parfois leur indication ; et cependant, en vertu du principe que j'ai posé, je crains encore assez souvent la trop grande excitation de l'atmosphère maritime et des eaux chlorurées trop fortes.

Vous devez remarquer que j'ai beaucoup restreint les cas où le fer doit être prescrit dans la chlorose ; j'ajoute que les autres médicaments, le manganèse, l'arsenic à outrance, tous les vins de quinquina phosphatés ou non, toutes les macérations de quinquina, de Colombo ou de quassia amara, sont souvent inutiles quand ils ne sont pas nuisibles. Encore une fois, le surmenage, voilà l'ennemi qu'il faut combattre, qu'il faut éviter à tout prix dans le traitement de la chlorose, lequel peut se résumer en trois mots : REPOS, AIR, FER. C'est là ainsi la triple alliance thérapeutique : « Beaucoup de repos, beaucoup d'air (c'est-à-dire beaucoup d'oxygène), un peu de fer. » Et l'on peut rappeler à ce sujet les paroles de Tissot au siècle dernier, pour le traitement de l'état nerveux, la neurasthénie de nos jours :

« On peut se montrer grand praticien sans ordonner de médicaments ; le meilleur remède est souvent de n'en prescrire aucun. »

D'après le *Medico Surgical Bulletin*, la Chambre du Connec-ticut a voté une loi prohibant le mariage des épileptiques quand la femme a moins de 45 ans. La pénalité est au minimum de trois ans de prison. Les personnes qui auront facilité des unions de ce genre seront passibles d'une amende de 1,000 dollars ou d'un an de prison.

## Traductions et Analyses

### LE CALOMEL ET LES AIDES

Depuis le temps où le calomel a été introduit dans le thérapeutique, tous les auteurs classiques ont attiré l'attention sur les précautions minutieuses que demande son emploi si on veut éviter l'apparition des accidents les plus graves.

En effet, on sait depuis longtemps que cette substance est très instable ; la chimie nous apprend qu'il se décompose au contact des sels et des acides et se transforme en un poison violent : le sublimé corrosif.

Il est cependant des auteurs qui n'admettent pas cette façon de concevoir les choses : les uns prétendent que les cas d'empoisonnement observés sont dus à des idiosyncrasies, les autres assurent n'avoir jamais retrouvé le sublimé dans le tractus intestinal ; d'autres encore se font une toute autre idée du processus d'intoxication et croient que les accidents proviennent d'une réaction se passant entre le calomel et l'albumine.

Le danger que présente ce médicament n'est nullement contesté et certaines expériences publiées par Ottolenghi prouvent une fois de plus son existence.

Cet auteur a donné maintes fois le calomel à doses thérapeutiques à des chiens et leur a ensuite fait boire des solutions salées ou acides. Toujours, ces animaux ont présenté les symptômes d'intoxication se montrant beaucoup plus rapidement et d'une gravité plus considérable que s'ils avaient pris le calomel seul.

Dans ces cas, les symptômes d'empoisonnement n'étaient pas les mêmes que ceux que l'on obtient par l'absorption de sublimé. Aussi Ottolenghi affirme que contrairement à l'opinion courante, le calomel ne se décompose pas dans l'estomac ; en effet, dit-il, si nous mettons en contact du calomel et des solutions acides ou salées, il ne se produit aucun phénomène chimique, pour autant, bien entendu, que la température du mélange ne dépasse pas celle du corps (37°). Or, ce qui ne se passe pas *in vitro*, ne se passe évidemment pas dans l'estomac, au moins dans un cas comme celui dont nous parlons.

L'exaltation du pouvoir toxique du calomel après l'absorption de solutions acides ou salées proviendrait de ce fait que sa combinaison avec les substances albuminoïdes contenues dans l'estomac serait facilitée et donnerait lieu à des produits beaucoup plus solubles, de sortes que le calomel qui, normalement est absorbé

pour une très petite part, passerait en quantité beaucoup plus considérable dans la circulation, provoquant ainsi des signes d'intoxication grave.

#### LE STROPHANTUS.

Le Dr WILCOX vient de publier les résultats des nombreuses observations qu'il a eu l'occasion de faire pendant 12 ans sur l'effet thérapeutique du strophantus.

Tout d'abord, il explique comment il se fait que l'appréciation des praticiens varient sur les qualités de ce médicament, c'est qu'ils n'ont pas tous employé le même produit ; il existe, en effet, quatre espèces différentes de strophantus ne jouissant pas des mêmes propriétés.

Comme conclusion, il déclare que ce médicament n'agit pas sur les vaisseaux sanguins, il n'est ni vasodilatateur ni vasoconstricteur. Son action porte directement sur le myocarde lui-même et se fait sentir aussitôt que cette substance arrive en contact avec le cœur.

Le strophantus diffère donc de la digitale par son action rapide et par l'absence de l'action cumulative.

Les doses employées sont 300 fois moins fortes que celles de la digitale et de 300 à 400 fois moindres que celle de la caféine.

Cet excellent produit favorise de plus la sécrétion rénale et se trouve indiqué dans tous les cas où la digitale ne peut être administrée, par exemple lorsqu'elle ne peut plus être continuée sans exposer le malade à des désagréments provenant de son action cumulaire.

#### L'ANTIPYRINE TARIT E<sup>e</sup> SUPPRIME LA SÉCRÉTION LACTÉE

M. Guibert, au cours de son internat dans les hôpitaux de Montpellier, notamment pendant son passage à la Maternité, a constaté et fait constater par ses chefs de service que l'antipyrine supprimait la sécrétion lactée et que cette médication était des plus inoffensives. Cette thèse vient d'être soutenue par lui dans le "Journal des Praticiens." Il insiste sur ce que jamais il n'a observé d'accidents et cependant certaines malades ont pris jusqu'à 16 grammes en six jours et 14 grammes en cinq jours. Tout en jouant un rôle considérable aux idiosyncrasies médicamenteuses, il est à remarquer cette tolérance particulière des nouvelles accouchées vis-à-vis de l'antipyrine, tolérance que l'on pouvait rapprocher de celle de femmes enceintes à l'égard des préparations opiacées. Sans chercher à expliquer ce phénomène, sachant que l'antipyrine passe facilement dans les urines, il

paraît à M. Guibert que l'intégrité du filtre rénal est une condition indispensable pour la régularité de cette élimination, et les femmes en expériences n'ont jamais eu de l'albumine dans les urines. L'antipyrine s'élimine par les urines et par le lait, mais en ce qui concerne l'élimination par le lait, notre confrère l'a toujours vu plus tardive ; on ne retrouve l'antipyrine dans le lait que 24 heures après l'absorption du médicament, tandis qu'au bout de 12 heures on constate sa présence dans l'urine.

#### INTOXICATION AIGUE PAR L'ABSINTHE

M. Pauly relate l'observation d'un homme de 30 ans qui, voulant se suicider, absorba les trois quarts d'un litre d'absinthe. Aussitôt après, il se leva, voulut sortir et tomba comme une masse sur le trottoir. Ce n'est que trois heures après qu'on l'amena à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Lépine. Il n'y avait pas eu de vomissement. Le malade n'avait pas repris connaissance. Injections d'éther, respiration artificielle. Lavage d'estomac : dès que la sonde fut introduite, une partie de l'absinthe s'écoula presque pure. On fit passer près de 40 litres d'eau, hypothermine 30°5. La respiration revint. Le cœur fut régulier, mais coma complet, abolition des réflexes. Le lendemain, le malade mourut.

A l'autopsie, on trouva une gastrite desquamative aiguë, néphrite avec hémorragies rénales diffuses. L'alcool fut recherché dans tous les organes ; on le trouva surtout abondant dans le cerveau (0,47 pour 1000), alors que le foie n'en contient que 0,21 pour 1000.

M. Pauly attribue les symptômes surtout à l'alcool (450 grammes d'alcool pur), la caractéristique de l'absinthe étant surtout de produire un coma épileptiforme.

M. Lépine ne partage pas complètement cette opinion. L'absinthe n'est pas seulement un poison épileptiforme, elle a aussi un principe stupéfiant qui a dû surajouter son action à celle de l'alcool.

#### BIBLIOGRAPHIE

**Aide-Mémoire de Dermatologie et de Syphiligraphie**, par le professeur Paul Lefert, 1 vol. in-16 de 288 pages, cartonné toile en 2 couleurs, 3 frs.

*L'Aide-Mémoire de Dermatologie* du professeur P. Lefert s'adresse aux étudiants comme aux praticiens.

La dermatologie, plus qu'aucune autre branche de la pathologie interne, à cause de la difficulté des descriptions, s'oublie facilement.

L'étudiant y trouvera rapidement l'histoire instructive des malades que les maîtres lui auront montrés, soit à la consultation, soit dans les salles de l'hôpital St-Louis, les éléments du diagnostic, et les termes du traitement.

Le praticien, si fréquemment embarrassé par le client qui lui montre « des boutons qui le démangent, l'inquiètent et le défigurent », trouvera dans ce petit livre l'étiquette à mettre sur ces manifestations cutanées et même la formule du traitement, c'est-à-dire la guérison.

Les maladies rares ont été négligées de parti pris et les maladies fréquentes sont décrites avec détails.

La dermatologie pure n'est pas seule traitée. A côté de l'acné, de Peczéma, de la gale, de la phthiriose, ces prototypes de la dermatologie, on y trouvera le chancre mou, l'herpès, le zona, la syphilis, etc., affections moins spécialisées, qui doivent être bien connues du médecin. La syphilis y occupe une large place, car on connaît son importance en pathologie cutanée : on peut dire qu'elle forme à elle seule près du tiers des manifestations cutanées observées dans une clinique dermatologique.

Ce volume commence une nouvelle collection qui complètera heureusement celles déjà publiées avec tant de succès par le professeur Paul Lefert. Il sera suivi à bref délai d'un Aide-mémoire de neurologie puis d'un Aide-mémoire de gynécologie, etc.

En vente chez MM. Déom Frères, 292 rue St-Denis.

**Les Nouveaux Verres d'Optique**, Verres Isométriques, Matières Isométriques et Lentilles Isométriques, par le docteur DEBOURGON, ancien élève de l'École des Hautes Etudes, ancien chef de clinique aux Quinze-Vingts, chef du service d'ophtalmologie de l'Assistance médicale philomatique du XV<sup>e</sup> arrondissement, Prix Le Verrier, Médaille de vermeil de l'Association française pour l'avancement des sciences, Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris, Médaille d'argent du Ministère de l'Agriculture. 1 Volume in-8 avec 5 Planches hors texte et 10 Figures, Prix 5 fr., A. Maloine, éditeur, 25-23 rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Le docteur de Bourgon, ancien chef de clinique aux Quinze-Vingts, connu d'ailleurs par de nombreux ouvrages d'ophtalmologie, vient de publier chez Maloine un travail des plus sérieux et des plus complet sur la question très intéressante de l'intro-

duction en lunetterie de verres d'optique à bases constantes précises.

Se tenant également éloigné des controverses un peu superficielles qui ont eu lieu, il y a quelque temps, il a pris pour base l'étude comparative et raisonnée du verre dit Isométré et des autres verres employés jusqu'ici.

Il a traité avec une rare érudition toutes les questions qui se rattachaient à son sujet : technologie, physique appliquée, analyse mathématique, etc. À l'appui de ses réductions qui démontrent l'importance, en ophtalmologie, d'un verre d'optique proprement dit, l'auteur donne des formules savantes, des calculs détaillés, des figures explicatives et des planches hors texte. Nous signalons principalement des expériences nouvelles et variées qui démontrent l'action positive des rayons Röntgen et ultra violets sur les différentes sortes de verres, et négative sur le verre isométré.

À part les conséquences pratiques que les médecins ophtalmologistes pourront tirer de cette étude du docteur de Bourgon, elle sera longtemps consultée par tous ceux qui voudront étudier non seulement le verre isométré, mais aussi posséder des documents précis sur le verre d'optique en général.

### POUR DEVENIR MÉDECIN

Très instructif ce petit volume, édité avec soin, orné de figures très bien réussies. Bien que fait pour la France, nous n'en saurions trop conseiller la lecture à tout étudiant ou médecin à ses débuts et à tout père soucieux de l'avenir de son enfant qu'il va lancer dans une carrière.

Il y a là d'excellents conseils qui, suivis, ou même simplement lus, eussent dirigé vers d'autres professions des médecins qui végèteront toujours faute des qualités « de la vocation » et qui eussent réussi ailleurs.

“Soyez plutôt maçon si c'est votre talent.”

Excellent conseil. Boileau paraît avoir parlé pour l'Amérique où les maçons presque toujours deviennent riches cependant que les médecins meurent pauvres.

À signaler le chapitre sur les concours.

Félicitations au docteur Michaud.

A. DE M.

Chez MM. Déom Frères, 292 rue St-Denis.

En France : 1 fr. 50.