

Titre : Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie tenu à Paris du 5 au 10 août 1889. Procès-verbaux sommaires
Auteur : Exposition universelle. 1889. Paris

Mots-clés : Exposition universelle (1889 ; Paris) ; Syphilis*Europe*19e siècle*Congrès ; Dermatologie*Europe*19e siècle*Congrès

Description : 1 vol. (55 p.) ; 24 cm

Adresse : Paris : Imprimerie nationale, 1889

Cote de l'exemplaire : CNAM 8 Xae 330-19

URL permanente : <http://cnum.cnam.fr/redir?8XAE330.19>

MINISTÈRE DU COMMERCE, DE L'INDUSTRIE
ET DES COLONIES.

TL 19.
8° xae 330-19

EXPOSITION UNIVERSELLE INTERNATIONALE DE 1889.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'EXPLOITATION.

**CONGRÈS INTÉRNUATIONAL
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE,**

TENU À PARIS DU 5 AU 10 AOÛT 1889.

PROCÈS-VERBAUX SOMMAIRES

PUBLIÉS PAR LES SOINS

DE M. LE DOCTEUR HENRI FEULARD,
SÉCRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CONGRÈS.



**PARIS.
IMPRIMERIE NATIONALE.**

M DCCC LXXXIX.

MINISTÈRE DU COMMERCE, DE L'INDUSTRIE
ET DES COLONIES.

8° Xae 330-19

EXPOSITION UNIVERSELLE INTERNATIONALE DE 1889.

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'EXPLOITATION.

CONGRÈS INTERNATIONAL
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE,
TENU A PARIS DU 5 AU 10 AOÛT 1889.

PROCÈS-VERBAUX SOMMAIRES

PUBLIÉS PAR LES SOINS

DE M. LE DOCTEUR HENRI FEULARD,
SÉCRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CONGRÈS.



PARIS.
IMPRIMERIE NATIONALE.

M DCCC LXXXIX.

COMITÉ D'ORGANISATION⁽¹⁾.

PRÉSIDENT D'HONNEUR.

M. RICORD (le docteur Ph.), membre de l'Académie de médecine, chirurgien honoraire de l'hôpital du Midi.

PRÉSIDENT.

M. HARDY (le docteur), professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

SECRÉTAIRE.

M. FEULARD (le docteur Henri), chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

MEMBRES DU COMITÉ.

MM. BALZER (le docteur), médecin de l'hôpital de Lourcine.

BESNIER (le docteur Ernest), membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

DUCASTEL (le docteur), médecin de l'hôpital du Midi.

FOURNIER (le docteur Alfred), professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

GAILLETON (le docteur), professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lyon.

HALLOPEAU (le docteur), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HUMBERT (le docteur), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital du Midi.

LAILLER (le docteur), médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

LELOIR (le docteur) professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Lille, correspondant de l'Académie de médecine.

MAURIAC ((le docteur Ch.), médecin de l'hôpital du Midi.

Pozzi (le docteur), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de Lourcine.

QUINQUAUD (le docteur), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

TENNESON (le docteur), médecin de l'hôpital Saint-Louis.

VIDAL (le docteur), membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

⁽¹⁾ Le Comité d'organisation a été nommé par arrêtés ministériels des 18 juillet et 20 novembre 1888.

CONGRÈS INTERNATIONAL
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE,
TENU À PARIS DU 5 AU 10 AOÛT 1889.

Le Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie a tenu ses séances, du lundi 5 au samedi 10 août 1889, dans les locaux du musée de l'hôpital Saint-Louis, aménagés et décorés pour la circonstance.

L'ouverture du Congrès a coïncidé avec l'inauguration officielle jusque-là retardée du musée de l'hôpital Saint-Louis. Il y a eu régulièrement deux séances par jour : une séance, le matin, de 9 heures à 11 heures et demie et une séance, l'après-midi, de 1 heure à 3 heures et demie.

La langue française a été presque exclusivement employée par les divers orateurs. Le compte rendu qui va suivre est sommaire, les actes du Congrès devant être ultérieurement publiés dans un volume spécial⁽¹⁾.

Première journée. — Lundi 5 août.

SÉANCE DU MATIN.

- I. *Ouverture du Congrès et inauguration du musée de l'hôpital Saint-Louis.*
- II. *Discussion de la première question.*

PREMIÈRE PARTIE.

Ouverture du Congrès et inauguration du musée
de l'hôpital Saint-Louis.

A 9 heures et demie, prennent place sur l'estrade M. PEYRON, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique; M. le docteur RICORD, président d'honneur du Comité d'organisation; M. le professeur HARDY, président

⁽¹⁾ Le présent compte rendu est seulement destiné à représenter le *Congrès de dermatologie et de syphiligraphie* parmi les autres congrès tenus à Paris à l'occasion de l'Exposition. L'espace nous étant limité, nous avons seulement reproduit en résumé les discussions qui ont eu lieu à propos des questions générales proposées à l'avance par le comité d'organisation; pour les communications particulières dont nous donnons seulement ici l'énoncé du titre nous renvoyons au compte rendu général qui paraîtra ultérieurement. Le texte de ce résumé a été presque entièrement rédigé d'après les notes de M. le docteur Jacquet, l'un des secrétaires du Congrès.
(*Note du secrétaire général.*)

et les membres du Comité d'organisation; M. Félix VOISIN, vice-président du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique; M. le docteur FRÉOL, secrétaire annuel de l'Académie de médecine; M. le docteur CADET DE GASSICOURT, président et M. le docteur DESNOS, secrétaire général de la Société Médicale des hôpitaux de Paris; M. le docteur MILLARD, membre du Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique, représentant les médecins des hôpitaux; M. IMARD, inspecteur de l'Administration; M. GRANDRY, directeur de l'hôpital Saint-Louis, M. BARETTA, etc.

M. le docteur RICORD, président d'honneur du Comité d'organisation, ouvre la séance et souhaite la bienvenue aux membres étrangers.

M. PEYRON, directeur de l'Administration de l'Assistance publique, après avoir remercié les médecins étrangers d'avoir honoré en si grand nombre de leur présence l'inauguration du musée de l'hôpital Saint-Louis que l'on a voulu faire coïncider avec le Congrès, retrace l'historique de cette collection dont la création remonte déjà à plus de vingt années. Il montre la part prise à son accroissement par tous les médecins de l'hôpital Saint-Louis depuis Devergie, l'initiateur du musée jusqu'à M. Lailler qui en assura l'avenir et le succès le jour où il découvrit M. Baretta, alors ouvrier obscur, maintenant l'artiste incomparable auquel on doit cette collection de moulages unique au monde. On ne pouvait choisir un meilleur cadre que le musée lui-même pour un Congrès de dermatologie et de syphiligraphie, et l'Administration est fière d'en faire ainsi solennellement les honneurs à cette élite de médecins dermatologistes et syphiligraphes venus de tous les pays du monde.

M. le docteur Henri FEULARD, secrétaire du Comité d'organisation, fait l'histoire des origines du Congrès, l'un des premiers conçus, dès l'année 1888, parmi les nombreux congrès qu'a vu éclore cette année 1889; d'abord simple réunion intime projetée à l'occasion de l'inauguration du musée, puis, grandissant rapidement, rattaché bientôt aux congrès de l'Exposition et devenu maintenant, par le nombre et la qualité de ses membres, l'un des plus importants parmi les congrès médicaux de cette année.

Il remercie les frères étrangers qui ont bien voulu, dans leurs pays respectifs, servir de secrétaires correspondants au Comité d'organisation et assurer pour une bonne part par leur zèle et leur dévouement le succès du Congrès: MM. BERTARELLI (Milan); C. BOECK (Christiania); DUBOIS-HAVENITH (Bruxelles); COLCOTT FOX (Londres); HASLUND (Copenhague); MAYOR (Genève); MALCOLM-MORRIS (Londres); P.-A. MORROW (New-York); PARDO (Madrid); PETERSEN (Saint-Pétersbourg); G. RIEHL (Vienne); SILVA ARAUJO (Rio-de-Janeiro); WELANDER (Stockholm); ZAMBACO (Constantinople).

Il remercie l'Administration de l'Assistance publique d'avoir permis que le Congrès se tînt à l'hôpital Saint-Louis, dans le vieil hôpital d'Alibert, de Biett, de Lugol, de Cazenave, de Devergie et de Bazin; et la municipalité de la ville de Paris qui, par sa générosité⁽¹⁾, a contribué à l'éclat de cette réunion.

L'empressement des étrangers à se rendre à l'appel du Comité, témoigne de leur estime pour la science française, de leur sympathie pour la France et du désir qu'ils ont eu de venir eux aussi célébrer, dans la mesure de leurs

⁽¹⁾ Le conseil municipal de la ville de Paris a, dans sa séance du 13 juillet 1889, voté sur la proposition de M. le docteur Levraud une subvention de 1,000 francs au Congrès.

moyens, la grande fête du travail à laquelle la France a convié tous les peuples.

M. le professeur HARDY, président du Comité d'organisation, montre quel intérêt il y a à réunir à ce moment un Congrès de dermatologie et de syphiligraphie, quels progrès l'étude des maladies de la peau a faits depuis quelques années, la place importante et honorée qu'a conquise définitivement la syphiligraphie dans les études médicales et les résultats que l'on ne peut atteindre pour la solution de certaines questions que par l'entente internationale.

Le Congrès, le premier de ce genre qui se soit encore réuni, aura aussi l'avantage de mettre en rapports directement les savants de nationalités diverses et de créer entre gens se connaissant déjà et s'estimant pour leurs écrits, des relations scientifiques et amicales.

On procède ensuite à l'élection du bureau, à la nomination des présidents de séance et à celle des secrétaires.

Le bureau du Congrès est ainsi constitué :

Président d'honneur : M. le docteur RICORD.

Président : M. le professeur HARDY.

Secrétaire général Trésorier : M. le docteur Henri FEULARD.

PRÉSIDENTS DE SÉANCE :

Président honoraire : S. E. MAVROGENY PACHA, médecin du Sultan.

Présidents : M. le professeur DE AMICIS (Naples); M. le professeur M. CALL ANDERSON (Glasgow); M. le docteur CASTELO (Madrid); M. le professeur DUHRING (Philadelphie); M. le docteur DIDAY (Lyon); M. le professeur JANOWSKY (Prague); M. le docteur HUTCHINSON (Londres); M. le professeur KALINDERO (Bucharest); M. le professeur KAPOSI (Vienne); M. le professeur MANASSEI (Rome); M. le professeur NEUMANN (Vienne); M. le professeur OLAVIDE (Madrid); M. le professeur P. PELLIZARI (Florence); M. le professeur POSPELOW (Moscou); M. le professeur ROSOLIMOS (Athènes); M. le professeur SCHWIMMER (Buda-Pest); M. le professeur TARNOWSKY (Saint-Pétersbourg); M. le docteur UNNA (Hambourg); M. le docteur James WHITE (Boston); M. le docteur ZAMBAGO PACHA (Constantinople)⁽¹⁾.

SECRÉTAIRES :

MM. les docteurs BAUDOUIN, BRUCHET, JACQUET, A. MATHIEU, MOREL-LAVALLÉE, P. RAYMOND, G. THIBIERGE, VERCHÈRE, secrétaires français.

MM. les docteurs F. CASTELO (Madrid); DUCREY (Naples); PRINGLE (Londres); TÓRÖK (Buda-Pest), secrétaires étrangers.

MM. Louis WICKHAM et LEREDDE, adjoints au secrétaire général.

⁽¹⁾ MM. DUHRING, JANOWSKY, HUTCHINSON, TARNOWSKY, empêchés au dernier moment, n'ont pu prendre part aux séances du Congrès.

DEUXIÈME PARTIE.

Président : M. HARDY.

DISCUSSION DE LA QUESTION I.

De la constitution du groupe lichen.

I. *Doit-on, avec les anciens dermatologistes, conserver la dénomination de lichen à un assez grand nombre d'affections que plusieurs modernes considèrent comme différentes les unes des autres?*

II. *Dans la négative : 1^o quelles sont les affections qu'il faut séparer du groupe et dénommer autrement ; 2^o un nouveau groupe lichen étant constitué, quelles sont les espèces, formes ou variétés que l'on doit y admettre ?*

M. KAPOSI (de Vienne). A l'époque de Willan, la réponse était facile : avec lui on nommait *lichen* toute éruption à petites papules, c'est ce qu'on fait encore à notre époque quand on parle de *lichen syphiliticus*, *lichen pilaris*, *lichen urticatus*, etc. Mais on entend signifier simplement une apparence morphologique, non un processus morbide défini. Hebra, le premier, a attaché au mot *lichen* un sens nosologique et a décrit sous ce nom deux maladies à petites papules, d'une certaine qualité morphologique et anatomique, d'évolution et d'involution définies : c'est le *lichen ruber* et le *lichen scrofulosorum*.

Le premier de ces processus a été accepté sans hésitation jusqu'en 1874. Depuis, des divergences sont survenues et mon savant confrère et ami, M. E. Besnier, croit qu'il faut distinguer le *pityriasis rubra pilaris* du *lichen ruber acuminatus* des Américains, du *lichen ruber* de Hebra, et, enfin, du *lichen ruber acuminatus*, type Unna.

A ma grande surprise, il y aurait donc trois différentes espèces de *lichen ruber acuminatus*? Eh bien! je demande à en ajouter un quatrième, le *lichen ruber acuminatus* de Kaposi, car c'est lui qui a précédé tous les autres. Je le dis, non pour revendiquer la priorité, mais bien la responsabilité de ce nom. En effet, c'est pour distinguer cette forme de la maladie décrite en 1869 par Erasmus Wilson sous le nom de *lichen planus*, maladie qui est une simple variété du *lichen ruber*, c'est pour la distinguer, dis-je, que j'ai proposé de lui donner le nom de *lichen ruber acuminatus*, laissant celui de *lichen ruber planus* à la maladie d'Erasmus Wilson, ces deux affections n'étant, à mon sens, que deux variétés du *lichen ruber* de Hebra.

Je fais passer sous vos yeux une série de dessins exécutés du vivant de Hebra, dessins qui prouvent l'existence autonome du *lichen ruber acuminatus*, contestée actuellement par des dermatologistes très compétents comme MM. Brocq et Rona, qui admettent seulement, comme *lichen ruber*, le *lichen planus* d'Erasmus Wilson, tandis qu'au contraire, en ces derniers temps, certains auteurs américains, Taylor, Piffard, Robinson, ont refusé de reconnaître la maladie de Wilson comme *lichen ruber* et ne reconnaissent comme tel que le *lichen ruber acuminatus*.

Mais la plus grosse difficulté est venue des travaux français récents (Besnier,

Richaud, etc.), qui ont isolé le *pityriasis rubra* pilaire et affirment sa distinction d'avec mon *lichen ruber acuminatus* ou *lichen ruber* de Hebra. Pour moi, après avoir pris connaissance des observations et planches de ces auteurs, ainsi que des cas qu'ils considèrent comme analogues aux leurs ou qui sont publiés sous le même nom (Taylor, César Bœck), je déclare qu'il m'est impossible d'accepter cette distinction. En outre, je ne vois pas davantage de distinction possible d'après leurs examens histologiques : ils affirment que l'hyperémie et l'infiltration cellulaire du corps papillaire sont accessoires, que l'hyperkératose est au contraire primitive, mais je ne crois pas à l'importance de cette remarque.

Quant au marasme et à la terminaison funeste de notre lichen sur laquelle Besnier se fonde pour repousser l'identité avec son *pityriasis rubra* pilaire, qui n'entraîne jamais la mort, je les ai observés, depuis les treize premiers cas mortels de Hebra, sur deux autres malades améliorés d'abord par le traitement arsenical, ils s'y sont ensuite soustraits ; j'en ai vu, en outre, un certain nombre d'autres à état général grave ; ce sont ceux où l'affection se *généralise*, comme dans l'observation de Bœck.

En résumé, pour moi :

1° Le *lichen ruber* (Hebra) correspond absolument à mon *lichen ruber acuminatus* ;

2° Cette maladie est absolument différente du *pityriasis rubra* de Hebra ;

3° Les formes décrites par MM. Besnier, C. Bœck et autres, comme *pityriasis pilaire* ou *pityriasis rubra pilaire*, sont identiques à mon *lichen ruber acuminatus*. Toutefois je ne fonde cette assertion que sur la vue des planches et la lecture des observations, et je réserve mon opinion définitive jusqu'à examen d'un cas vivant.

En ce qui concerne le *lichen planus* d'E. Wilson, j'estime que c'est aussi un *lichen ruber* parce qu'il peut y avoir *coïncidence* des éléments plans et acuminés, ou encore *transformation* des papules acuminées en papules planes, et qu'enfin leurs caractères histologiques sont identiques. L'infiltration cellulaire qui le caractérise peut être *excessive* ; on a alors des formes spéciales, comme celle que j'ai décrite sous le nom de *lichen ruber moniliformis*, ou d'autres analogues au *mycosis fongoïde*.

D'autres fois l'excès de l'hyperkératose produit des types très difficiles à distinguer de l'ichthyose.

Je passe maintenant à la seconde dermatose du groupe lichen, le *lichen scrofulosorum* ; celle-ci n'a rien de commun avec le *lichen ruber*, c'est une affection caractérisée par des papules nées d'une infiltration du tissu circumfolliculaire, aboutissant à des folliculites suppuratives, à des pustules d'acné. Ces papules siègent ordinairement au tronc, à l'abdomen, rarement à la figure, où elles sont rangées en groupes et en amas. C'est une affection de la première jeunesse. Je rejette du cadre *lichen* toutes les autres affections à petites papules comme dans certaines formes d'urticaire et d'eczéma, d'érythème ; mais on pourrait se servir de ce nom comme adjectif, par exemple : *urticaire lichenoïde*, *syphilide lichenoïde*, etc.

Je dénie également ce nom au prurigo de Hebra, lichen agrius de mon savant ami le docteur Vidal, car dans ce cas, la caractéristique de la maladie n'est pas dans les petites papules, mais dans une série de symptômes formant

un ensemble (début dans la première année de la vie, siège à la surface externe des extrémités, incurabilité, etc.).

Je ne conserve donc sous l'étiquette lichen que le *lichen ruber* (*acuminatus* et *planus*) et le *lichen scrofulosorum*.

M. JAMIESON (d'Édimbourg). Je suis de l'avis de M. Kaposi; le terme de lichen doit être appliqué exclusivement à un groupe de dermatoses, dans lequel les lésions primaires sont des papules solides. Par conséquent, les affections telles que le *lichen simplex*, le *lichen strophulus*, les lichens *pilaris*, *urticatus*, *agrius* et *syphiliticus*, ne doivent pas être considérées comme des formes de lichen.

Pourtant je ne peux pas accepter les vues de Kaposi relativement à l'identité du *pityriasis rubra* pilaire de Devergie et Besnier, et du *lichen ruber* de Hebra.

En effet, comment expliquer l'absence de marasme, l'inefficacité de l'arsenic et l'absence presque complète de calvitie, que l'on constate dans le *pityriasis* de Devergie-Besnier, contrairement à ce qui se passe dans le *lichen ruber*? Je regrette néanmoins de ne pouvoir adopter le terme *pilaire*, et je le regarde comme défectueux; car l'affection peut siéger à la paume des mains et où il y a absence complète de poils.

Quant au *lichen scrofulosorum*, je me sépare, là encore, de Kaposi. C'est une maladie de l'enfance et je la considère comme un lichen circonscrit favorisé par la diathèse strumeuse. Je crois, en outre, que le *pityriasis rosé* est identique au lichen circonscrit, et non, comme le croit Unna, un eczéma séborrhéique. Il est curable par des moyens purement locaux (soufre et acide salicylique).

M. H. HEBRA (de Vienne). Je crois, contrairement à M. Kaposi, à la non-identité du *lichen ruber acuminatus* et du *pityriasis rubra pilaris*. Je me fonde sur la différence de gravité des deux affections; les 14 malades de Hebra sont morts, Kaposi en a perdu 2; le *pityriasis rubra* pilaire, tout au contraire, est une maladie bénigne. D'ailleurs, les symptômes et l'anatomie pathologique diffèrent; dans le *lichen ruber*, l'élément morbide atteint primitivement le chorion; dans le *pityriasis pilaire*, l'épiderme est atteint en premier lieu; la première de ces maladies procède de dedans en dehors; la seconde de dehors en dedans. Je suis donc surpris qu'on les puisse confondre, d'autant que leur évolution est loin d'être la même; elle est beaucoup plus rapide dans le *lichen ruber*. En terminant, je ne puis que rendre pleine justice aux travaux de M. Ernest Besnier sur le *pityriasis pilaire* et je les trouve trop méconnus.

M. C. BOECK (de Christiania). Je crois également à la distinction des deux maladies; il est des points de la symptomatologie du *pityriasis pilaire* incompatibles avec celle du *lichen ruber*: les grands lacs *rouges*, *lisses*, *souples*; la couleur *rouge clair*; l'aspect *argenté*; les grands *lambeaux cohérents* et *mous* qu'on obtient par le grattage, tout cela appartient en propre au *pityriasis pilaire*. En outre, les éminences épidermiques de cette maladie restent *pâles* et *blanches* pendant fort longtemps, et je m'explique difficilement que Hebra ait pu, sur cet aspect, employer le nom de *lichen ruber*.

M. HALLOPEAU (de Paris). La séparation des affections papuleuses en lichenoides et non-lichenoides est en réalité tout à fait arbitraire. C'est ce qui

explique les divergences qui existent à cet égard entre les auteurs. Toutes les classifications sont possibles de l'objection fondamentale suivante : elles réunissent sous un même nom des états morbides qui n'ont de commun que leur apparence morphologique. Nous sommes ainsi amené à considérer comme artificiels les groupes admis par les auteurs; c'est donc à juste titre, suivant nous, que M. Besnier a insisté sur la déplorable confusion qui régnait naguère parmi les dermatologues les plus autorisés au sujet de cette affection, et que le professeur Hardy avait proposé, à une époque où le lichen plan n'était pas connu, de rayer le lichen du cadre nosologique.

Les lichens simple et circonscrit peuvent être, en effet, regardés comme des formes particulières d'eczéma; le lichen pilaire se rattache soit au pityriasis pilaire, soit à l'ichthyose, soit à la xérodermie; le *lichen agrius*, lichen polymorphe *ferox* de M. Vidal est généralement classé parmi les prurigo, et M. Leloir vient d'établir que ses papules diffèrent essentiellement, dans leur structure, de celle du lichen; le lichen acnéique de Weyhl, les lichens *circumscriptus* et *circinatus* des auteurs anglais ne sont autres que l'eczéma acnéique de Lailler, l'eczéma flanellaire de Besnier, dont Unna a démontré la nature séborrhéique. Nous avons grande tendance à rapprocher de ce dernier le *lichen scrofulosorum* de Hebra; il ne serait autre que sa manifestation chez les jeunes sujets scrofuleux.

Nous arrivons ainsi par élimination à réduire à une seule espèce tout le groupe autrefois si complexe du lichen et à réservé ce nom à la maladie de Wilson, que nous proposons d'appeler simplement lichen, car les dénominations de *lichen ruber* et de *lichen planus* ne peuvent plus lui convenir. L'épithète de *ruber* ne saurait, en effet, entrer dans la définition d'une éruption qui peut être décolorée; il en est ainsi dans la forme dont Kaposi a fait connaître un cas et que nous avons décrite sous le nom de lichen *atrophique* ou *scléreux*, et, d'autre part, la qualification de *planus* ne peut s'appliquer au type de Wilson, mais seulement à l'une de ses variétés, puisque l'on doit admettre, avec Unna, un *lichen obtusus* et un *lichen acuminatus*, avec Vidal un lichen *tubéreux corné*, avec Lailler un lichen *verruqueux*, avec Kaposi un lichen en *collier de corail*.

On ne doit pas dire, enfin, qu'il s'agit d'une maladie à marche *essentiellement chronique*, car MM. Lavergne, Rona et nous-même en avons décrit ou observé des formes et des poussées aiguës; la notion en est très importante, car elle servira peut-être à élucider la nature du *lichen ruber acuminatus*.

En résumé :

- 1^o *Le groupe lichen est artificiel;*
- 2^o *C'est arbitrairement qu'on y fait rentrer diverses affections qui n'ont de commun que l'aspect papuleux de leurs éléments;*
- 3^o *On devra ultérieurement substituer au mot lichen des dénominations tirées de l'anatomie et de la physiologie pathologiques;*
- 4^o *Les maladies actuellement confondues sous ce nom peuvent être rattachées à d'autres types, à l'exception de celle qu'a décrite Wilson : c'est cette dernière seule qu'il convient aujourd'hui d'appeler lichen, elle constitue une espèce morbide;*
- 5^o *La qualification de lichen planus n'est plus applicable qu'à une variété de cette maladie. On doit en admettre une forme aiguë et une forme chronique, et distinguer dans cette dernière les variétés décrites sous les noms de lichens *planus*, *obtusus*, *acuminatus*, *tubéreux corné*, en *collier de corail* et *scléreux*;*

6^e La forme aiguë comprend une partie des faits publiés sous le nom de lichen ruber acuminatus.
La séance est levée.

SÉANCE DU SOIR.

Président : M. HARDY.

De la constitution du groupe lichen.

(Suite de la discussion.)

M. NEUMANN (de Vienne). Je réscrve le nom de lichen à certaines formes bien définies, comme le *lichen ruber* et le *lichen scrofulosorum*. Quant au lichen pilaire, je le range dans les hyperkératoses; le *lichen lividus*, dans le purpura; le *lichen urticatus*, dans l'urticaire; le *lichen agrius*, dans l'eczéma.

J'adopte la classification de Hebra, mais je pense que le *lichen planus* mérite une mention et un historique spéciaux. Il n'a avec le *lichen ruber* que des relations, non une identité; ses éléments *plats*, son caractère chronique, l'absence des démangeaisons sont des signes distinctifs.

Quant au *lichen ruber*, c'est moi qui l'ai mentionné le premier sous le nom d'*herpes chronicus*. Hebra ne l'a mentionné qu'après moi, dans la deuxième édition de son livre. J'ai abandonné la dénomination d'*herpes chronicus*, parce que j'ai reconnu par la suite, que l'affection n'avait pas les caractères de l'herpès, j'ai alors adopté celle de *dermatitis circumscripta herpetiformis*.

Au point de vue histologique il est important de noter qu'il y a dans l'épiderme non seulement une augmentation en masse, mais aussi une transformation des cellules elles-mêmes. Au point de vue thérapeutique, le traitement local suffit dans tous les cas pour guérir la maladie. Les meilleurs moyens sont l'application du goudron au pinceau, les bains goudronnés, les frictions au savon vert.

M. UNNA (de Hambourg). Nous venons d'entendre dire par M. Kaposi, qu'il n'y a aucune différence entre les cas désignés en France sous le nom de *pityriasis rubra pilaris* et le *lichen ruber acuminé*. Après cette déclaration, on ne peut plus soutenir l'identité du *lichen ruber* d'Hebra avec le *lichen ruber acuminé* de Kaposi. Ce dernier doit être regardé comme une dénomination ultérieure du *pityriasis rubra pilaris* (Devergie), qui était décrit plus tôt. Mais on n'a pas encore le droit de prononcer le même jugement sur les cas graves de Hebra qui lui ont fourni la base de sa première description. J'ai essayé, en 1884, de compléter la description du *lichen ruber* type Hebra, par la publication de certains cas, qui n'étaient qu'au commencement de leur évolution. J'ai eu alors l'opinion — je l'avoue un peu naïve — que des cas bien caractérisés du lichen acuminé, type Hebra, seraient bien connus partout. Voilà pourquoi, au lieu de faire connaître les cas les plus typiques qui se sont produits lors de l'épidémie de Hambourg (1881-1883), je n'ai publié que ceux qui étaient remarquables par des particularités un peu plus rares.

M. Robinson a eu tort de ne citer que le plus bénin de mes cas comme

typique. Au contraire, presque tous mes cas étaient graves et je n'aurais jamais osé faire le diagnostic dans ces cas, si je n'avais pas eu l'occasion d'observer en même temps toute une série de cas graves. Puisque mes cas sont conformes dans tous leurs symptômes cliniques essentiels avec le *lichen ruber* de Hebra, je dois déclarer que la forme que j'ai fait connaître est identique au *lichen ruber* de Hebra et qu'elle est tout à fait différente de celle de M. Kaposi.

Puisque l'épithète *acuminatus* fut introduite pour la première fois par M. Kaposi et puisqu'il l'emploie maintenant pour la dénomination d'une maladie qu'on ne peut distinguer de la maladie de Devergie, je retire le mot *acuminatus* du nom de la forme que j'ai fait connaître et je l'appellerai désormais à cause des symptômes neurotiques : *Lichen ruber neuroticus*.

Il me reste encore à dire quelques mots contre la tendance à confondre ce lichen véritable avec des cas de *lichen planus*, qui se distinguent par la quantité et la petitesse des papules et l'acuité de leur développement. J'ai eu l'année passée quatre cas dans ma clinique qui montraient à côté des papules ordinaires du lichen plan une grande quantité de papules miliaires; et malgré cela, il s'agissait d'une forme généralisée de lichen plan de Wilson et non de la forme de Hebra, ni d'une forme mixte de ces deux affections.

M. SCHWIMMER (de Buda-Pesth) accepte deux formes de *lichen ruber* : une forme grave, le *lichen ruber acuminatus*, et une forme moins grave, le *lichen ruber planus*. Il n'est pas d'avis que ces deux maladies soient des maladies tout à fait spéciales dont l'une n'a aucun rapport avec l'autre, car il lui semble très vraisemblable que la forme du lichen plan peut aussi se transformer en lichen acuminé, quoiqu'il n'ait pas vu une telle transformation.

Les médecins qui nient l'existence du *lichen ruber acuminatus* ou *universalis* ont tort, et il semble que ces auteurs n'ont pas encore eu l'occasion de voir de pareils cas.

J'ai, en 1863, dit l'orateur, rapporté déjà des cas de ce genre, attaché que j'étais à cette époque au service de M. le professeur Hebra, avant qu'il ait connu le lichen plan; l'école de Vienne ne connaissait pas encore cette forme.

Plus tard, après les descriptions d'Erasmus Wilson, j'ai accepté cette affection et rencontré, pendant ces dernières années, beaucoup de cas se rapportant à cette forme.

La séparation trop hâtive des formes du *lichen ruber type* des autres formes, me semble provenir encore de la description du professeur Hebra qui croyait la maladie toujours suivie d'une issue funeste, ce qui n'existe pas en réalité, et Hebra lui-même avait changé plus tard ses idées sur la marche de cette maladie. Pour démontrer la forme du *lichen ruber planus* dans un cas très net, je puis montrer une aquarelle que j'ai fait faire d'un cas où la maladie durait depuis des années et où les poussées de l'affection se montraient toujours dans un espace de quelques mois; on voit très bien les papules blanches du lichen et l'infiltration de la peau qui fonçait la surface en teinte lilas et brunâtre.

Quant à l'opinion des auteurs français, surtout de M. Besnier et celle de M. Bœck, concernant la dénomination de *pityriasis rubra pilaris*, je suis d'avis que cette maladie et le *lichen ruber acuminatus* sont identiques, au-

tant qu'on peut en juger d'après les moulages et les dessins qu'on nous a montrés.

M. MALCOLM MORRIS (de Londres). Je regrette qu'il n'y ait pas de plus digne représentant que moi du pays qui a donné naissance à Erasmus Wilson, le grand dermatologue qui a si bien décrit le *lichen planus*. Il me semble que la discussion précédente n'est guère qu'une discussion de mots et je doute que la solution de la question proposée ait à y gagner quelque chose.

Il serait plus pratique de discuter des *cas* soumis à l'observation. Familiar avec la maladie de Wilson, j'ai vu à Vienne des cas de lichen de Hebra qui étaient identiques. Quant au *pityriasis rubra pilaire* de Besnier, c'est une maladie absolument différente.

M. DUBOIS-HAVENITH (de Bruxelles). Depuis huit ans, je n'ai pas eu l'occasion d'observer un seul cas de *lichen ruber acuminatus* à Bruxelles. J'ai été plus heureux pour le lichen plan de Wilson. Au sujet de cette affection et de la dénomination de *lichen neuroticus* proposée par Unna, je crois intéressant de vous signaler le cas d'un malade atteint de *lichen plan*, qui pendant le cours de son affection cutanée, a présenté deux autres manifestations, ayant des relations évidentes avec les lésions trophonévrotiques, à savoir une *alopecie en aires*, ensuite un *zona pectoral*. Cette observation sera peut-être de nature à fortifier l'opinion de M. Unna, qui croit à certaines localisations nerveuses constituant la forme spéciale qu'il nomme *lichen neuroticus*, et qu'il croit être la même maladie que le *lichen ruber* de Hebra.

M. LÉLOIR (de Lille). Comme l'indiquait le programme, j'avais l'intention de parler sur le groupe des lichens. Je me bornerai à vous présenter une série de dessins relatifs à l'histologie pathologique de la lésion élémentaire du prurigo de Hebra, à propos de laquelle j'ai publié une note dans les *Annales de dermatologie*, en collaboration avec mon chef de clinique, M. Tavernier.

Je ne veux pas intervenir davantage dans une question aussi embrouillée que celle des lichens. Je me rassure, à cet égard, en grande partie à l'opinion de mes confrères et amis, MM. les docteurs Besnier et Hallopeau.

J'émettrai cependant un vœu très timide. Ne pourrait-on pas en revenir provisoirement à l'opinion de M. Hardy et supprimer, jusqu'à ce que nos connaissances sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de cette affection soient plus complètes, ce groupe aussi embrouillé que dangereux?

M. SCHIFF (de Vienne). Il me semble qu'étant donnée la gravité du *lichen ruber* de Hebra, il doit être considéré comme une maladie constitutionnelle et non simplement comme une maladie neurotique (*neuroticus*), ainsi que le voudrait M. Unna. Je voudrais, en outre, voir réserver le nom de *pityriasis rubra pilaire* aux cas de *lichen ruber*, qui ne s'accompagnent pas de symptômes généraux.

M. E. BESNIER (de Paris). Les dermatologistes éminents qui m'ont précédé à cette tribune ont bien montré, par le nombre et par la valeur de leurs communications, toute l'importance de la question du lichen, laquelle peut servir de type pour montrer le travail d'épuration auquel est soumise actuellement la pathologie cutanée.

Assurément on serait, en théorie, autorisé avec MM. Hardy et Leloir, à dire que le lichen n'existe plus en fait, et qu'il n'y a qu'à rayer ce vocable de la

dermatologie; mais les exigences du présent et de la pratique ne s'accommodeent pas de ce radicalisme, et il faut, au moins à titre provisoire, être conservateur dans certaines limites.

C'est une chose entendue, que les innombrables maladies et lésions cutanées que nos ancêtres en dermatologie ont cataloguées sous le nom de « lichen », avec un luxe de qualificatifs de toutes sortes sont à laisser de côté; il y a, sur ce point, une majorité tellement compacte, que la solution est acquise selon l'esprit, sinon la lettre, du thème de l'illustre Hebra.

Il est adopté également, par le consentement du plus grand nombre, que le *pityriasis rubra pilaire* a été souvent confondu avec les lichens à petites papules acuminées, que cette confusion doit cesser aujourd'hui, et que de cette élimination le terrain se trouve considérablement déblayé.

Cela ressort enfin de l'avis dominant que le « lichen », le seul vrai lichen de l'heure présente, ou au moins le *type* de ce lichen, est donné par la maladie dont la description merveilleuse appartient à Erasmus Wilson et à l'école anglaise; c'est celui-là que nous avons, à l'hôpital Saint-Louis, l'habitude, pour cette raison, de désigner sous le nom de « lichen de Wilson ». C'est à lui, qu'étendant les limites du cadre établi par son auteur, nous avons systématiquement, et avec preuves à l'appui, amené quelques formes cliniques en apparence dissemblables dans quelques cas, mais qui sont, en réalité, absolument du même ordre.

En voici l'énumération : a. *Lichen à petites papules prédominantes*; type du *lichen acuminatus*; b. *Lichen à papules exclusivement planes*, ou type pur de Wilson; c. *Lichen à papules plates et acuminées simultanément*, forme mixte, très commune; d. *Lichen à grosses papules, à papules géantes*; lichen obtus de Unna; *lichen en grains de corail ou moniliforme* de Kaposi; *lichen hypertrophique, hyperkératosique corné*, et enfin *lichen atrophique* de Kaposi-Hallopeau; toutes ces formes ou variétés étant toujours constituées de néoplasies *dermiques*, vivaces, longtemps viables, immuables dans leur morphologie.

Cette série n'est pas fermée, elle peut recevoir d'autres formes dermatologiques telles que celles qui correspondent au *lichen aigu* de Hallopeau, au *lichen neuroticus* de Unna. Mais il faut encore un peu de temps pour la vérification à l'aide de faits nouveaux publiés et la légitimation définitive.

Enfin nous repoussons aussi jusqu'à nouveau et plus ample informé le *lichen des scrofuleux* de Hebra, que nous considérons comme une forme de lésion cutanée polymorphe, du type des folliculites, et dont la place ne saurait être conservée dans le lichen.

M. DE AMICIS (de Naples) montre des dessins d'un cas mixte de lichen (lichen plan, acuminé et corné).

Il pense que le mot « lichen » doit s'appliquer au *lichen ruber* seul, et qu'on doit en détacher le *lichen scrofulosorum*.

MM. NEUMANN, KAPOSI, HEBRA et UNNA font un échange d'observations sur quelques points de détail et maintiennent leurs opinions respectives.

M. VIDAL (de Paris). Si la dénomination de lichen est conservée, elle doit s'appliquer à d'autres affections que le *lichen planus* d'Erasmus Wilson et que le *lichen scrofulosorum* de Hebra et Kaposi. Le *lichen simplex* circonscrit a bien plus de rapports avec le *lichen planus* que n'en a le *lichen scrofulosorum*. Cette

dernière affection, dont certains éléments aboutissent parfois à la suppuration et à la formation d'une pustule d'acné pilaire, n'est-elle pas bien plutôt une *folliculite pilo-sébacée* chronique qu'elle n'est un lichen ?

Je comprends parfaitement qu'Hebra, trouvant à cette affection des traits de ressemblance avec ce qui était décrit sous le nom de lichen pilaire, l'ait rangée, avec le *lichen ruber*, dans le groupe artificiel qu'il formait et auquel il donnait le nom de « lichen ».

La définition d'Hippocrate : « *λειχήν est summae cutis vitium ut φύρα et λέπρα cum asperitate et levi pruritu* », invoquée par l'illustre chef de l'école de Vienne pour rejeter du cadre des lichens les affections papuleuses de Willan, ne s'applique-t-elle pas mieux au lichen simplex et au prurigo qu'elle ne convient au lichen scrofulosorum et même aux différentes modalités du lichen ruber et du lichen plan ?

Au lieu de détourner l'expression de lichen du sens qui lui avait été attribué par Willan, il eut été préférable de la rayer complètement et de créer une dénomination nouvelle pour les deux affections nouvelles. On m'objectera, il est vrai, que leur étude n'était pas encore assez avancée pour permettre de les classer définitivement. A cela je ne contredis pas, et j'accepte le classement provisoire. Mais alors, je me demande pourquoi rejeter de ce groupe le *lichen simplex* chronique. N'est-il pas mieux connu que le *lichen ruber* et que le *lichen planus* ? N'a-t-il pas pour lésion élémentaire une papule acuminée pouvant persister à cet état pendant toute sa durée ? N'a-t-il pas, dans sa marche, des analogies avec certaines formes du lichen plan et du *lichen ruber*, si tant est qu'il y ait deux espèces ?

Voici pour les analogies : début par des papules isolées devenant cohérentes, puis confluentes, qui forment des plaques ; puis, graduellement, l'infiltration du derme diminue, les plis de la peau qui étaient exagérés deviennent moins apparents, la plaque s'affaisse vers son centre, en même temps qu'elle devient pigmentée. La résolution marche du centre vers la circonference comme on le voit dans le lichen plan.

Loin de moi la pensée de pousser plus loin la comparaison et de vouloir faire du *lichen simplex* chronique une forme ou une variété du lichen plan, pas plus que que je ne songerais à faire du lichen plan une variété du *lichen simplex* chronique. Ce que je veux dire, c'est que la dénomination de lichen convient au moins aussi bien à l'une qu'à l'autre et qu'il n'était pas nécessaire d'en déposséder le lichen de Willan.

A cela on me répondra que le lichen de Willan n'est pas un lichen, mais bien un eczéma. C'est le bien-fondé de cette opinion que je veux discuter, bien certain à l'avance que je n'aurai pas la majorité de mon côté.

Je suis convaincu que lorsque nous soumettrons l'eczéma à la même critique que subit en ce moment le lichen, nous ferons, dans cette révision, bien des modifications au groupe artificiel qui est désigné sous ce nom. Je n'en veux pour indices que les travaux récents de Unna sur l'eczéma séborrhéique.

Je verrais plus de raisons pour faire rentrer dans les eczémas les érythèmes polymorphes, qui sont aussi des dermatoses exsudatives, que je n'en vois pour y ranger le *lichen simplex* chronique. Je sais bien que ce lichen circonscrit peut être le siège d'irritation, de lésions secondaires polymorphes, qui lui donnent une apparence eczématisiforme ; mais ce sont des phénomènes deutéro-

pathiques, accidentels; ils peuvent modifier l'aspect extérieur, au fond ils ne changent rien à la nature primitive de la lésion élémentaire, qui peut rester à l'état papuleux pendant toute sa durée.

La papule du lichen a au moins autant de rapports avec l'urticaire qu'avec l'eczéma. En tendant une portion de la peau atteinte de *lichen simplex*, sur les bords de la plaque, où les papules sont plus récentes et discrètes, on voit les pointes blanchir et prendre l'apparence de minuscules pomphs d'urticaire, et l'anatomie pathologique, en montrant l'œdème de la pointe de la papule et les leucocytes en migration, confirme la ressemblance.

Le sens de ma communication peut être résumé dans ces deux conclusions :

1° Le nom de lichen devrait être réservé aux affections papuleuses (lichen prurigo et strophulus), et le lichen de Willan ne doit pas être classé dans le groupe eczéma;

2° A titre provisoire, en attendant qu'une étude plus complète nous autorise à leur donner leur nom pathogénique, on peut ranger dans le groupe lichen les diverses variétés du *lichen planus* avec toutes les formes admises par Erasmus Wilson, et aussi celles du *lichen ruber acuminatus* et *obtusus*, le *lichen planus corné*, le lichen tubéreux corné, le lichen verruqueux, le lichen scléreux, le lichen moniliforme et probablement d'autres types encore à l'étude.

La discussion est close et la séance est levée.

Le soir, le président du Comité, M. le professeur HARDY, recevait chez lui les membres du Congrès.

Deuxième journée. — Mardi 6 août.

SÉANCE DU MATIN.

Président : M. DE AMICIS.

DISCUSSION DE LA QUESTION II.

Du pityriasis rubra. — Des dermatites exfoliantes généralisées primitives.

I. *Quels sont les caractères propres à la dermatose à laquelle il faut limiter la dénomination du pityriasis rubra? Ne doit-on pas distinguer dans cette maladie plusieurs types selon leur marche, leur durée et leur terminaison?*

II. *La dermatose décrite sous le nom de pityriasis rubra pilaire doit-elle être considérée comme une espèce du pityriasis rubra ou comme une affection propre, ou bien être rattachée à un autre genre morbide, le psoriasis?*

III. *Quels sont les rapports à établir entre les affections cutanées dénommées :*

a. *Érythèmes scarlatiniformes;*

b. *Dermatite exfoliatrice généralisée primitive.*

• M. PÉTRINI (de Bukarest) pense, en s'appuyant sur quelques cas par lui observés, que le *pityriasis rubra* type Hebra, la dermatite exfoliante généralisée primitive et l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, sont des dermatoses

distinctes. Il a observé un malade atteint de *pityriasis rubra* de Hebra et pendant huit ans les caractères de l'éruption (rougeur, sécheresse de la peau, chute des poils, desquamation furfuracée) n'ont pas changé. L'examen microscopique donne d'après lui la clef de cette exfoliation permanente. Il a constaté en effet des lésions artérielles allant jusqu'à l'oblitération des vaisseaux et qui suffisent à expliquer ces troubles de nutrition. Quant à l'érythème scarlatiniforme, affection rare, il ne faut pas le confondre avec les érythèmes médicamenteux, qui, dit-il, ne sont jamais généralisés et ne récidivent pas. Il a pratiqué également l'examen histologique dans un de ces cas, et il a noté à la fois l'abondance de l'éléidine et une augmentation du *stratum granulosum* qui expliquent la desquamation. Pour la dermatite exfoliatrice généralisée primitive, elle ne doit pas être considérée comme constituant la forme aiguë du *pityriasis rubra* de Hebra. Elle guérit, quoique tardivement.

M. Brocq (de Paris). En dehors des fièvres éruptives classiques, il est toute une grande catégorie de dermatoses encore assez mal connues, que caractérisent, au point de vue objectif, une rougeur généralisée du derme et une desquamation plus ou moins abondante de l'épiderme. Ces faits ont été surtout publiés sous le nom de *pityriasis rubra*, depuis les travaux de Devergie et de Hebra. Ce sont les *érythrodermies exfoliantes* de M. E. Besnier. Ce groupe n'est pas homogène.

Nous distinguerons d'abord les affections suivantes, qui ont leur individualité propre :

1° Le *pityriasis rubra pilaris* de Devergie, Richaud, Besnier, maladie bien définie comme symptomatologie et comme histologie, qui nous paraît se rapprocher beaucoup du psoriasis;

2° La *lymphodermie pernicieuse* de M. Kaposi et probablement certaines *variétés eczématisiformes généralisées de mycosis fongoïde*;

3° Les *éruptions généralisées rouges et desquamatives d'origine artificielle*, médicamenteuses pour la plupart;

4° Les *poussées aiguës et généralisées qui se produisent assez souvent dans le cours d'un eczéma, d'un psoriasis, beaucoup plus rarement d'un lichen planus*;

5° Les *herpétides exfoliatives de Baxin* qui surviennent chez des sujets débilités, depuis longtemps atteints de dermatoses rebelles (eczéma, psoriasis, pemphigus, etc.).

Si nous laissons de côté les faits dont nous venons de parler, nous nous trouvons en présence d'éruptions généralisées rouges et desquamatives, dites *essentielles*, qui ne rentrent dans aucun des cadres morbides précédents. À ces éruptions on pourrait conserver le nom générique de *pityriasis rubra*. Ce sont :

1° L'*érythème scarlatiniforme desquamatif* ou *dermatite exfoliative aiguë bénigne*. C'est une sorte de pseudo-exanthème caractérisé par un début assez franc, fébrile, simulant celui de la scarlatine, par une éruption rouge qui se généralise vite et par une desquamation sèche, lamelleuse, abondante. La guérison survient d'ordinaire en deux à six semaines.

2° La *dermatite exfoliative généralisée proprement dite ou subaiguë*. C'est une maladie générale qui ne semble pas être contagieuse et qui a une évolution cyclique (périodes d'augment, d'état, de déclin). Le début est rapide : on voit apparaître plusieurs taches rouges, prurigineuses qui se généralisent à tout le

corps en quelques jours. A la période d'état, les téguments épaissis sont envahis par une rougeur intense. Puis l'épiderme s'exfolie et une desquamation de fines lamelles nacrées, sèches, commence; les poils tombent presque tous. Il se produit presque toujours un suintement au niveau des plis articulaires.

La maladie met trois ou quatre mois à évoluer, quelquefois dix mois. Les rechutes et les récidives sont fréquentes.

3^e *Dermatite généralisée chronique*. J'en ai observé un cas dans le service de M. le professeur Fournier, chez un homme de cinquante ans. La maladie a duré cinq ans; depuis quatre ans le malade est resté indemne de toute autre lésion cutanée. La maladie avait semblé débuter par un eczéma qui se serait compliqué soit d'une poussée aiguë généralisée, soit d'une dermatite exfoliatrice. Or je ne crois pas qu'une pareille interprétation soit exacte. Je ne pense pas qu'on soit fondé à soutenir que pendant sa première période ou période eczématisiforme l'éruption ait été de l'eczéma vrai.

Cette dermatite généralisée chronique a présenté: une période de début fort longue, pendant laquelle l'affection a simulé l'eczéma; une période d'état pendant laquelle on a observé les caractères objectifs de la dermatite exfoliatrice typique (rougeur généralisée et infiltration du derme, desquamation intense en grandes lamelles, chute des poils, lésions des ongles, engorgements ganglionnaires, etc.); enfin une période de déclin pendant laquelle la rougeur et la desquamation ont disparu en laissant une pigmentation qui s'efface peu à peu.

4^e *Pityriasis rubra chronique, type de Hebra*. La longue durée du *pityriasis rubra* chronique, son début lent, insidieux, apyrétique, son évolution spéciale et progressive vers une terminaison fatale, la petitesse relative des squames, l'infiltration moindre des téguments, l'intégrité relative des phanères, tous ces caractères le distinguent nettement des dermatites exfoliatrices telles que nous les comprenons.

5^e *Pityriasis rubra subaigu ou bénin*. J'ai publié en 1884 un cas de *pityriasis rubra* subaigu ou bénin qui semble se différencier des dermatites exfoliatrices par une desquamation plus fine, par l'intégrité des phanères, par la conservation du bon état général, et du *pityriasis rubra* chronique par sa courte durée et sa bénignité.

M. R. CROCKER (de Londres). J'ai observé un cas de dermatite exfoliatrice généralisée, chez une femme de 26 ans; le début avait été psoriasiforme: elle en souffrait depuis treize ans et avait eu aussi plusieurs attaques de rhumatisme aigu, ainsi d'ailleurs que divers autres membres de sa famille.

Son éruption présentait simultanément les caractères du psoriasis et du lichen plan; il y avait, en outre, du pityriasis généralisé. Les poils tombèrent; les ongles étaient altérés.

Elle fut soumise au traitement arsenical à doses modérées; une amélioration considérable se produisit tout d'abord, mais après une injection sous-cutanée de liqueur de Fowler, une poussée scarlatiniforme aiguë se déclara, en même temps que des signes de polyarthrite et d'endo-péricardite, et, plus tard, d'iritis rhumatismale.

L'éruption prit, peu à peu, le type Hebra (*pityriasis rubra*), et l'état devint très grave. Le salicylate de soude n'eut aucun bon effet, mais la quinine à fortes doses amena la guérison.

Je considère donc cette maladie comme de nature rhumatismale, et j'insiste sur la valeur thérapeutique du sulfate de quinine.

M. JAMIESON (Édimbourg). Le nom de *pityriasis rubra* n'exprime qu'une phase de la dermatite exfoliatrice généralisée, laquelle peut commencer par un eczéma, un psoriasis, un pemphigus ou un lichen. Les deux formes sèches à petites squames et humides à grandes squames ne sont pas nettement séparables l'une de l'autre, mais celle-ci est plus dangereuse à cause de l'absorption septique.

J'accepte entièrement les idées de l'école française au sujet du *pityriasis rubra pilaris*, mais je trouve que le nom est mal choisi car les régions palmaires sont prises. Je ne puis me prononcer sur le rapport entre l'érythème scarlatiniforme et la dermatite exfoliatrice. L'érythème scarlatiniforme me paraît un processus plus superficiel et plus fugitif. En outre, il s'observe généralement sur les enfants, tandis que la dermatite exfoliatrice attaque presque exclusivement les adultes.

M. UNNA. J'ai vu jusqu'ici *six* cas de *pityriasis rubra* Hebra, dont *quatre* dans lesquels il y avait à la fin tous les symptômes, et seulement les symptômes que feu Hebra a fixés comme pathognomoniques de cette maladie. Mais, parmi ces quatre cas, il y en eut trois dans lesquels la maladie se développa après un *eczéma séborrhéique* très net et un seulement dans lequel la maladie débute par des symptômes plus simples (rougeur diffuse, généralisée, sans plaques), comme Hebra l'a indiqué. Et, chose singulière, ces trois cas ont été mortels après un cours de quelques années, tandis que celui qui avait débuté, selon le type Hebra, guérit après un traitement assez long. J'ai vu, en outre, deux cas d'*eczéma séborrhéique* qui se sont transformés, je crois, en *pityriasis rubra* de Hebra; les malades vivent encore. Ce sont là mes six cas. Je conclus qu'il y a tout au moins deux modes de début du *pityriasis rubra* Hebra : 1^o *Variété à début d'emblée*, et 2^o *variété à début par des symptômes réels d'eczéma séborrhéique*. *Les deux espèces ont une odeur caractéristique, désagréable, sébacéique*.

M. VIDAL. J'ai vu dans mon service un fait qui confirme les vues de M. Unna sur la dermatite exfoliatrice et l'*eczéma séborrhéique*. Ce cas, que je considérais au début comme un *eczéma séborrhéique* s'est généralisé rapidement, a envahi toute la surface des téguments, en même temps que se développait l'odeur spéciale qu'a signalée M. Unna. Puis les squames ont apparu et les caractères du *pityriasis rubra* se sont accentués de plus en plus, jusqu'à l'affaiblissement progressif et la mort du malade.

M. SCHWIMMER. Je regrette la confusion qui pourrait s'établir à la suite des idées émises par MM. Unna et Vidal. Les dermatologistes anglais et français du commencement du siècle admettaient déjà une maladie nommée par eux *pityriasis rubra*, mais qu'ils considéraient comme une forme d'*eczéma*. N'est-il pas à craindre que les idées qu'on vient d'entendre ne paraissent, au sujet du *pityriasis rubra*, nous ramener à cette époque; tandis que, en réalité, le type décrit par Hebra père est absolument spécial, par sa gravité, son évolution, etc. (M. Schwimmer montre des aquarelles, exécutées d'après les cas de *pityriasis rubra universalis* de son service.)

Je demande, en outre, à ajouter que le pronostic de cette affection me

paraît avoir trop été assombri jusqu'ici, et qu'on peut attendre beaucoup d'un traitement rationnel, même dans les cas déjà avancés.

M. PETRINI. Je suis de l'avis de M. Schwimmer. On ne doit pas perdre de vue non plus la définition du mot *pityriasis*, qui signifie desquamation *furfuracée*, et non desquamation à grandes lamelles, sans quoi la confusion est inévitable.

M. KAPOSI. Beaucoup de maladies cutanées peuvent simuler le *pityriasis rubra*, et le diagnostic différentiel est des plus difficiles. En réalité, il ne faut pas l'oublier, c'est une affection des plus rares; certains chefs de clinique de Hebra père ont vu s'écouler entièrement le temps de leur service sans en observer un seul. Hans Hebra et moi-même en avons publié chacun un seul cas. Il faut se garder de confondre avec ce type morbide les dermatites d'origine *toxique* qui le peuvent simuler; de même aussi il y a des dermatites, plus ou moins voisines, qui sont provoquées par des suppurations latentes comme des abcès rénaux, péri-utérins, etc.

Les symptômes de l'affection au début sont des plus insidieux et des plus délicats; à la période d'état, Hebra a fait remarquer que la peau garde toute sa souplesse. Il n'y a jamais *d'infiltration dermique*. En résumé, c'est là une dermatose extrêmement rare, mais à physionomie toute spéciale.

M. H. HÉBRA. Je me range absolument à l'avis de M. Kaposi sur la rareté et la difficulté de diagnostic de cette maladie. Je pense aussi que M. Schwimmer a bien fait de prévoir des confusions, si l'on adopte l'opinion de M. Unna. Cependant je viens d'examiner ses dessins, et il en est un qui ne se rapporte certainement pas au *pityriasis rubra*, mais bien au *pityriasis rubra pilaire* ou à l'eczéma séborrhéique.

M. SCHWIMMER. Je reconnais que le dessin n'est pas des plus *exact*s. Mais je crois pouvoir affirmer que mon diagnostic l'est; l'évolution de la maladie l'a confirmé.

M. BESNIER. Voici des moussages de *pityriasis rubra pilaire*, typique. Ils ont, cela n'est pas douteux, la plus grande analogie avec le dessin contesté. Quant au fond de la question, il n'y a guère entre nous, je crois, que des dissens- timents de détail; en somme, tous ou peu s'en faut, nous acceptons le type créé par Hebra avec tous ses caractères.

Devergie, dont le nom a été prononcé, n'a rien à revendiquer ici. (M. Besnier lit un passage du travail de Devergie, d'où il résulte de la façon la plus nette que la maladie décrite par Devergie sous le nom de *pityriasis rubra* n'a rien de commun avec la description de Hebra, *qui, seule aujourd'hui, doit conserver ce nom.*)

La discussion est close.

DISCUSSION DE LA QUESTION III.

Du pemphigus. — Des dermatoses bulleuses, complexes ou multiformes.

I. *Le terme de pemphigus peut-il être conservé pour dénommer plusieurs dermatoses bulleuses qui sont distinctes les unes des autres par leur nature, leur marche*

et leur terminaison; ou bien, au contraire, doit-il être réservé à une maladie unique et bien définie, le pemphigus, correspondant au pemphigus chronique, bulleux, ou foliacé?

II. *D'autre part, comment doit-on classer diverses dermatoses bulleuses, érythémato-bulleuses, ou plus complexes encore: érythémateuses, pustuleuses, bulleuses à la fois, c'est à-dire multiformes, telles, par exemple, que les affections connues sous les noms de pemphigus à petites bulles, érythème bulleux, hydroa bulleux, dermatite herpétiforme, dermatite prurigineuse polymorphe, herpes gestationis, etc.; et quelles dénominations faut-il leur appliquer?*

M. NEUMANN. Aux formes de pemphigus ordinairement décrites, il faut en ajouter une sur laquelle j'ai le premier attiré l'attention, c'est le *P. vegetans*. On est peu d'accord sur sa nature. Au début, ce sont de petites bulles de la dimension d'une lentille; elles se rompent et quelques jours après on aperçoit à la place de l'excoriation une saillie blanchâtre, puis des excroissances irrégulières, de forme verrueuse, entourées d'un cercle excorié, puis de bulles. Toutes ces surfaces sécrètent un liquide d'odeur fétide; elles se recouvrent de croûtes. Toutes les parties du corps peuvent être atteintes de même que la muqueuse. Du côté de la cavité buccale la réaction est intense: la langue est gonflée; sur toute la muqueuse buccale il se forme des fissures. Les malades éprouvent de vives souffrances. Lorsque les excroissances tendent à la rétrocession, la peau se pigmente. A mesure que la maladie passe à l'état chronique, la tendance aux végétations papillomateuses diminue et l'épiderme se détache alors en grandes lamelles. Le diagnostic avec la syphilis est parfois difficile. La maladie est très grave: les bains continus sont une excellente médication.

M. RADCLIFFE CROCKER est absolument de l'avis du professeur Neumann dont la description lui a permis de reconnaître un cas récemment soigné par lui. Quelques cas décrits par Hutchinson, sous le nom de maladie rare pustuleuse de la peau et des muqueuses, sont de cet ordre. Il pense que cette affection rentre dans le groupe séparé par Duhring, sous le nom de dermatite herpétiforme.

M. BROcq. On a confondu pendant longtemps et l'on confond encore dans un même groupe, le pemphigus et les différentes dermatites bulleuses multiformes. Il existe cependant parmi ces dermatites une variété qui présente des caractères suffisamment tranchés pour qu'on la détache du groupe pemphigus. Je veux parler de la *dermatite herpétiforme de Duhring*, qui me paraît avoir des symptômes assez nettement déterminés pour qu'on puisse en faire une entité morbide distincte.

La *dermatite herpétiforme* présente quatre symptômes cardinaux, fondamentaux, qu'on rencontre dans tous les cas:

- 1° Polymorphisme de l'éruption (érythème, vésicules, bulles, etc.);
- 2° Phénomènes douloureux (cuisson, brûlures, prurit);
- 3° Longue durée de l'éruption qui se manifeste par poussées successives (plusieurs mois, des années);
- 4° Bon état général, malgré l'intensité des phénomènes éruptifs.

Mais, à côté de la dermatite herpétiforme, qui est une maladie bien déterminée, il existe toute une classe de dermatites polymorphes douloureuses

qui lui ressemblent par certains points et qui en diffèrent par d'autres. Ces dermatites sont difficiles à classer.

Pour essayer de mettre un peu d'ordre dans cette question si embrouillée, nous avons divisé les affections présentant le syndrome de dermatite polymorphe douloureuse en :

I. *Dermatites polymorphes douloureuses chroniques à poussées successives* comprenant les sous-variétés objectives : érythémato-papuleuse, érythémato-vésiculeuse, bulleuse, pustuleuse et surtout polymorphe ou typique d'après l'aspect même de l'éruption, aspect qui peut, d'ailleurs, varier chez un même sujet suivant les phases de la maladie.

II. *Dermatites polymorphes douloureuses subaiguës ou bénignes*, comprenant au point de vue de l'évolution deux groupes secondaires :

(a) L'un caractérisé par des attaques successives séparées l'une de l'autre par des intervalles de calme complet — *dermatites polymorphes douloureuses subaiguës récidivantes* ;

(b) L'autre caractérisé par une attaque unique, composée de plusieurs poussées éruptives successives presque toujours subintrantes dont la durée totale est d'un an et demi à cinq mois.

Dans chacun de ces deux groupes secondaires, on retrouve les sous-variétés objectives que nous venons de mentionner pour les dermatites chroniques ; elles ont peut-être même ici encore plus d'importance et permettent d'établir des sous-variétés nettement tranchées, herpétiformes, papuleuses, vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses, etc. En effet, dans certains de ces faits, l'éruption est nettement polymorphe, et ce sont là les cas typiques ; dans certains autres il n'y a que des papulo-vésicules, des papulo-pustules, de petites bulles.

III. *Dermatites polymorphes douloureuses aiguës*, lesquelles sont récidivantes ou non, et ont une intensité et une durée des plus variables qui permettent d'établir les traits d'union les plus évidents entre les groupes précédents et les éruptions vraiment dignes de l'épithète aiguë. Nous répéterons à propos de ce groupe ce que nous avons déjà dit à propos du groupe précédent, au point de vue des sous-variétés objectives.

IV. *Dermatites polymorphes douloureuses récidivantes de la grossesse ou herpes gestationis*, caractérisées par ce grand fait que l'éruption ne revient qu'à l'occasion d'une grossesse, soit pendant le cours même de la gestation, soit pendant la première semaine qui suit l'accouchement.

Il nous semble que cette classification nouvelle des éruptions polymorphes douloureuses facilite l'intelligence de certains cas, et nous croyons qu'elle rendra beaucoup plus aisée l'étude de ces affections si obscures.

Quant aux dénominations que nous avons provisoirement adoptées, nous ne faisons aucune difficulté pour reconnaître qu'elles sont trop longues pour être définitives.

La séance est levée. La suite de la discussion est renvoyée au lendemain matin.

SÉANCE DU SOIR.

Président : M. KAPOSI.

Communications sur la dermatologie.

MM. DE AMICIS (Naples). Sur un cas très rare de chéloïde vraie ou idopathique multiple, observée sur une femme névropathique.

ARNOZAN (Bordeaux). Lésions vasculaires dans la sclérodactylie.

BARTHÉLEMY (Paris). Étiologie et traitement de l'acné.

L. JACQUET (Paris). Étude d'un cas de bromisme cutané polymorphe. (Périadénites et bulles.)

MORISON (Baltimore). Formation du pigment dans la peau des nègres.

PERRIN (Marseille). Leucoplasie buccale.

SCHIFF (Vienne). Traitement des brûlures.

MANASSÉI (Rome). Lymphome de la face, traité par l'électrolyse.

VERNEUIL (Paris). Herpès cataménial guéri par les injections sous-cutanées d'éther iodoformé.

Présentation de malades atteints de *xeroderma pigmentosum*, par M. QUINQUAUD et par M. G. THIBIERGE.

Troisième journée. — Mercredi 7 août.

SÉANCE DU MATIN.

Président : M. Mac CALL ANDERSON.

CONTINUATION DE LA DISCUSSION DE LA QUESTION III.

M. BROcq est chargé par M. Duhring de lire au Congrès une lettre sur la maladie en discussion. Je croyais d'abord avec Duhring que l'*impetigo herpetiformis* de Kaposi pouvait rentrer dans son type de *dermatite herpétiforme*. Depuis, j'ai changé d'opinion, et M. Duhring, avec la plus entière bonne foi, a reconnu qu'il s'était trompé. Il a d'ailleurs restreint, dans une certaine mesure, ses vues sur cette affection, et, puisque nous avons à regretter son absence, je crois être l'interprète à peu près exact de ses idées en disant que les quatre grands caractères qui constituent la dermatite herpétiforme sont :

1° Un *polymorphisme très accentué* (plaques érythémateuses, vésiculeuses, papuleuses, pustuleuses, mêlées et survenant par poussées successives);

2° *Des phénomènes douloureux constants, cuisson, prurit, douleur, etc., survenant avant, pendant et après l'éruption;*

3° *La longue durée de l'éruption (dix, quinze, vingt ans);*

4° *La conservation d'un assez bon état général, malgré l'intensité des phénomènes éruptifs.*

M. SCHWIMMER. On ne peut pas affirmer, à mon avis, que la dermatite herpétiforme de Duhring soit une maladie nouvelle; en effet, elle a été décrite antérieurement par plusieurs auteurs anglais et français sous des dénominations différentes, telles que pemphigus, etc. Cependant, c'est Duhring qui l'a le mieux étudiée, et Brocq après lui.

Existe-t-il, oui ou non, une affection à vésicules et à bulles qu'on peut sous ce nom distinguer du *pemphigus*, de l'*herpès iris*, etc.? Pour ma part, je réponds par l'affirmative. (M. Schwimmer cite des observations et montre des dessins de dermatite herpétiforme.)

M. KAPOSI. Les caractères que Duhring a assignés à la dermatite herpétiforme se rencontrent également dans le pemphigus; je ne pense donc pas qu'on doive considérer cette affection comme une entité morbide. Déjà Duhring a rejeté du cadre de sa maladie, dans lequel il le comprenait tout d'abord, l'*impetigo herpetiformis* décrit par Hebra. Aussi, suis-je convaincu que, lorsqu'on connaîtra mieux la question, on verra qu'on comprend sous le nom commun de «dermatite herpétiforme» des maladies différentes, n'ayant que quelques points de ressemblance.

Le groupe que comprend la dermatite herpétiforme ira en se restreignant de plus en plus et finira par disparaître. À l'heure actuelle, on dit «dermatite herpétiforme» quand on est embarrassé; on dit «pemphigus» quand on reconnaît l'affection. Le diagnostic de maladie de Duhring est donc un diagnostic d'embarras.

M. UNNA. C'est une erreur; la maladie décrite par Duhring existe; c'est bien une entité morbide.

Elle est caractérisée par des symptômes dont l'importance pour le diagnostic varie dans l'ordre où nous les nommons :

1. Rechutes spontanées;
2. Hyperesthésies;
3. Polymorphisme de l'éruption;
4. État général bon.

Je diffère donc un peu d'avec M. Brocq sur la hiérarchie à accorder à ces symptômes. Pour moi, les *récidives* sont le phénomène majeur. Je crois aussi qu'il y a maintenant avantage à adopter un nom plus court que celui de M. Brocq (dermatite prurigineuse, polymorphe, à poussées successives), et je propose *hydroa* avec des qualificatifs divers correspondant aux variétés. Moi-même, j'en signalerai une nouvelle, l'*hydroa puerorum* ou héréditaire, caractérisée par :

Le début dans les premières années de la vie.
Les rechutes continues;
Le maximum d'intensité pendant les saisons chaudes;
Le polymorphisme relativement peu accentué (on observe de l'érythème, des papules, des vésicules, mais jamais de pustules);
La douleur (mais sans prurit);
L'acuité des accès;
La régression spontanée de la maladie à l'âge adulte;
La limitation au sexe masculin. (Tel était le cas, du moins dans les cinq observations que j'ai pu réunir.)

Quant au travail d'élimination et d'analyse que M. Kaposi réclame pour la *dermatite herpétiforme*, j'estime qu'il a été fait, et fort bien fait, par Brocq, tandis qu'il reste à faire pour le *pemphigus*, l'*érythème polymorphe*, etc. J'espère que l'école de Vienne accomplira cette tâche; faute de quoi l'école de Paris n'y faillirait pas.

M. Brocq. M. Kaposi affirme que si l'on est dans l'embarras en face d'une éruption bulleuse, on dira *dermatite herpétiforme*, tandis que le diagnostic *pemphigus* est un progrès dans l'analyse et la notion exacte de ces maladies. J'estime simplement qu'après les travaux de Duhring et les miens, c'est le contraire qui est la vérité.

M. Kaposi paraît croire que la *dermatite herpétiforme* se confond avec le *pemphigus*, c'est inexact; il y a quantité d'éruptions pemphigineuses qu'on ne peut pas ranger dans la maladie de Duhring.

M. Unna propose d'appeler la maladie de M. Duhring *hydroa*; je lui ferai remarquer qu'en France nous appelons déjà hydroa l'*herpès iris* de Bateman. Si nous acceptons le terme « *hydroa* » pour la dermatite herpétiforme, il ne faudra plus l'employer pour désigner l'*herpès iris*, parce que ce sont deux maladies absolument différentes.

M. VIDAL présente une malade de son service atteinte de dermatite herpétiforme.

M. FEULARD présente un malade, du service de M. le professeur Fournier atteint de paralysie agitante et aussi de dermatite herpétiforme, suivant le diagnostic de M. Duhring lui-même qui a vu ce malade il y a peu de jours lors de son passage à Paris.

La discussion est close.

DISCUSSION DE LA QUESTION IV.

Du trichophyton; des dermatoses trichophytiques.

- I. *Mycologie, espèces, cultures, transmission expérimentale, contagion.*
- II. *Prophylaxie et traitement.*

DU TRAITEMENT DE LA TEIGNE TONDANTE PAR LA POMMADe À LA LANOLINE ET AU PROTOCHLORURE D'IODE.

M. BUTTE (de Paris). L'emploi unique des parasiticides n'a pas donné jusqu'ici de très bons résultats dans le traitement de la teigne tondante. Il faut y joindre au moins l'épilation. Pour certains dermatologistes même, les parasiticides ne peuvent avoir aucune action sur le trichophyton lorsqu'il siège sur le cuir chevelu.

J'ai essayé à l'école des teigneux de l'hôpital Saint-Louis un certain nombre de médicaments de ce genre sans épilation et je me suis servi d'un excipient particulier, la lanoline, qui jouit de propriétés pénétrantes toutes spéciales.

Les pommades au sublimé et au nitrate d'argent employées tout d'abord ne m'ont pas donné de très bons résultats.

J'ai eu alors recours à une substance chimique qui n'a pas encore été uti-

lisée en thérapeutique et qui possède des propriétés antiseptiques très énergiques : c'est le protochlorure d'iode.

Le traitement employé a consisté dans une application de la pommade suivante, faite tous les deux jours sur le cuir chevelu :

Lanoline	90 grammes.
Protochlorure d'iode.....	10

Cette application doit être précédée d'une pulvérisation chaude.

Chez une dizaine d'enfants traités de cette manière, j'ai constaté la guérison définitive de trois à cinq mois après le début du traitement.

M. QUINQUAUD (de Paris). Quand j'ai pris le service des teigneux à l'hôpital Saint-Louis, je n'avais guère par an que 7 ou 8 sorties *par guérison*. C'est alors que M. Butte et moi, ensuite, avons employé le traitement qui vient de vous être exposé. Depuis j'en ai employé un autre dont voici le détail :

Tenir les cheveux très courts;

Gratter les plaques trichophytiques avec la raclette spéciale que je vous présente, pour entraîner mécaniquement le plus possible des éléments atteints (poils et épiderme);

Lotionner avec la solution suivante :

Biiodure d'hydrargyre.....	0 gr. 15 à 0 gr. 20.
Bichlorure d'hydrargyre.....	1 gramme.

Broyer dans un mortier et dissoudre avec :

Alcool à 90°.....	40 grammes.
Ajouter :	

Eau distillée..... 250

On peut aussi appliquer en permanence une rondelle d'emplâtre mixte, fait avec :

Biiodure d'hydrargyre.....	0 gr. 15.
Bichlorure d'hydrargyre.....	1 gramme.
Emplâtre simple.....	250 grammes.

Épilation (au bout de quelques jours); puis, second raclage, et ainsi de suite jusqu'à guérison.

Cette méthode m'a conduit aux résultats suivants : 101 teigneux ont, à l'heure actuelle, quitté le service après guérison, depuis le mois de janvier. J'ai revu depuis la plupart de ces enfants, ils ont de très belles chevelures.

M. BESNIER. L'écueil capital des divers traitements de la tondante est la *dermite*. Dans quelle proportion M. Quinquaud en a-t-il observé, dans l'emploi de sa nouvelle méthode? C'est là un point sur lequel il est très important d'être fixé. Car il ne faut pas oublier que la trichophytie guérit *toujours spontanément*, au bout d'un temps plus ou moins long. Un traitement ne peut donc prendre place dans la thérapeutique des teignes que s'il est exempt de tout danger, même entre les mains d'un médecin d'une faible compétence dermatologique. Pour moi, voici quelle est ma pratique actuelle; elle est toute d'expectative :

1° Couper les cheveux ras au ciseau (*et non au rasoir*);

2° Zone d'épilation autour des plaques;

3° Application, le soir, de *vaseline boriquée*;

4° Le matin, lavage à l'eau de son.

Je ne puis encore indiquer de façon précise les résultats de cette méthode. Je peux affirmer pourtant, d'ores et déjà, qu'elle vaut bien celles que je connais jusque-là et qu'elle ne donne *jamais* lieu aux dermites.

M. QUINQUAUD. Mon traitement n'amène qu'une irritation négligeable. Le grattage est suivi d'une très légère rougeur et c'est tout. L'emplâtre provoque parfois l'apparition de quelques pustules; on peut alors en suspendre l'emploi pendant deux ou trois jours. Je n'ignore point que le trichophyton se termine forcément par *guérison*, mais il la fait trop attendre.

M. BESNIER. Je ne manquerai pas d'essayer le traitement de M. Quinquaud, mais qu'il me soit permis de rappeler combien sont variables l'évolution et la durée du trichophyton. Dernièrement on m'a conduit deux enfants atteints de teigne tondante, qui se rendaient à Hambourg. Je prévins leurs familles que la maladie durera au moins de trois mois à un an, et je les adressai à M. Unna. Six semaines après, à mon grand étonnement, ils me revinrent complètement guéris. M. Unna se rappelle-t-il quel traitement il a employé dans ce cas?

M. UNNA. Je me rappelle fort bien le fait, mais non le traitement. En tous cas, il n'eut certainement rien de particulier. *Je n'ai pas guéri ces enfants, ils ont guéri spontanément.* Toutefois je ne suis pas aussi sceptique que M. Besnier à l'endroit des médicaments à employer contre les teignes. Il ne me paraît pas impossible qu'on trouve un agent parasiticide capable de détruire les spores du trichophyton sans déterminer de trop vives irritations. C'est ainsi que la chrysarobine guérit certaines maladies de la peau sans dangers de cette espèce.

M. VIDAL. Il est facile de guérir la trichophytie des parties glabres, trichophytie circinée (herpès circiné des anciens auteurs); la végétation parasitaire ne dépasse pas l'épaisseur de l'épiderme; tout agent irritant qui provoque la desquamation enlève, avec les lamelles épidermiques, tous les parasites. C'est ainsi qu'agit la teinture d'iode (trois à quatre badigeonnages dépassant d'un centimètre les points atteints).

Mais lorsque le trichophyton a envahi les bulbes, le problème est plus difficile à résoudre. On ne peut pas extraire le poil envahi par le parasite et il est encore plus impossible de faire pénétrer les agents parasiticides dans le poil et dans le follicule pileux.

Quand on pratique l'épilation, on n'extract que les poils sains. Le poil que le trichophyton a pénétré et dissocié se brise sous la pince, se casse sans qu'il soit possible d'en débarrasser le follicule pilo-sébacé. Il restera jusqu'à ce qu'il soit expulsé par l'inflammation et la suppuration du follicule, ce qui arrive dans le kérion et dans le sycosis. De la sorte, le trichophyton continuera à végéter, à se reproduire et à former de nouveaux foyers.

Aucun agent ne peut l'atteindre dans le fond du follicule pileux. J'ai échoué avec la plupart des parasiticides; j'ai vainement essayé l'eau oxygénée dont l'action décolorante sur les cheveux, semblait indiquer la pénétration. J'ai vainement tenté de maintenir le cuir chevelu sous la vapeur d'iode, au moyen du coton iodé.

Je me suis alors demandé si, en empêchant les spores du trichophyton de s'étendre au delà des poils malades, en l'empêchant de former de nouveaux foyers, la guérison ne se produirait pas par l'expulsion spontanée des poils malades; je fus confirmé dans cette manière de voir par l'expérience que je fis d'une soi-disant pommade qui m'avait été envoyée par un empirique. C'était tout simplement du beurre, devenu rance, mélangé de plantes d'une action insignifiante. La tête devait être graissée deux fois par jour, et recouverte d'une calotte de vessie de porc qu'on essayait très soigneusement à chaque pansement, ainsi que la tête. J'obtins avec ce mode de traitement quelques guérisons de trichophytie, mais j'échouai complètement dans le favus, ce qui s'explique par ce fait que l'achorion Schoenleini n'atteint pas seulement le follicule pileux, il pénètre dans les profondeurs du derme et il n'a pas besoin de vivre au contact de l'air: c'est un *anaréobie*.

Le trichophyton tonsurans, au contraire, ne pénètre jamais dans le derme; il vit au contact de l'air, même dans le follicule pileux et dans les poils qui, comme nous le savons, sont pénétrés par l'air: c'est un parasite aérobie.

Voici, d'ailleurs, quelques expériences que j'ai entreprises avec M. le docteur Marfan et qui confirment cette manière de voir:

Le 30 janvier, quatre tubes d'agar agar sont ensemencés avec une culture pure de trichophyton venant du laboratoire de bactériologie du professeur Cor-nil. Dans deux de ces tubes il est versé une couche de vaseline stérilisée à 120 degrés, maintenue liquide à 30 degrés.

Un cinquième tube d'agar agar non ensemencé est recouvert de vaseline stérilisée et doit servir de tube témoin.

Tous ces tubes sont laissés à la température ordinaire de la chambre. Sur les deux tubes ensemencés et non recouverts de vaseline on voit apparaître, le sixième jour, des points blancs irréguliers.

Le 10 février (onzième jour), ces taches forment de petites touffes blanches, un peu grisâtres; ce n'est que vers le 1^{er} mars, après un mois, qu'elles ont atteint la dimension d'un grain de chênevis. Il y a cinq touffes dans un tube et trois dans l'autre.

L'examen microscopique montre le trichophyton pur de tout mélange.

Du 1^{er} mars au 1^{er} avril, les cultures n'ont pas augmenté; elles ont servi à ensemencer de nouveaux tubes qui ont donné les plus belles cultures.

Rien ne s'est développé dans les deux tubes ensemencés et recouverts de vaseline, non plus que dans le tube témoin. En mettant les tubes à 30 degrés et en liquéfiant la vaseline qui devient transparente, on ne voit aucune apparence de culture.

Étant donné que le trichophyton est un parasite aérobie, l'indication thérapeutique devenait plus précise.

Voici les procédés de traitement que j'emploie habituellement: après avoir fait couper les cheveux aussi courts que possible, je fais frictionner la tête avec de l'essence de térbenthine. Les points atteints par le trichophyton sont ensuite badigeonnés avec la teinture d'iode. La tête est enduite d'une couche de vaseline pure ou boriquée ou iodée à 1 p. 100 et recouverte d'un bonnet de caoutchouc, ou plus économiquement d'une feuille en gutta-percha qu'un serre-tête à coulisse maintient hermétiquement appliquée sur le cuir chevelu.

On renouvelle le pansement matin et soir en savonnant la tête le matin et en l'essuyant avec soin, ainsi que la feuille de *gutta-percha*.

Si les applications de teinture d'iode ne provoquent pas de dermites, je les renouvelle tous les jours; dans le cas contraire, tous les trois ou quatre jours.

Depuis quelques mois j'essaye de remplacer la teinture d'iode par des morceaux de sparadrap de *Vigo cum mercurio*. Le *vigo*, outre son action parasitaire, a une action mécanique utile qui rappelle l'ancien traitement par la calotte sans en avoir les inconvénients et sans causer de douleurs. Il produit l'enlèvement de débris de poils altérés, à mesure qu'ils arrivent à la surface de la peau.

L'emplâtre une fois appliqué, je fais faire sur la tête une onction avec la vaseline iodée et recouvrir la tête avec la *gutta-percha*.

Les résultats obtenus sont encourageants.

J'ai appliqué un traitement analogue au trichophyton de la barbe (sycosis parasitaire). Je procède de la façon suivante : je recouvre de sparadrap de *vigo* les parties malades et je renouvelle ce pansement une ou deux fois par jour. Quand on l'enlève, on fait faire des pulvérisations à l'eau chaude. L'inflammation et la pustulation se calment rapidement sous cette influence et la guérison s'obtient rapidement, surtout si l'on laisse le sparadrap la nuit.

M. NEUMANN. Le trichophyton est très rare à Vienne. Nous le traitons ordinairement par les pommades phéniquées.

M. HALLOPEAU. Je me trouve très bien, pour ma part, du traitement de Lailler; les cheveux des enfants sont tenus ras, et tous les soirs on recouvre le cuir chevelu d'une couche de vaseline iodée à 1 p. 100. J'ai ainsi obtenu en un an 10 guérisons sur 20 malades.

M. Ernest BESNIER. Il est vraiment remarquable, dans cette discussion sur la trichophytie et son traitement, que tous les orateurs qui, jusqu'ici, y ont pris part, soient des médecins français.

Cela montre qu'en France la trichophytie est plus fréquente que dans plusieurs autres pays. Mais pourquoi? Serait-ce donc que dans nos écoles les précautions sont moins bien prises qu'ailleurs contre la transmission de cette maladie? Je tiens à réfuter par avance cette opinion que pourraient se faire quelques-uns de nos collègues étrangers. Bien loin de ne pas se préoccuper de la contagion de la trichophytie dans les écoles, nos pouvoirs publics ont édicté et font observer rigoureusement les mesures les plus propres à l'empêcher, et beaucoup plus sévères ou plus efficaces certainement que dans plusieurs pays où la trichophytie est d'observation moins fréquente qu'en France.

Il y a, dans la distribution sociale, populaire, géographique, des diverses affections parasitaires du cuir chevelu, des différences extraordinaires qui sont loin d'être toutes explicables; ainsi, nous n'observons jamais de cas de favus développés chez des sujets résidant réellement et exclusivement à Paris, tandis que dans la zone suburbaine et dans les environs de Paris, de même que dans les campagnes plus éloignées, et même dans des grandes villes comme Lyon, on en rencontre un assez grand nombre de cas. Il n'y a pas de favus à Vienne ni à Londres.

Par contre, la trichophytie, fréquente à Paris jusque dans les quartiers du

centre, n'existe pour ainsi dire pas dans cette même zone suburbaine où se montre le favus, pas plus qu'elle n'existe dans celles de nos bourgades départementales où l'hygiène est le moins en honneur, et la prophylaxie publique ou privée tout à fait inconnue. Elle est si fréquente que chacun des six médecins de cet hôpital en observe un grand nombre, et que, pour ma part, j'en ai constamment sous ma direction plus d'une centaine de cas qui se renouvellent constamment, au fur et à mesure de la guérison des précédents.

Cependant, bien que nous arrivions à avoir sur cette question une expérience forcée, notre thérapeutique est très précaire, et je partage absolument, sur la guérison de beaucoup des cas de trichophytie, l'opinion qu'exprimait tout à l'heure notre éminent collègue Unna lorsqu'il disait, à propos des malades qui nous ont été communs : « Ce n'est pas moi qui les ai guéris, ils ont guéri spontanément. »

En présence de chaque cas particulier de trichophytie, au point de vue du pronostic et de la durée probable du traitement, il faut faire des catégories parmi les malades suivant que leur affection dure depuis un temps plus ou moins long et a donné lieu à la production d'un nombre plus ou moins grand de plaques.

J'ai parlé plus haut d'*épilation*; il me faut, à ce sujet, donner une explication. Il est évident que, quand je parle d'épilation dans la trichophytie du cuir chevelu, il ne peut être question d'extraire par l'épilation les cheveux infiltrés de trichophytion, lesquels sont cassants et faciles à écraser; il est bien entendu que l'épilation doit porter sur la périphérie de la plaque, *sur les cheveux qui ne sont pas encore atteints par le trichophytion*. L'utilité de cette épilation résulte de ce que le trichophytion se propage de *cheveu en cheveu*, et qu'il suffit d'épiler une bordure très étroite, d'un demi-centimètre à peine, à la périphérie des plaques, pour arrêter la progression du parasite.

En résumé, il est nécessaire, dans l'étude de la trichophytie et de son traitement, d'établir des divisions et de ne pas confondre tous les cas dans une même statistique, et quand on enregistre des guérisons, il faut établir que l'on a suivi les malades déclarés *guéris* pendant le *temps suffisant*, en même temps qu'on appuie cette déclaration sur un examen histologique attentif. Il faut, en cette matière, que beaucoup de médecins traitent assez sommairement, distinguer la *guérisson clinique*, ou guérison apparente, de la *guérisson histologique*, ou vraie, laquelle ne se produit souvent que *plusieurs mois* après la guérison apparente. J'insiste sur ce point parce que, d'une part, je vois sans cesse, des médecins déclarant guéris des enfants qui ont encore du trichophytion en pleine activité, bien que les cheveux repoussent sur la plus grande partie de la tête, et qui, non seulement se font illusion, mais encore renvoient aux écoles des sources *ignorées* de contagion.

Avant de terminer, je dois répondre quelques mots au sujet du différend qui s'est élevé entre mon savant ami M. Unna et moi, au sujet du rôle des substances dites *parasiticides*, dans le traitement des teignes.

M. Unna croit, il vient de le redire, que l'on peut, à l'aide de substances chimiques, détruire directement les parasites des teignes, et que les médicaments qui guérissent ces maladies agissent de la sorte. Mon avis est absolument opposé. Ces agents, que l'on croit parasiticides, ne pourraient mériter ce titre que s'ils détruisaient réellement le microphYTE; or les expériences les

plus élémentaires, que j'ai indiquées en 1884, dans un travail lu à l'Académie de médecine, établissent que la cellule vivante est détruite bien avant que le parasite lui-même qu'elle supporte ait subi l'action de l'agent chimique. Si ces agents ont quelque effet favorable, c'est par l'*irritation éliminatoire* qu'ils produisent et que l'on peut obtenir, au même degré, par les irritants mécaniques. Et si l'on croit avoir vraiment tué le parasite directement, on nourrit une illusion semblable à celle des Listériens demeurant convaincus que la pulvérisation d'eau phéniquée aux doses non caustiques, ou les pansements phéniqués, détruisent les microbes, alors qu'ils ont simplement modifié la cellule vivante par action irritative sur les surfaces cruentées, purifié l'air mécaniquement, nettoyé l'atmosphère ambiante comme on a lavé les mains des opérateurs ou nettoyé leurs instruments et enfin protégé ces mêmes surfaces par occlusion, comme dans le pansement ouaté de A. Guérin.

Si vous faites entrer les médecins, comme cela s'est malheureusement déjà fait, dans cette voie de chercher de prétendus parasiticides, au lieu de leur apprendre à modifier la cellule vivante, à stériliser le terrain envahi ou menacé par le microphage, nous les entraînons à appliquer sans mesure des substances irritantes dont l'action peut être funeste pour la vitalité des tissus et, dans le cas particulier, pour l'existence du follicule pileux.

M. HANS HEBRA. Il est vrai, comme l'a dit M. Besnier, que le trichophyton est très rare en Autriche, la forme pustuleuse surtout. Je n'en ai pas vu 10 cas en tout. Notre traitement (pommade à l'acide pyro-gallique à 10 p. 100) nous donne, de même que pour le favus, de rapides guérisons.

M. LUTZ (Saint-Paul, Brésil) fait remarquer que les épidémies de teigne tondante débutent souvent autour de chiens affectés de trichophytie.

La discussion est close et la séance est levée.

SÉANCE DU SOIR.

Président : M. CASTELO.

Communications sur la syphiligraphie et la vénérérologie.

MM. CRUYL (Gand). Une nouvelle injection mercurielle sous-cutanée.

EUTHYBOULE (Constantinople). Sur un cas de syphilide tertiaire revenant périodiquement tous les ans, au printemps, et ayant couvert d'une vaste nappe cicatricielle la totalité du tronc chez une jeune fille de 17 ans.

DUCREY (Naples). Recherches expérimentales sur la nature du principe contagieux du chancre mou.

HOULKY BEY (Constantinople). Syphilis observée à Constantinople; effets des différentes préparations hydrargyriques administrées par la méthode hypodermique (intermusculaire).

MANSOUROFF (Moscou). Sur la syphilis héréditaire.

MM. NEUMANN (Vienne). Études sur la syphilis héréditaire.

BALZER (Paris). Sur les syphilitides du vagin.

SCHMITT (Nancy). La syphilis cérébrale précoce à forme hémianesthésique et les lésions syphilitiques des artères cérébrales.

Quatrième journée. — Jeudi 8 août.

SÉANCE DU MATIN.

Président : M. NEUMANN.

DISCUSSION DE LA QUESTION VI⁽¹⁾.

Fréquence relative de la syphilis tertiaire; conditions favorables à son développement.

I. Établir la proportion des syphilitiques qui arrivent à la période tertiaire :

- 1° Sans traitement;
- 2° Avec traitement.

II. Peut-on tirer quelque indice soit du chancré, soit des accidents secondaires comme présage des accidents tertiaires ?

III. Déterminer l'influence réelle des causes réputées favorables à l'élosion de la syphilis tertiaire (âge, constitution, sexe, antécédents morbides personnels ou héréditaires, profession, hygiène individuelle, impaludisme, alcoolisme, traumatisme, surmenage, causes dépressives).

M. NEUMANN. D'après mon expérience personnelle, les causes les plus effi- cientes du tertiarisme sont :

- 1° L'insuffisance du traitement (comme doses et comme durée);
- 2° Les vices constitutionnels tels que tuberculose, scrofulose, scorbut;
- 3° Toutes les causes de misère physiologique.

J'ajoute que l'intensité de la syphilis tertiaire me paraît indépendante des formes et de la gravité de la sclérose initiale et des phénomènes secondaires.

M. DRYSDALE (de Londres). La proportion des syphilitiques qui arrivent à la période tertiaire est à peu près de 8 p. 100. Il m'a semblé dernièrement que le traitement mercuriel possède quelque pouvoir prophylactique contre l'invasion des symptômes tertiaires. C'est pour cette raison principalement que j'ai abandonné le traitement sans mercure, que j'ai pratiqué pendant quelques années. Je ne puis pas, cependant, admettre avec notre très distingué syphili- graphie, M. Henry Lee, qu'il soit possible d'enrayer la syphilis presque tou- jours (*Lancet*, avril 1889) au moyen des fumigations par le calomel. Je crois, de par mon expérience, qu'il est impossible de faire le pronostic de l'avenir de la maladie par ses formes initiales. Seule, l'enfance me paraît influencer

⁽¹⁾ Cette discussion a été placée avant celle de la question V sur la demande de plusieurs membres du Congrès.

beaucoup le pronostic de la maladie; car, dans l'enfance, la mortalité de la syphilis héréditaire est énorme, et l'influence de la maladie syphilitique sur la santé des enfants et des adolescents est très marquée.

M. MAURIAC (de Paris). A défaut de statistiques assez nombreuses et assez précises pour répondre d'une manière satisfaisante à toutes les questions qu'implique l'étude de la chronologie et de la fréquence des accidents tertiaires, je vais résumer les *impressions* qui résultent pour moi d'une pratique de vingt années.

Il ne s'agit, bien entendu, ici, que de la syphilis acquise. Au point de vue qui nous occupe, la syphilis héréditaire diffère complètement de la syphilis acquise. Elle est le terrain de prédilection du tertiarisme. Il y règne en maître, souvent d'emblée et sur tous les points.

Je conclus :

1° Dans la syphilis acquise, l'apparition des accidents d'ordre tertiaire n'est point un événement fatal, inévitable, comme l'apparition des accidents secondaires. On a de 80 à 90 chances sur 100, environ, de les éviter, dans les conditions ordinaires où se fait actuellement l'évolution de la syphilis.

La proportion approximative du tertiarisme, qui est de 10 à 20 p. 100, de 5 à 15 p. 100, augmente lorsque la contagion syphilitique s'empare brusquement d'un milieu où elle n'avait pas régné jusqu'alors, et y constitue un foyer d'endémo-épidémie.

2° La chronologie des accidents tertiaires est très variable. Dans les endémo-épidémies, comme dans la syphilis héréditaire, ils surviennent de très bonne heure, pendant la première année et même pendant les premiers mois. Il y a des cas exceptionnels où ils ne se produisent, au contraire, que quarante, cinquante ou soixante ans après le chancre. L'époque moyenne de leur apparition est comprise entre la *troisième* et la *sixième* année de la syphilis.

Il y a des syphilis viscérales qui sont remarquables par leur précocité.

Parmi elles, la *syphilose cérébrale* occupe de beaucoup le premier rang comme fréquence et comme gravité.

3° Les déterminations d'ordre tertiaire les plus fréquentes sont celles qui s'effectuent à l'extérieur, sur la peau, sur les muqueuses et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Les néoplasies gommeuses dermo-hypodermiques, circonscrites ou diffuses, disséminées ou confluentes, quoique beaucoup moins communes qu'autrefois, comprennent encore presque la moitié des cas de la syphilis tertiaire. Ce sont elles qui constituent, par leur précocité, leur abondance, la rapidité de leur évolution, la syphilis maligne, qui est toujours d'ordre tertiaire, malgré sa précocité.

Le tertiarisme externe est moins difficile à prévoir que le tertiarisme interne ou viscéral, parce qu'il se produit fréquemment, à assez brève échéance, lorsque l'accident primitif a été ulcéro-phagédénique.

Les accidents tertiaires osseux sont devenus beaucoup plus rares qu'autrefois. Ceux qui s'observent le plus souvent sont ceux que produit la *syphilose pharyngo-nasale*.

Parmi les syphilis internes ou viscérales, celle des centres nerveux vient en première ligne. C'est là un fait capital et sur lequel je ne cesse d'insister. Je serais tenté de dire qu'il est devenu tout à fait prédominant dans la question

de tertiarisme. Et, en effet, ce qu'il y a de plus à redouter pour un malade atteint d'une faible ou d'une moyenne syphilis, c'est incomparablement la détermination spécifique sur le système nerveux et principalement sur le cerveau.

Je placerais en seconde ligne, comme fréquence, la *syphilose pharyngo-nasale* sous toutes ses formes.

Les syphiloses du foie, du poumon, des reins, du cœur, sont infiniment moins communes que les déterminations précédentes. Quelques-unes sont précoces parfois, celles des reins, par exemple. L'éventualité des autres n'est pas à craindre dans les premières années de la syphilis.

Il n'existe point une loi de balancement entre les déterminations externes et les déterminations viscérales du tertiarisme. Cependant on observe un grand nombre de syphilis viscérales, entre autres celle du cerveau, dans lesquelles les accidents cutanés n'ont jamais dépassé la phase secondaire, ils s'y sont même montrés très rares ou fort bénins.

Réciproquement, combien de syphilitiques ont, pendant des années, la peau labourée par les plus graves dermatopathies tertiaires, sans que leurs viscéres soient atteints. Les viscéropathies ne constituent-elles pas l'exception dans les syphilides malignes ?

Voilà, Messieurs, à mon sens, dans ses grandes lignes, la syphilis tertiaire en France et à Paris particulièrement.

A nos confrères étrangers de nous dire si, dans les différentes parties du monde où ils observent, les choses se passent à peu près de même sorte.

M. HASLUND (de Copenhague). Je crois pouvoir résumer comme suit les conditions qui favorisent l'élosion de la période tertiaire.

1° Absence complète de traitement des symptômes secondaires;
2° Traitement mercuriel défectueux ou insuffisant dans la période secondaire, soit qu'il consiste en un traitement de trop courte durée ou qu'il ait été commencé trop tard;

3° L'alcoolisme;

4° Infection antérieure ou postérieure de paludisme ou d'autres fièvres climatologiques;

5° Existence simultanée dans l'organisme d'une autre grave affection générale chronique;

6° La syphilis congénitale et l'infection très précoce ou à un âge très avancé.

7° Des conditions d'existence qui occasionnent une diminution de la force de résistance de l'organisme, comme, par exemple, la misère;

8° L'intolérance du malade pour le mercure.

M. VAJDÁ (de Vienne). On ne peut plus soutenir aujourd'hui que le mercure soit pour quelque chose dans la production des accidents tertiaires. Et, par contre, on est absolument en droit d'affirmer que :

Les malades soumis au traitement mixte sont atteints dans une proportion moindre par le tertiarisme. Ainsi, sur 632 *tertiaires*, je compte 62 p. 100 sans traitement antérieur, et seulement 38 p. 100 avec traitement.

Les malades traités sont atteints plus tardivement et moins gravement que les autres. Les femmes non traitées sont particulièrement exposées.

Les malades atteints par le tertiarisme sont toujours frappés dans leur nu-

trition générale Leur poids moyen est inférieur de 10 kilogrammes, à celui des individus sains.

M. A. FOURNIER (de Paris). Les échéances du tertiarisme, la qualité et la fréquence des manifestations morbides qui le constituent, sont des questions aussi dignes d'attention que difficiles à résoudre. Je vais l'essayer cependant en utilisant pour cela ma statistique personnelle de ville. Je laisse volontairement de côté la statistique hospitalière, parce que, pour toute une série de raisons, elle constitue une sélection particulière qui fausserait beaucoup les résultats. Ceux que je vais énoncer proviennent d'une pratique de vingt-neuf ans et de l'étude de 2,600 cas de syphilis tertiaire observés en ville.

1° *Quelles sont les échéances du tertiarisme? A quel âge de la maladie entre-t-il en scène?*

D'après 2,395 cas où la date de son apparition, sous une forme quelconque, a été déterminée de façon précise, je peux conclure :

a. Que la fréquence relative des manifestations du tertiarisme subit une ascension considérable, de la première à la troisième année ;
 b. Qu'elle atteint son apogée à la troisième année ;
 c. Que de la quatrième à la onzième, elle décroît d'une façon continue, assez rapide et presque régulière, tout en se tenant encore dans une moyenne assez élevée ;
 d. Que dans les dix années suivantes, elle continue encore à décroître, mais d'une façon bien plus lente ;

e. Qu'au delà, c'est-à-dire de la vingt et unième à la trentième année, elle conserve un niveau à peu près uniforme, mais très abaissé. C'est l'étape où la syphilis tertiaire peut être déjà tenue pour rare ;

f. Qu'enfin, au delà de ce terme, la syphilis tertiaire devient véritablement exceptionnelle. Et, en effet, passé la trentième année, elle ne figure plus dans le cadre de ma statistique que pour quelques unités clairsemées, *trente* pour un laps de vingt-quatre ans.

Il ressort également de l'analyse de ma statistique que, contrairement à l'opinion accréditée, le tertiarisme peut être précoce, très précoce même, jusqu'à se montrer dans les premiers mois de la maladie, et que, d'autre part, le maximum numérique de ses manifestations correspond aux premières années de la diathèse.

2° *Quelles affections composent le tertiarisme? Et quel en est le degré de fréquence relative?*

Voici ce que m'a fourni à ce sujet le dépouillement de mes notes :

Syphilitides tertiaires.....	787	cas.
Gommes sous-cutanées	128	
tertiaires des organes génitaux	157	
tertiaires de la langue	159	
du voile palatin.....	179	
du pharynx.....	71	
de diverses muqueuses.....	30	
osseuses.....	836	
osseuses du squelette nasal et du palais osseux.....	173	
Arthropathies.....	14	
A reporter.....	2,027	

	Report.....	3,037
Gommes {	tendineuses.....	3
	musculaires.....	12
Lésions du tube digestif.....		4
Syphilome ano-rectal et rétrécissement rectal.....		5
	pharyngo-trachéales.....	23
	du poumon.....	14
	du cœur.....	2
	de l'aorte.....	6
Lésions .. {	du foie.....	9
	du rein.....	9
	du testicule.....	145
	de l'œil	69
	de l'audition	8
	Accidents cérébro-spinaux.....	11
	Syphilis cérébrale.....	461
	Monoplégie	3
	Syphilis médullaire.....	77
	Tabes.....	355
Système {	Tabes cérébro-spinal	45
nerveux	Atrophies musculaires.....	19
	Paralysie générale.....	32
	Aliénation.....	9
	Paralysies oculaires	57
	Hémiplégie faciale.....	13
	Affections nerveuses diverses	3
	Affections diverses	8
	TOTAL.....	<u>3,429</u>

Je ferai remarquer d'abord le chiffre élevé pour lequel figurent dans la statistique précédente les lésions tertiaires des *organes génitaux*. Or ce sont généralement des syphilides circonscrites du genre de celles auxquelles j'ai donné le nom de *syphilide ulcéruse chancreuse* parce qu'elles simulent merveilleusement le chancre, si bien que maintes fois, on a pu les prendre pour des *chancres syphilitiques de récidive*, et les publier comme exemples de «réinfection syphilitique» de «syphilis doublée». Je noterai, en outre, les 19 cas d'*atrophies musculaires* qui figurent au tableau. Je crois, contrairement à l'opinion courante, que l'atrophie musculaire est parfois incontestablement imputable à la syphilis.

J'arrive enfin au résultat le plus curieux, le plus important de ces recherches : c'est le *chiffre extraordinaire* qu'atteignent les manifestations nerveuses dans l'étape tertiaire de la vérole. J'arrive, en effet, au *total surprenant de 1085 cas d'affections diverses du système nerveux*, s'étant développées au cours et du fait de la syphilis tertiaire.

Je n'affirme pas ici la *nature syphilitique* de ces manifestations, mais leur *origine spécifique*, leur relation causale avec la syphilis, ce qui est bien différent et, je pense, ne saurait être nié sans parti pris.

Ce total vraiment extraordinaire est supérieur à celui des *syphilides cutanées* (767) des *syphilides de toutes les muqueuses réunies* (612). Double ordre d'affections considérées pourtant comme l'expression la plus banale de la syphilis tertiaire !

Ces chiffres m'autorisent à conclure :

De tous les systèmes organiques, c'est le système nerveux qui, sans contradiction

possible, est le plus souvent éprouvé par la syphilis tertiaire, et cela avec une supériorité de fréquence vraiment inattendue et que j'étais loin de soupçonner moi-même.

Le principe de la syphilis, quel qu'il soit d'ailleurs (virus, microbe, sécrétion microbique), s'il constitue un poison de tout l'être, constitue surtout et principalement un véritable poison du système nerveux.

M. ZAMBACO PACNA (de Constantinople) met en relief la fréquence des accidents nerveux indiquée par les précédents orateurs. Il avait appelé l'attention sur ce fait en 1862, et cette affirmation avait à cette époque soulevé les plus vives protestations.

M. LELOIR. Il résulte des communications de MM. Fournier, Mauriac et Hastund que les accidents tertiaires sont *précoce*s plus souvent qu'on ne le croyait. Je souscris très volontiers à cette opinion. Mais que devient maintenant la division de la syphilis en périodes primaire, secondaire, tertiaire, voire quaternaire (Bazin) ?

La chronologie n'a rien de caractéristique, tout le monde en convient; ce qui l'est, selon moi, c'est pour la période dite « tertiaire », la *destruction* des tissus par des accidents *non résolutifs*. On devrait donc, ce me semble, abandonner l'ancienne division pour celle que j'ai déjà proposée : *syphilomes résolutifs* et *syphilomes non résolutifs*.

La discussion est close et la séance est levée.

SÉANCE DU SOIR.

Président : M. SCHWIMMER.

Communications sur la dermatologie.

MM. EUTHYBOULE (Constantinople). Sur un cas d'éruption acnéique généralisée polymorphe.

HYDE (Chicago). Observations basées sur la statistique des maladies de la peau en Amérique.

UNNA (Hambourg). Étude histologique de la lèpre des nerfs et de la syphilis des nerfs.

HALLOPEAU (Paris). Dermatite pustuleuse chronique en foyers à extension progressive.

WHITE James (Boston). Sur les dermatoses héréditaires.

WICKHAM (Louis). Anatomie pathologique de la maladie du mamelon, dite « maladie de Paget ».

DARIER (Paris). Des psorospermoses cutanées.

PETRINI (Bucharest). Cancer mélanique de la peau, avec démonstration microscopique.

SANTI (Berne). Existe-t-il de la lanoline dans la peau humaine ?

Présentations de malades par M. QUINQUAUD (*cas d'hydadenome, cellulome épiphélique éruptif*); par M. P. RAYMOND (*cas d'urticaire pigmentée*); par M. H. FEUILLARD (*cas d'urticaire pigmentée*).

Le soir, la municipalité de la ville de Paris recevait, à l'Hôtel de Ville, les membres des divers congrès scientifiques tenus pendant cette semaine à Paris, ainsi que les délégations d'étudiants venues pour l'inauguration de la nouvelle Sorbonne. Les membres du Congrès de dermatologie et de syphiligraphie avaient été invités à cette fête.

Cinquième journée. — Vendredi 9 août.

SÉANCE DU MATIN.

Président : M. UNNA.

DISCUSSION DE LA QUESTION V.

Direction générale et durée du traitement de la syphilis.

I. A quel moment de l'infection syphilitique doit être commencé le traitement ?

Traitemennt continu; traitement interrompu.

Par quel agent thérapeutique doit-il être commencé ?

Quand y a-t-il lieu d'ajointre ou de substituer les préparations iodurées aux mercuriaux ?

Indications et contre-indications du mercure.

Indications et contre-indications de l'iodure de potassium.

II. Combien de temps le traitement doit-il être continué ?

Faut-il traiter la syphilis en dehors de ses manifestations ?

Est-il utile, à une époque éloignée du début de l'infection, d'administrer encore l'iodure préventivement ?

M. LANGLEBERT fils (de Paris) donne lecture d'un travail dont voici les conclusions :

1° C'est seulement à partir des prodromes de la période secondaire (céphalée, rachialgie; faiblesse générale, fièvre, etc.) qu'on devra commencer le traitement mercuriel de la syphilis. Le sublimé, à la dose moyenne de 0 gr. 03 par jour, en sera, dans presque tous les cas, le meilleur agent;

2° Le traitement mercuriel sera continué, en général, pendant toute la durée de la première éruption; on en diminuera graduellement la dose quand les taches ou papules commenceront à s'effacer;

3° Agent essentiellement actif contre la syphilis en évolution, le mercure sera réservé pour combattre les manifestations cutanées ou muqueuses de la vérole. *On ne l'emploiera pas dans leurs intervalles;*

4° Contre les accidents secondaires des muqueuses, le traitement local est aussi important que le traitement général;

5° Le mercure n'exerce contre les manifestations secondaires ou tertiaires de la syphilis aucune action préventive;

6° Si le mercure doit être réservé pour combattre les accidents syphilitiques en évolution, les iodures alcalins seront prescrits, au contraire, que la vérole soit latente ou en activité. L'iode est le remède *essentiellement chronique de la syphilis*;

7° Trois ans constituent la durée moyenne du traitement ioduré de la syphilis latente. Les intervalles de repos seront égaux aux périodes de traitement pendant les deux premières années; dans la dernière, on se contentera de prendre le médicament pendant trois à quatre mois;

8° A part quelques cas spéciaux (céphalée secondaire très vive, troubles nerveux prononcés, accidents tertiaires très précoce, syphilis particulièrement graves, ulcérées dès le début) contre lesquels les iodures sont plus actifs que le mercure, on ne doit prescrire l'iode qu'après la fin de la première éruption secondaire;

9° L'iode est le remède par excellence des accidents tertiaires; il peut en être également préventif;

10° Si le traitement mixte (iodure et mercure) est préférable contre les accidents tertiaires au début, c'est par l'iode seul, longtemps continué, que leur guérison définitive pourra être obtenue;

11° Dans le traitement général de la syphilis, les médicaments toniques, tels que le fer, le quinquina, l'arsenic, le soufre, ainsi qu'une hygiène parfaite et l'hydrothérapie jouent, à côté des spécifiques (iode et mercure), un rôle secondaire, mais qui n'en est pas moins de grande importance.

M. DIDAY (de Lyon). Le fond de ma méthode, contrairement à celle de M. Fournier, qui conseille de traiter les syphilitiques d'une façon permanente, est le *traitement de la syphilis par l'extinction de ses états manifestes successifs*.

Cette méthode, fondée sur l'étude des microbes parasites, a pour principe de n'attaquer le bacille syphilis qu'aux époques révélées par les manifestations de la maladie, où il est à la fois le plus nocif et le plus accessible à l'action des parasiticides.

En administrant ainsi les spécifiques de façon à réservier tout leur pouvoir pour les vrais besoins :

1° Le médecin réalise souvent des effets curatifs plus prompts;

2° En présence d'une récidive, il peut la guérir sans être forcé d'élèver les doses jusqu'à un degré préjudiciable;

3° Plus intéressé à bien observer les poussées successives que lui dictent le moment et la mesure de son intervention, il se fait par leur étude une plus juste idée de l'intensité de la maladie et, par conséquent, de l'utilité et de la manière d'associer aux spécifiques les prescriptions de l'hygiène et les autres médications propres à chaque sujet;

4° Niant le pouvoir *préservatif* qu'on attribue aux spécifiques, n'ayant par conséquent pas promis au client qu'il le préservera, il n'a point la responsabilité des récidives qui surviennent;

5° Un certain temps passé ainsi sans récidives, *quoique sans traitement*, donne plus de confiance au client dans la solidité de sa guérison que s'il pouvait croire l'avoir maintenue par la continuation des remèdes spécifiques.

M. JULLIEN (de Paris). En faisant le recensement de mes malades atteints de syphilis tertiaire, j'ai été frappé de ce fait qu'un tiers au moins présentaient des symptômes nettement accusés de dilatation gastrique.

Deux facteurs interviennent dans l'étiologie de cette coïncidence : 1° l'influence thérapeutique ; 2° les lésions de structure du foie.

1° Sur le premier point, il n'est pas besoin de longue démonstration ; presque tous nos malades éprouvent des malaises stomacaux au cours de nos traitements soit mercuriels, soit iodurés, surtout iodurés ;

2° Les lésions de structure du foie sont le fait soit de l'alcoolisme, soit de la syphilis, parfois des deux, et aboutissent à un état de déchéance spéciale irrémédiable, marquant la *précirrhose* (F. Glénard) et caractérisé par les symptômes de la *neurasthénie hépatique*.

La dilatation de l'estomac peut engendrer des symptômes nerveux susceptibles d'en imposer pour une syphilis cérébrale. La confusion est très fréquente, puisque, de part et d'autre, on peut observer : céphalées, asthénie profonde, hypochondrie, parésies et spasmes localisés, convulsions, troubles de la parole et de l'écriture, changements de caractère, irritabilité ou dépression, etc.... C'est probablement en tombant dans cette confusion que des auteurs, parmi lesquels je me place, ont pu soutenir que les accidents nerveux étaient plus fréquents chez les syphilitiques soumis à la thérapeutique mercurielle. Le fait était vrai, mais leur interprétation s'égaraît. D'autres effets de la mégalogastrie sont susceptibles d'en imposer pour des cardiopathies spécifiques, etc.

Il est très difficile d'arriver au diagnostic dans les cas complexes. On se souviendra que la céphalalgie gravative des dyspeptiques est intermittente, peu localisée, rarement accompagnée de l'affreuse sensation de compression ou de déchirement qui caractérise celle du syphilitique ; qu'elle cesse la nuit et permet au patient de s'endormir ; que, à l'exception des altérations de la mémoire, de la modification du caractère exaspéré et irritable, les autres troubles nerveux sont, en général, mal dessinés, les absences moins complètes, les vertiges moins soudains et plus durables ; enfin, l'aphasie, ou mieux la dysphasie, est exceptionnelle.

La thérapeutique peut aider à prévenir et à reconnaître ces lésions. D'abord on ne donnera le traitement interne à un syphilitique qu'après avoir soigneusement examiné son estomac et reconnu qu'il peut le tolérer, sinon on aura recours aux injections sous-cutanées. Si l'on a reconnu la nature dyspeptique de troubles pseudo-tertiaires, on donnera le traitement tel que l'ont institué Leven, Bouchard, Sée, Glénard. Il sera souvent nécessaire de combiner les deux sortes de traitement, celui de la dyspepsie et celui de la syphilis. Je tiens à proclamer hautement la parfaite innocuité et l'efficacité supérieure des injections de sels insolubles, le calomel en première ligne, et de l'huile grise préparée suivant la méthode de P. Vigier. Quant à l'iodure, on ne peut l'administrer qu'en lavements, et il est admirablement supporté si l'on a soin de choisir le lait comme véhicule.

MM. LÉLOIR et TAVERNIER. Si nous voulions émettre notre opinion sous forme d'aphorismes sur la valeur thérapeutique des injections hydrargyriques, nous dirions :

1° Le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de prépara-

tions hydrargyriques doit être réservé surtout au traitement des éruptions érythémateuses ou des éruptions de syphilomes résolutifs du tégument externe;

2° Il peut être employé lorsqu'il y a intérêt à faire disparaître très rapidement, brutalement, lesdites éruptions;

3° Il est surtout, pour ne pas dire uniquement, applicable à la clientèle hospitalière, ou aux sujets qui peuvent garder le lit quelques jours;

4° Il est surtout recommandable pour le traitement des filles publiques;

5° Il n'a qu'une action minime sur les syphilides muqueuses;

6° Contrairement à ce qu'ont dit certains auteurs, il est loin de mettre à l'abri des récidives parfois très proches;

7° Dans bien des cas il échoue, là où le traitement par les frictions réussit;

8° Il ne doit pas être employé pour guérir les syphilomes non résolutifs, sauf dans des cas exceptionnels de syphilomes non résolutifs du tégument externe, conjointement avec le traitement local, et l'iode de potassium;

9° Il ne doit pas être employé dans les cas de syphilis cérébrale ou spinale;

10° Il ne doit pas être employé, en général, dans les cas de syphilis viscérale;

11° Il ne doit pas être employé, en général, dans le traitement de la syphilis des femmes enceintes;

12° Il ne doit pas être employé dans le traitement de la syphilis infantile.

En résumé, le seul avantage de ce traitement, et encore ne s'agit-il que du traitement de certaines syphilides (syphilides érythémateuses, syphilomes résolutifs du tégument externe seulement), nous paraît être la rapidité, la brutalité même.

Cette action brutale, et d'ailleurs assez souvent passagère, compense-t-elle les inconvénients?

Nous laissons à nos confrères le soin de décider. S'ils veulent aller vite, qu'ils emploient de préférence l'oxyde jaune, qui offre moins d'inconvénients que le calomel, et présente à peu près autant d'action que lui.

S'ils veulent aller lentement, avec le moins d'inconvénients possible, qu'ils prennent l'huile grise, employée pour la première fois par le professeur Lang.

Mais, si l'on nous demande notre opinion sur le traitement de la syphilis par les injections ou autrement, nous dirons :

Dans l'immense majorité des cas, malgré leurs inconvénients, nous préférons les frictions, ou mieux, voici comment nous agissons le plus souvent :

Au moyen de frictions, nous faisons disparaître l'éruption et cela aussi vite qu'avec les injections (beaucoup plus vite en ce qui concerne les syphilides muqueuses).

L'éruption disparue, pour maintenir nos malades en état d'imprégnation hydrargyrique, nous employons, suivant les cas, sans nous laisser guider par un traitement schématique et bien souvent inapplicable, le traitement interne sous forme de pilules hydrargyriques (pilules de bichlorure, de protoiodure, etc.). De temps à autre, après des instants de repos variables, suivant les cas, nous soumettons de nouveau nos malades aux frictions.

Chaque poussée nouvelle de syphilides, s'il y en a, est immédiatement combattue par les frictions.

Tel est le traitement que nous faisons suivre, en général, à nos malades, pendant la première ou la deuxième année, et qui n'est autre que celui qui est employé par l'un de nous depuis 1884 dans sa clinique à l'hôpital Saint-Sauveur. (Leloir, Cliniques de l'hôpital Saint-Sauveur, 1884-1889.)

Quant à l'iodure, nous ne le donnons qu'à partir de la deuxième année.

M. SCHWIMMER. Je viens d'entendre dire à quelques-uns des orateurs précédents qu'il convenait, avant d'instituer le traitement antisiphilitique, d'attendre l'apparition des premiers symptômes secondaires. Je ne saurais trop m'élever contre une pareille pratique. Pourquoi ne pas en agir avec la vérole comme avec la tuberculose, le diabète, toutes les affections générales enfin? M. Leloir justifie cette expectation par la difficulté et même, parfois, l'impossibilité du diagnostic du chancre initial; mais dans la majorité des cas le diagnostic est facile et formel dès le début, alors pourquoi attendre? On a dit, en outre, que les formes graves sont celles qui ont été prématûrement traitées; d'après moi, c'est précisément le contraire. J'insiste donc sur la nécessité du traitement immédiat.

J'ai employé tous les traitements proposés et je donne la préférence au *salicylate de mercure*; je le crois supérieur au sublimé.

M. NEUMANN. Contrairement à M. Schwimmer, je ne commence le traitement que quand les premiers symptômes secondaires ont fait leur apparition et je préfère les frictions aux injections.

M. KAPOSI. Je désire faire quelques réflexions au sujet des injections mercurielles et des conséquences que la résorption du mercure peut avoir sur l'économie.

Je ne parle pas des abcès qui sont des phénomènes contingents. M. Leloir n'en a pas observé dans sa série d'injections; moi non plus. Cela dépend de circonstances accessoires. Mais il y a des effets bien plus dangereux qui surviennent à la suite de l'absorption du mercure.

Au Congrès de Prague, j'ai cité le cas d'une femme morte dans mon service, à la suite d'une intoxication hydrargyrique aiguë, consécutive elle-même à des injections d'huile grise. Il n'en avait pourtant pas été fait plus que n'en fait Lang lui-même. *Dix jours après la première injection* s'est développée une gingivite ulcéruse et la diarrhée est survenue sans qu'on pût l'arrêter. A l'autopsie, on trouva une colite ulcéruse. L'examen chimique montra qu'au point de la région dorsale où l'on faisait les injections, 70 p. 100 du mercure était encore dans les tissus. La quantité résorbée avait donc été très minime, et pourtant elle avait suffi pour entraîner la mort. Je connais encore d'autres cas moins graves, mais qui me font conclure que ce procédé des injections, qu'on croyait scientifique, ne l'est pas en réalité. On croit doser exactement la quantité de mercure destinée à être résorbée, et il n'en est rien; elle est bien introduite sous la peau, mais elle n'est pas absorbée. D'autre part, si des phénomènes d'intoxication surviennent, on n'est plus maître d'arrêter la résorption du poison; le mercure continue à intoxiquer le malade, tandis qu'avec les autres méthodes, on peut, à volonté, graduer les doses de mercure et éviter ainsi les accidents.

M. CASTELO (de Madrid). Je suis partisan du traitement d'*emblée* et *continu*. Cependant, on doit le suspendre de temps en temps pour éviter les troubles

des organes digestifs et, de plus, on peut établir des trèves momentanées correspondant aux périodes où la maladie semble sommeiller. Il faut combiner selon les cas et les circonstances l'emploi des mercuriaux et des iodures, et ne jamais négliger le traitement local.

M. SCHÜSTER (d'Aix-la-Chapelle). Comme M. Kaposi, j'ai observé des cas où l'emploi des injections mercurielles avait été des plus dangereux. Par conséquent, aussi longtemps que nous n'aurons pas étudié et fixé la loi de la solubilité et de la résorption des dépôts de préparations insolubles, on devra tenir ces méthodes pour dangereuses.

M. DU CASTEL (de Paris). Pour résumer mon opinion actuelle, je dirai que je ne vois pas en quoi la méthode des injections sous-cutanées est supérieure aux autres traitements de la syphilis; relativement au nombre des cas dans lesquels je l'ai employée, j'ai vu son action curative et son action préventive assez fréquemment en défaut. S'il est possible de limiter les accidents locaux à des douleurs supportables et à une légère gêne des mouvements, il ne m'est pas démontré que l'apparition des formes ulcérées ne soit pas quelquefois facilitée par ce mode de traitement et que tous les viscères, le cerveau et le rein en particulier supportent toujours avec indifférence ce mode d'introduction du mercure dans l'économie.

Un fois l'injection faite, le malade échappe pour quelque temps à la direction du médecin, qui n'est plus libre de suspendre à volonté l'absorption du mercure.

M. ROSOLIMOS (d'Athènes). Il y a des cas de manifestations syphilitiques secondaires ou tertiaires, où les procédés antisyphilitiques ordinaires (frictions, usage interne, etc.) peuvent échouer à cause de la diminution ou de l'abolition de la propriété absorbante des muqueuses, qui peut survenir au bout d'un certain temps, soit par accoutumance, soit par l'inflammation plus ou moins intense dont ces muqueuses deviennent le siège par le fait de l'action de la substance hydrargyrique, soit enfin par pure prédisposition individuelle; dans ces cas, on doit se servir des injections mercurielles au moyen desquelles on introduit d'une façon sûre la quantité voulue du mercure. Et comme on ne peut pas d'avance prévoir ces cas, on doit avoir recours aux injections au moins toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une manifestation syphilitique dangereuse.

Les injections mercurielles paraissent eurayer, plus que tout autre traitement, la tendance aux rechutes. Cependant, mises en usage dès la première période de la syphilis, elles n'empêchent pas ou ne retardent pas l'apparition des phénomènes secondaires.

L'inflammation et la suppuration consécutives à l'injection peuvent être évitées, si l'on pratique les injections aux régions convexes du dos. En outre, la douleur y est moindre que partout ailleurs.

M. LÉLOIR. En ne donnant le mercure qu'à la période secondaire, pratique qui semble irrationnelle à M. Schwimmer, je suis d'accord, je crois, avec la majorité des syphiligraphes qui sont ici présents, pour ne parler que de ceux-là; je citerai en particulier MM. Diday, Anderson, Langlebert, Bœck et Unna. Le traitement d'emblée n'a, à mon avis, aucun avantage.

M. DUBOIS-HAVENITH. Je viens de voir, avec M. Leloir, un malade de

soixante ans atteint de *chancre du prépuce*; nous attendions l'apparition des accidents pour instituer le traitement : or voici un an que le chancre est guéri et rien n'est encore apparu. Il est probable que les partisans du traitement d'emblée eussent considéré ce cas comme un succès de leur méthode.

M. BARTHÉLEMY. Il existe en effet des formes atténuées latentes de la syphilis acquise comme de la fièvre typhoïde ou de la variole. Mais ces syphilis bénignes peuvent dans l'avenir aboutir à des accidents graves. Il faut donner le traitement le plus tôt possible et ne pas attendre l'apparition des symptômes secondaires.

M. PETRINI. Le tannate de mercure que j'ai employé ces derniers temps m'a donné de bons résultats. Je faisais prendre d'abord une pilule de 0 gr. 10 pendant dix jours, puis deux pilules. Le traitement durait vingt-cinq à trente jours en tout. J'ai observé ainsi la disparition rapide des accidents syphilitiques, même sans traitement local. Je n'ai pas eu d'accidents, sauf un peu de stomatite. Ce sel s'élimine abondamment par les glandes salivaires; on doit donc surveiller attentivement la cavité buccale.

M. MAURIAC. Les frictions et les injections hypodermiques sont des méthodes exceptionnelles, qui ne répondent qu'à un nombre restreint d'indications et auxquelles on ne doit recourir que lorsque les voies digestives sont intolérantes, ou qu'il est indispensable d'obtenir très rapidement la saturation hydrargyrique. Ces deux méthodes, surtout l'hypodermique, ont plus d'inconvénients et exposent à plus de dangers que la méthode stomacale, et elles n'ont pas plus qu'elle le privilège de prévenir les poussées successives qui se font malgré le traitement pendant la période secondaire.

Quoique la syphilis puisse guérir spontanément dans un certain nombre de cas, il est d'une bonne pratique de toujours la traiter.

Il faut commencer l'administration des spécifiques à partir du moment précis où l'on a la certitude absolue que le chancre est syphilitique.

Le traitement de la phase primitive est tout aussi logique et tout aussi indiqué que celui des phases consécutives.

L'excision du chancre ne prévient pas l'infection. Peut-être en atténue-t-elle les conséquences, mais le fait n'est pas encore péremptoirement démontré.

Il est indispensable de suspendre de temps en temps l'administration des spécifiques pour laisser reposer l'organisme et éviter l'accoutumance.

Aucune règle fixe et surtout mathématique ne peut être établie d'avance ni pour la durée, ni pour la suspension du traitement spécifique. Toute chronologie uniforme qu'on tenterait de lui imposer serait illusoire, dangereuse et antimédicale.

Il faut traiter la syphilis comme toutes les autres maladies constitutionnelles, non pas d'après un type abstrait et immuable, mais d'après les nombreuses indications qu'elle présente, suivant ses formes, ses degrés, ses tendances, etc., et aussi suivant les individus.

L'intervention des deux spécifiques est utile dans presque tous les cas, mais pas au même degré. Dans les formes légères, le mercure suffit et prime l'iodure. Dans les formes graves, soit par le processus des lésions, soit par leur siège, soit par les déterminations viscérales, il faut recourir au mercure et à l'iodure.

La spontanéité curative de l'organisme, qui existe dans les premières phases, décroît peu à peu et disparaît presque après l'invasion du tertiarisme. Aussi, plus on avance dans la diathèse et plus ses accidents réclament l'emploi des deux spécifiques.

L'organisme ne consent pas toujours à développer dans toute leur plénitude les effets curatifs des spécifiques. En pareil cas, il faut se résigner à en suspendre l'usage momentanément pour le reprendre plus tard, et chercher ailleurs que dans le mercure et l'iodure les résultats favorables qu'ils ne peuvent donner.

Il est donc nécessaire, dans presque tous les cas, et surtout dans les plus sévères, de faire marcher de front le traitement spécifique et le traitement général, l'hygiène et la thérapeutique.

M. NEUMANN. Je me suis servi dans le traitement de la syphilis des frictions mercurielles, de l'iodure de potassium, de l'iodoforme, en injections sous-cutanées ou sous forme de médicaments susceptibles d'être absorbés par les voies digestives, des bains de sublimé et des injections sous-cutanées de sels insolubles de mercure, en particulier du calomel.

Pour moi, les injections de calomel ne présentent aucun danger.

J'ai fait des expériences sur des animaux et j'ai vu que c'est par les follicules pileux principalement, accessoirement par les autres follicules, que le mercure à l'état moléculaire pénètre dans l'économie. D'autre part, j'ai remarqué que pour les injections d'iodoforme il fallait prolonger le traitement pour obtenir la guérison. Il ne m'a pas fallu moins de quinze injections d'iodoforme pour faire disparaître une syphilide papuleuse.

A la suite du traitement par l'iodoforme, je n'ai jamais observé de récidives; sans que je veuille dire, cependant, que l'iodoforme soit un spécifique préférable au mercure ou à l'iodure de potassium.

M. BALZER. Les accidents locaux restent toujours l'obstacle principal qui s'oppose à la diffusion complète de la méthode de Scarenzio. L'injection de la préparation mercurielle insoluble cause une suppuration, quelquefois avec destruction de quelques fibres musculaires. Les recherches spéciales de M. Christman ont nettement démontré que ces suppurations sont dues exclusivement au mercure, sans intervention des microbes.

La stomatite ne s'observe pas plus souvent qu'avec les autres méthodes de mercurialisation : tel est du moins le résultat des observations de mon service et des autres services de l'hôpital de Lourcine.

Nous n'avons jamais eu de cas de mort, et, à ce propos, je dois faire la remarque que c'est aussi le cas de tous les membres du Congrès qui ont pratiqué ces injections : MM. Neumann, Bertarelli, Schwimmer, de Watraszewski, Zuriaga, Jullien, Ducastel, Leloir, etc. Je crois que les cas de mort signalés jusqu'à ce jour ont été causés par l'oubli des règles de la médication mercurielle. On a injecté, en effet, des doses telles qu'elles auraient déterminé des accidents non moins graves, s'il avait été possible de les faire absorber par toute autre méthode. Quelle que soit la voie d'introduction, tube digestif, surface respiratoire, surface cutanée ou tissus sous-cutanés, la dose du mercure administré doit être faible, si l'on a la certitude qu'elle sera absorbée.

Les doses injectées, trop fortes avec Scarenzio et Ricordi, trop fortes en-

core avec Smirnoff, ont été abaissées par Watraszewski, de manière à rendre les dangers d'intoxication à peu près illusoires, ou au moins pas plus redoutables qu'avec les autres méthodes de mercurialisation. Mais si l'on injecte des doses de 20 à 40 centigrammes de préparations mercurielles insolubles, si l'on va jusqu'à 1 ou même 2 grammes, comme on l'a fait; ou bien, si les injections plus faibles sont, ce qui revient au même, faites à des intervalles trop rapprochés, on doit s'attendre à la production d'accidents d'intoxication. Ils doivent se produire fatallement, à moins qu'ils ne soient prévenus par l'enkyttement de la substance injectée.

Enfin, il faut encore tenir compte des autres conditions dont l'examen s'impose devant toute médication mercurielle, éliminer les albuminuriques, les ptisiques, les cachectiques, etc., et prescrire aux malades une hygiène buccale rigoureuse. Dans le *modus faciendi* il faut s'astreindre à enfoncer d'abord la canule sèche et parfaitement perméable et attendre que le défaut d'écoulement du sang démontre qu'on n'a pas pénétré dans un vaisseau. Cette précaution, comme l'a justement fait remarquer M. Besnier, doit être prise non seulement pour les injections mercurielles, mais encore pour toutes les injections sous-cutanées.

En résumé, l'emploi des injections mercurielles doit être soumis rigoureusement aux règles de la médication mercurielle, d'une part; de la médication hypodermique, de l'autre. Employée avec prudence, la méthode de Scarenzio ne présente donc pas de dangers sérieux, mais il ne faut pas non plus lui demander plus qu'elle ne peut donner. Quelle que soit la préparation, quel que soit son mode d'introduction dans l'économie, le mercure subit toujours les mêmes transformations et, par conséquent, reste identique dans son action. Il n'est pas douteux que, semblable en cela à tous les médicaments, il n'agisse avec plus d'énergie par la voie sous-cutanée : par les autres voies d'absorption, il peut agir tout aussi bien, s'il est absorbé.

Nous tenons à défendre les injections mercurielles contre les graves reproches qui leur ont été adressés, parce qu'ils nous paraissent porter plus loin que ne le pensent peut-être les adversaires de la méthode de Scarenzio. Profondément convaincu des bienfaits de la médication mercurielle, nous avons employé cette méthode dans la pensée qu'elle agissait dans le même sens que les autres procédés de mercurialisation. Mais il nous semble que l'antimercurialisme aurait de sérieuses raisons à donner, si l'on pouvait produire la preuve d'une action provocatrice exercée sur la syphilis par les injections. Il faudrait alors examiner, à ce même point de vue, les autres modes de mercurialisation et il y aurait à se demander s'il est suffisant de rejeter les injections et s'il ne convient pas de condamner le mercure lui-même.

M. DE WATRASZEWSKI (de Varsovie). Je me range complètement à l'avis de M. le Dr Balzer. Quant à la valeur des injections mercurielles insolubles, elles constituent une méthode excellente dans le traitement de la syphilis; je m'en sers depuis des années et je l'applique avec succès dans les cas récents et tardifs de la maladie. C'est avec surprise que j'entends ici objecter quelque danger à cette méthode. Le danger n'existe pas si l'on se sert des doses amoindries, telles que je les ai indiquées dans des publications antérieures. Nombre de médecins polonais, russes, autrichiens et allemands émettent à ce sujet des avis favorables.

Les différents sels de mercure insolubles employés en injection sont : le calomel, l'oxyde jaune de mercure, l'huile grise, le tannate de mercure, etc. Les préparations qui contiennent le plus de mercure doivent être préférées. Le thymolate, le salicylate de mercure, le phénate, n'ont pas donné les effets qu'on attendait de leurs propriétés antisyphilitiques et parasiticides.

D'autre part, comme je l'ai déjà indiqué, la réaction locale causée par l'injection est en rapport avec la quantité de sel employée. Plus la préparation contient de mercure, plus son action spécifique est manifeste.

Aussi devrait-on s'en tenir au calomel et à l'oxyde jaune, s'ils ne produisent des perturbations locales trop violentes. Des cas de mort ont même été signalés par M. Runeberg, qui employait des doses élevées de calomel. J'ai moi-même noté un grand affaiblissement à la suite de l'emploi de l'oxyde jaune, à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 12. Aussi ai-je réduit les doses à 0 gr. 04.

L'huile grise simple ou benzoïnée a donné, entre les mains de MM. Kaposi et Hallopeau des résultats funestes.

Avec les injections de sels insolubles, on a cependant à craindre les embolies pulmonaires. Selon moi, on pourra les éviter le plus souvent par le choix attentif d'un véhicule approprié à la préparation spécifique; ce véhicule, qui ne doit pas irriter les tissus, ni perturber l'état général, ne doit pas, d'autre part, décomposer le sel de mercure qu'il porte en suspension et ce dernier ne doit pas non plus agir sur lui. D'autre part, une consistance spéciale est nécessaire pour tenir le sel en suspension. La glycérine, à cause de son affinité pour l'eau, est d'un emploi douloureux. La solution de gomme, à 1/120, a été abandonnée pour les véhicules graisseux, huile d'olives, d'amandes douces, de vaseline, de paraffine. Ces différents véhicules employés, soit avec des sels insolubles, soit avec le mercure émulsionné, sont douloureux. Quel que soit le véhicule, reste toujours le danger de pénétration de l'injection dans une veine, d'où embolie pulmonaire. Lesser en cite un cas, moi-même j'en ai vu deux.

Des expériences sur les animaux m'ont amené à incriminer ces injections dans la production des infarctus après pénétration dans les veines. De plus, l'absorption rapide du mercure et l'intoxication mercurielle aiguë consécutive semblent faciliter et accélérer le processus destructif dans le tissu pulmonaire affecté. En employant la solution de gomme au lieu de véhicule graisseux, le mélange facile de l'injection avec le sang fait que les foyers d'hépatisation pulmonaire étant plus petits, mais aussi plus nombreux, j'observais des nodules miliaires disséminés dans un tissu sain. Ces foyers miliaires m'ont semblé plus aptes à la régression.

Malgré ces complications possibles et rares, il faut le dire, les malades guérissent le plus souvent. Ayant le choix d'un véhicule approprié, nous possédons le moyen de les éviter ou, au moins, d'en réduire au minimum les fâcheuses conséquences.

M. BARTHÉLEMY (de Paris). Les instructives et minutieuses recherches de MM. Balzer et de Watraszewski nous indiquent tous les détails d'une méthode thérapeutique encore nouvelle et précieuse. Mais ce que j'aurais voulu entendre d'eux, c'est la comparaison entre la gravité d'une syphilis ainsi traitée et une autre syphilis de même intensité traitée par les autres procédés en usage. La méthode des injections est-elle plus efficace ? Les poussées secondaires sont-

elles moins durables et moins fréquentes ? Les accidents tertiaires et, notamment, les lésions graves du système nerveux sont-ils évités, etc. ?

Voilà pourtant ce qu'il est indispensable de savoir, si l'on veut faire adopter les injections hydrargyriques comme une *méthode générale* de traitement. En effet, il faut, dans les résultats thérapeutiques, un avantage considérable pour compenser les difficultés de la pratique de ville et même de la pratique hospitalière. M. Balzer convient lui-même que la méthode des injections est surtout une *méthode d'exception*; c'est absolument mon avis. De même que, dans les cas de menace grave du côté du système nerveux, nous avons, sans tarder, recours aux frictions, de même nous pratiquons les injections dans les cas, par exemple, où les lésions de glossite secondaire ou secondo-tertiaire sont très tenaces et résistent aux moyens ordinaires, irrités qu'ils sont par les stomatites dues aux pilules ou aux frictions mercurielles. Les injections seront très utiles aussi dans un service de prostituées par exemple, où les malades, on le sait, n'avalent pas leurs pilules et médicaments ou font mal leurs frictions, etc.

M. BERTARELLI (de Milan). Sur 200 malades soignés par moi au moyen d'injections de 0 gr. 02 de calomel pour 1 gramme d'huile de vaseline, je n'ai jamais eu d'accidents, sauf la salivation et la gingivite. Les malades soumis à ce traitement pouvaient vaquer à leurs occupations, se livrer aux travaux pénibles, monter à cheval, etc.

La discussion est close et la séance est levée.

SÉANCE DU SOIR.

L'abondance des communications oblige le Congrès à se diviser pour cette séance et pour celle du lendemain matin en deux sections : l'une de dermatologie, l'autre de syphiligraphie et de vénérologie.

I. SECTION DE DERMATOLOGIE.

Salle du Musée.

Présidents : M. James WHITE et M. P. PELLIZARI, chacun pour une moitié de la séance.

Communications de :

MM. ISCOVESCO (Paris). Érythème pernio.

SCHWIMMER (Buda-Pesth). Sarcome universel pigmentaire.

HALLOPEAU (Paris). Sur une nouvelle forme de lymphodermie.

Histologie, par M. Louis Wickham.

GAUCHER (Paris). Pathogénie et métastases de l'eczéma, particulièrement chez les enfants.

GAUCHER. Formes et pronostic de la tuberculose cutanée chez les enfants.

L. JACQUET (Paris). Note sur l'épithéliome kystique bénin de la peau.

OLAVIDE (Madrid). Contagion de la lèpre et nombre des lépreux en Espagne.

MM. KALINDERO (Bucharest). La lèpre en Roumanie.

ZAMBACO (Constantinople). Sur la lèpre : Une enquête chez les lépreux de l'île Mathelin.

S. E. MAVROGENY PACHA. Lettre sur la lèpre.

ZURIAGA (Espagne). Sur la lèpre.

Présentation, par M. ZAMBACO, d'un malade atteint de mutilations des extrémités pouvant être rapportées à la lèpre.

II. SECTION DE SYPHILIGRAPHIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE.

Salle de Conférences.

Présidents : MM. POSPELOW et ROSOLIMOS.

Communications de :

MM. LEPERS (Roubaix). Syphilis et paludisme.

EUTHYBOULE (Constantinople). Sur la syphilide acnéique du nez.

ERAUD (Lyon). De la blennorrhagie chez la femme.

PERRIN (Marseille). Blennorrhagie; balanoposthite grangréneuse, pleurésie diaphragmatique, phlébite double des membres inférieurs, arthrite de l'articulation sterno-claviculaire.

ROSOLIMOS (Athènes). Sur quelques particularités du traitement de la blennorrhagie par les instillations.

RAYMOND (Paris). La peptonurie dans la syphilis.

LE DENTU (Paris). Des syphilomes musculaires au point de vue chirurgical.

LE DENTU. De l'anus artificiel temporaire comme moyen de traitement indirect du syphilome ano-rectal.

VALDÈS MOREL (Chili). Anomalies vénériennes et syphilitiques.

Sixième journée. — Samedi 10 aout.

SÉANCE DU MATIN DÉDOUBLÉE.

I. SECTION DE DERMATOLOGIE.

Salle de Conférences.

Présidents : MM. KALINDERO et OLAVIDE.

Communications de :

MM. QUINQUAUD (Paris). Notes sur les pertes subies par l'organisme dans les affections cutanées exfoliantes.

HERMET (Paris). Sur quelques points de la dermatologie de l'oreille.

TÖRÖK (Buda-Pesth). Histologie du *lichen planus*.

UNNA (Hambourg). Anatomie pathologique de l'*eczema seborroicum*.

- KALINDERO (Bucharest). Sarcome cutané idiepathique, type Kaposi.
PERRIN (Marseille). Lupus érythémateux disséminé paraissant lié à des troubles menstruels.
MARTY (Paris). Lupus du larynx.
OLAVIDE (Madrid). Traitement comparé du lupus.
RENAULT (Paris). Sur la variole.
CAYLA (Paris). Cas d'urticaire aiguë, s'accompagnant de phénomènes menaçants d'asphyxie.

II. SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE.

Salle du Musée.

Présidents : MM. ZAMBACO et DIDAY.

Communications de :

- MM. DE MAIEFF (Russie). Contributions à l'étude de la syphilide pigmentaire.
PORTALIER (Paris). De la récidive *in situ* de certaines formes de lésions syphilitiques.
TOMMASOLI (Rome). Histologie des syphilides tertiaires.
ISCOVESCO et MENEAULT. Sur le pseudo-rachitisme syphilitique.
VIOLI (Constantinople). Syphilis chez les nouveaux-nés et les enfants à Constantinople.
LELOIR (Lille). Rapports qui existent entre la syphilis et quelques affections du système nerveux.
MOREL LAVALLÉE (Paris). Rapports de la syphilis avec la paralysie générale.
LANDOUZY (Paris). Quelques observations de contagion syphilitique au cours de la période tertiaire.
LE PILEUR (Paris). D'une cause déterminante peu connue de stomatite mercurielle et de son traitement.
DJELAL MOUTAR (Constantinople-Paris). Chancre syphilitique non accompagné d'adénopathie.
BAUDOUIN (Paris). Formes graves de la syphilis.

SÉANCE DU SOIR.

SÉANCE DE CLÔTURE.

Président : M. HARDY.

I. *Propositions relatives aux Congrès internationaux de dermatologie et de syphiliographie.*

Le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de deux propositions qui ont été re-

mises au Bureau, l'une de M. UNNA; la seconde de M. SCHWIMMER. Toutes les deux sont d'accord sur deux points :

1° Qu'un Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie se réunira désormais régulièrement;

2° Que les sessions de ce Congrès auront lieu tous les trois ans. Ces deux propositions fondues en une seule, quant aux deux premiers articles, sont votées, la première à l'unanimité, la seconde à une énorme majorité, après une courte discussion, quelques membres ayant proposé que les réunions eussent lieu tous les deux ans.

Reste à déterminer le siège du prochain Congrès; la première proposition mettait en avant la ville de Hambourg; la seconde, la ville de Vienne. Alors intervient M. MALCOLM MORRIS qui, sans faire une proposition ferme, dit que la ville de Londres se trouvera très honorée de recevoir les congressistes si leur choix spontané se porte sur cette cité. M. UNNA retire sa première proposition et déclare se rallier au choix de la ville de Londres. M. KAPOSI appuie la proposition de M. SCHWIMMER en faveur de la ville de Vienne et montre quelles ressources de toute espèce offrent pour un congrès de ce genre la ville et l'hôpital où, depuis Hebra, l'enseignement dermatologique et syphiligraphique n'a cessé d'être en honneur.

On vote au scrutin secret: 90 membres prennent part au vote, dont le dépouillement donne les résultats suivants :

La ville de.....	Vienne a obtenu.....	52 voix.
	Londres a obtenu.....	37 voix.
	Hambourg a obtenu.....	1 voix.

En conséquence, le prochain Congrès se réunira à Vienne en 1892. M. le professeur KAPOSI est nommé président du Comité d'organisation du futur Congrès; ce Comité comprendra tous les professeurs de dermatosyphiligraphie d'Autriche-Hongrie.

II. *Discussion des questions relatives à la surveillance de la prostitution et à la prophylaxie de la syphilis.*

M. BARTHÉLEMY. Sur 100,000 femmes vivant de la prostitution, 4,000 seulement sont inscrites, sur lesquelles 2,000 se soumettent à la visite. Les autres prostituées clandestines ou soumises, mal surveillées, parfois à peine traitées, sèment de tous côtés la syphilis, qui augmente chaque jour à Paris. En présence de ce déplorable état de choses, qui intéresse l'humanité tout entière, je demande que le Congrès affirme par un vœu la nécessité de ne pas laisser s'exercer ainsi la liberté de la contagion. Il faut choisir entre la syphilis universelle et la ligue universelle contre la syphilis.

M. BUTTE lit un travail sur la *prophylaxie* de la syphilis par la surveillance médicale des prostituées. Il cite des statistiques établissant que le dispensaire a rendu d'évidents services et que, grâce à lui, la propagation de la syphilis, à Paris, a été arrêtée dans des proportions très appréciables.

M. POSPELOW (de Moscou). L'idéal, dans la surveillance de la prostitution, serait de découvrir toutes les prostituées et de les amener à se présenter à la visite sanitaire. Voici comment nous avons essayé à Moscou de nous *approcher* de cet idéal. Il existe un *bureau sanitaire central* où l'on délivre aux prostituées

un brevet de *salubrité*. *Aucune femme ne peut être reçue dans une maison de prostitution sans être munie de sa carte sanitaire.* Des inspecteurs spéciaux visitent à intervalles périodiques les lieux de prostitution, *quels qu'ils soient* (maisons publiques, chambres garnies, hôtels meublés, etc.), et s'assurent de la stricte observation du règlement. Les propriétaires desdits établissements sont rendus responsables de toute infraction à ce règlement.

Voici maintenant comment fonctionne le bureau sanitaire. Une prostituée se présente; elle donne (pour la première et dernière fois) son nom et son âge et l'on fait sa *photographie*.

On lui délivre alors un *carnet* ne portant *aucun nom*, mais muni d'un exemplaire de sa *photographie*. Le carnet doit être visé tous les trois jours, et il porte les visas successifs avec leurs dates. *Chacun peut donc vérifier si la prostituée s'est fait examiner dans les délais prescrits.* Ce système va fonctionner à Moscou pendant trois ans à titre d'essai.

M. FOURNIER. Il serait intéressant de savoir de nos collègues étrangers ce qu'a produit l'émancipation de la prostitution dans les pays qui, comme l'Italie, ont récemment modifié leur législation sur ce sujet.

M. DE AMICIS. La loi sur la liberté de la prostitution est appliquée depuis trop peu de temps pour que l'on puisse encore en apprécier les résultats définitifs; il faudrait, pour arriver à des conclusions ayant quelque valeur, attendre au moins quelques années.

M. BERTARELLI (de Milan). La syphilis a beaucoup augmenté, à Milan, depuis l'application de la nouvelle loi sur la prostitution; dans les sept mois de 1889, j'ai vu un nombre d'accidents primitifs presque double de ceux que j'avais observés pendant les sept mois correspondants de 1888. Je ferai remarquer que, à Milan, les conditions d'observation des malades syphilitiques sont meilleures que dans bien d'autres villes, parce que nous voyons tous les cas à l'hôpital. Si la syphilis a augmenté dans ces derniers mois, il n'en est pas de même des maladies vénériennes, qui sont restées à un chiffre stationnaire.

Au point de vue prophylactique, je crois qu'il faut traiter les syphilitiques à l'hôpital jusqu'à la guérison complète, mais pour les autres maladies vénériennes, cela n'est pas indispensable.

M. GIBELLO (de Turin). Il y avait à Turin, avant l'application des nouveaux règlements sanitaires (16 septembre 1888), deux hôpitaux pour le traitement des maladies vénériennes et syphilitiques : le Sifilicomio Governativo et l'hôpital de Saint-Lazare, ce dernier dû à une fondation privée. Au Sifilicomio, on a envoyé, dans ces dernières années, près de 500 femmes par an. Le Sifilicomio ayant été supprimé en vertu de la nouvelle loi, le gouvernement a établi, à l'hôpital Saint-Lazare, dix-huit lits pour les prostituées; mais ces lits sont insuffisants pour le nombre (plus de 1,000) des prostituées qui existent à Turin et maintenant ces femmes parcourent la ville en l'infectant. Voici, par périodes de trois mois, depuis l'application des nouveaux règlements, le nombre des femmes qui se sont présentées à l'hôpital de Saint-Lazare :

Premier trimestre.....	375
Deuxième trimestre.....	567
Troisième trimestre.....	636

Et pendant ce temps on n'a reçu au maximum que 50 à 60 femmes par trimestre. Du premier au troisième trimestre, le nombre des cas de syphilis a augmenté de 92 p. 100; pendant le même temps, le nombre des autres maladies vénériennes a augmenté de 61 p. 100.

M. CASTELO (de Madrid). Il est indispensable de réglementer la prostitution : la réglementation est d'ailleurs, dans tous les pays où elle existe, absolument imparfaite. Il serait nécessaire de s'occuper des hommes qui disséminent la syphilis. Pour ce qui concerne les femmes, il faudrait les visiter toutes au moins deux fois par semaine et chaque fois faire l'examen au spéculum, imposer de *fortes amendes aux propriétaires* des maisons qui ne se soumettraient pas au règlement, en outre obliger les femmes malades à entrer à l'hôpital et donner gratuitement des médicaments aux syphilitiques dans tous les hôpitaux et dans toutes les consultations.

M. HUMBERT (de Paris). Il n'est pas possible de faire subir une visite aux hommes qui entrent chez les prostituées; mais ils transmettent bien souvent la syphilis, faute de précautions, parce qu'on leur a dit qu'ils n'avaient rien, que la lésion dont ils sont atteints n'a aucune importance. *Le vrai coupable est celui qui les a ainsi rassurés.* Il est donc nécessaire d'enseigner la syphilis : beaucoup de médecins ne la connaissent pas ou la connaissent mal. Il est nécessaire aussi d'empêcher les gens *sans diplôme, les pharmaciens et les charlatans*, de donner des consultations aux malades atteints d'affections vénériennes : les hommes ainsi soignés par des ignorants sont peut-être pour un quart dans la propagation de la syphilis.

M. HARDY. Il sera toujours difficile, sinon impossible, d'empêcher les pharmaciens de donner des consultations à ceux qui leur en demandent.

M. CRUYL (de Gand). On a fait pour les maladies des bestiaux et des plantes, des lois sanitaires internationales; il serait bon d'envisager aussi, dans la propagation de la syphilis, le côté international de la question.

M. A. FOURNIER. Les médecins sont tous d'accord sur le danger social qui résulte de la propagation de la syphilis; il n'en est malheureusement pas de même des sénateurs, des députés, qui sont chargés de faire les lois que nous réclamons : ces sénateurs et ces députés sont des gens du monde qui ne voient pas le danger et qui nous opposent une série d'arguments du genre de ceux que je vais vous rappeler. Les uns disent à propos des gens qui contractent la syphilis que c'est « tant pis pour eux », mais à cela nous ne devons pas manquer de répondre ceci : il n'y a pas que les gens qui se livrent à la débauche qui aient la syphilis, il y a encore leurs femmes à qui ils la donnent, il y a encore leurs enfants à qui ils la transmettent, sans compter tous les ricochets que peut faire la syphilis ainsi importée dans une famille. Une autre objection qui nous est souvent opposée est tirée de la statistique; on nous dit : « Voyez les statistiques des pays dans lesquels la prostitution n'est pas surveillée, la syphilis n'y est pas plus fréquente que dans ceux où elle est réglementée, bien au contraire. » A cela, nous ne pouvons rien répondre parce que ces *statistiques n'existent pas*; je suis sûr que ces statistiques donneraient raison aux partisans de la réglementation, mais nous ne les possédons pas; dès lors, nous devons nous mettre à l'œuvre et, par un travail collectif, établir ces statistiques avec lesquelles nous pourrons nous présenter devant les pouvoirs publics et leur

dire : « Voyez les résultats du laisser-aller, voyez d'autre part les résultats de la réglementation, il n'est pas besoin d'autre argument pour vous prouver la nécessité de votre intervention. » Aussi, je propose la formation d'un comité collectif chargé de procéder à une enquête sur ce point, de centraliser tous les documents et en particulier ceux que nous fourniront nos collègues d'Italie si bien placés par les variations récentes de leur réglementation pour juger lequel des deux systèmes doit être mis en vigueur.

M. MANSOUROFF. On peut nommer une commission chargée de procéder à cette enquête, à raison d'un membre par nation.

M. HARDY. On pourrait décider la formation d'un comité d'enquête composé de tous les membres qui voudront bien s'inscrire et recueillir les documents statistiques dont M. Fournier demande la réunion.

(Ce comité est constitué séance tenante et comprend parmi ses membres des syphiligraphes des divers pays représentés au Congrès).

M. LE PILEUR (de Paris) dépose le projet de vœu suivant :

Le Congrès de dermatologie et de syphiligraphie,

Considérant que la prostitution clandestine est le foyer le plus actif de la syphilis,

Émet le vœu que l'Administration impose l'inscription et la visite obligatoire de toutes les femmes qui se livrent à la prostitution publique. (Adopté à l'unanimité.)

M. DIDAY (de Lyon) dépose le projet de vœu suivant :

Le Congrès de dermatologie et de syphiligraphie,

Résolument partisan du système de surveillance obligatoire,

Invite l'Administration à étudier et à appliquer une mesure qui consacre la responsabilité effective des propriétaires de tout établissement où s'exerce la prostitution. (Adopté.)

La discussion est close.

M. LE PRÉSIDENT déclare terminés les travaux du Congrès, et remercie les membres du Congrès du zèle qu'ils ont montré et de la régularité avec laquelle ils ont suivi les séances.

Le soir un banquet amical, qui eut lieu à l'hôpital Saint-Louis même, réunissait une dernière fois les membres du Congrès. Les toasts ont été portés par MM. RICORD, PEYRON, HARDY, KAPOSI, Malcolm MORRIS, MANSOUROFF, DE AMICIS, UNNA, DE WATRASZEWSKI, OLAVIDE, ZAMBACO, KALINDERO, LUTZ, SCHWIMMER et FEULARD.

