

lisse, sans desquamation; la zone circonférentielle externe de la cocarde maculeuse s'est effacée; la deuxième zone est à peine un peu plus foncée que le centre, lequel est également lisse; il a perdu l'aspect muriforme qu'il avait offert pendant quelques temps.

En février 1890, la malade est revue, le prurit persiste; il n'y a pas eu de nouvelles poussées bulleuses.

V. *Récidives — Marche — Durée* : Dans ses formes typiques, la dermatite herpétiforme est une maladie de *longue portée*, à *poussées successives*, *sub-intrante*, ou composée d'une série indéfinie de *rechutes* et de *récidives*.

Tous ces éléments ont une valeur de premier ordre pour confirmer un diagnostic ou l'établir rétrospectivement : mais il n'échappera pas qu'ils font nécessairement défaut dans la première atteinte, et aux phases initiales de la maladie. On ne saurait oublier, enfin, que la faculté récidivante n'appartient pas à la seule maladie de DUHRING.

Dans les dermatites bulleuses multiformes, comme dans toutes les autres maladies, le processus peut avorter, en rester aux premiers actes, réaliser des formes aiguës légères, ébauchées, frustes, ou bien ne plus se reproduire, même après une première atteinte des plus caractérisées. Sans invoquer les observations des autres, nous pouvons affirmer, d'après notre pratique personnelle, que la maladie de Duhring peut, même dans ses types les plus accentués et les plus cruels, cesser complètement, et ne plus se reproduire même après un grand nombre d'années, — six à notre observation actuelle.

Il sera souvent, nous l'admettons, prudent de suspendre son jugement, de mettre les malades en observation et de réserver le diagnostic, mais sans aller, avec UNNA, jusqu'à l'ajourner systématiquement à la première récidive, ou à le renier si cette récurrence ne se produit pas.

Aucun élément partiel, en effet, ne doit être ainsi présenté comme absolu, aucun n'est indispensable à lui seul, et c'est seulement par l'ensemble et par la réunion de tous les éléments recueillis, que doit être accepté, ou rejeté, le diagnostic.

Les dermatites bulleuses multiformes ne sont pas encore assez nettement précisées pour qu'il soit possible d'établir parmi elles des divisions systématiques basées sur la marche et sur la durée. Toutefois, à titre provisoire, ou au moins sous réserves, on ne peut faire mieux que de prendre, pour tableau des formes et des variétés de la maladie de Duhring, le résumé suivant donné par BROcq. Nous modifions seulement l'ordre établi par notre savant collègue en commençant par les *faits de transition*, qui rapprochent les dermatites bulleuses complexes des érythèmes bulleux, et, jusqu'à un certain point, des hydrotoxi-dermies.

A. — *Dermatites polymorphes douloureuses aiguës*, lesquelles sont récidivantes, ou non, et ont une intensité et une durée des plus variables.

B. — *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 de cinq à dix-huit mois.

Dans chacun de ces deux groupes secondaires, on trouve les sous-variétés objectives, mentionnées ci-dessous 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.

C. — *Dermatites polymorphes douloureuses chroniques à poussées successives*, comprenant les sous-variétés objectives : érythémato-papuleuse, érythémato-vésiculeuse, bulleuse, 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.

VI. *Age ; Maladie de Duhring dans l'enfance* : La dermatite bulleuse multiforme s'observe dans la jeunesse, dans l'âge adulte et dans la vieillesse, avec une fréquence assez égale pour qu'il n'en puisse être rien déduit au point de vue de la différenciation. Jusqu'à présent, elle avait été peu étudiée dans la première et dans la seconde enfance; toutefois, UNNA — *Congrès de Paris, 1889*; et *loc. sup. cit.*, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1889 — rattache à la maladie de DUHRING cinq formes ou variétés, dont l'une porte le nom d'*Hydroa des enfants*. Voici le sommaire des caractères qu'il assigne à cette dernière variété :

1° Début dans les premières années de la vie; 2° rechutes continues pendant l'enfance; 3° maximum des attaques dans la saison chaude; 4° polymorphie peu accentuée de l'exanthème qui est composé presque exclusivement d'érythème papuleux, de vésicules et de bulles non purulentes; 5° prédominance des douleurs sur le prurit; 6° acuité des accès; 7° dépression constante de l'état général avant l'apparition de l'exanthème; 8° affaiblissement lent, spontané des accès à l'égard de l'étendue, de l'intensité, de la durée, et du nombre des accès vers le temps de la puberté; 9° disparition de la maladie et réduction extrême à l'âge adulte; 10° probablement limitation au sexe masculin, les dix cas observés étant tous relatifs à des garçons.

De même que pour l'H. de la grossesse et des femmes en couche, l'H. des enfants implique, pour UNNA, une disposition particulière du système nerveux de la peau, disposition héréditaire, et qui peut se rencontrer chez plusieurs enfants d'une même famille.

La maladie de DUHRING existe dans la première et dans la seconde enfance, pendant la dentition, indépendante de l'urticaire, du prurigo, des érythèmes, etc.; mais des études nouvelles sont nécessaires pour la dégager entièrement, déterminer ses variétés, et préciser le rang que doit occuper, parmi celles-ci, le type décrit par UNNA.

Aucune confusion ne peut s'établir entre l'affection signalée par UNNA, et l'urticaire pigmentaire à poussées bulleuses que l'on observe à la même période de la vie, à ce point que l'auteur n'a pas cru nécessaire d'en marquer les différences. Cependant nous n'avons pas jugé inutile de préciser sur ce point et voici — communication personnelle — ce que UNNA a bien voulu ajouter, sur notre demande :

Dans l'urticaire pigmentaire, on peut toujours provoquer l'éruption factice — la formation des bulles est une circonstance accidentelle, irrégulière, et non pathognomonique — par une irritation vive quelconque, on peut faire naître des bulles sur les taches brunes; et on peut observer, pendant des mois, des cas d'urticaire pigmentaire sans qu'aucune bulle apparaisse. — Une fois apparue, l'urticaire pigmentaire n'a pas d'intervalles libres; toujours de nouvelles taches apparaissent jusqu'à ce que l'enfant, avec le progrès de l'âge, cesse d'en avoir, et jusque-là, il a sans cesse des taches.

L'hydroa des enfants n'a rien de l'urticaire : l'érythème papuleux y est rare, et les bulles et vésicules apparaissent promptement; il n'y a pas de taches pigmentaires consécutives et, histologiquement le pigment et les mastzellen manquent. Enfin l'éruption dans l'hydroa se présente sous l'aspect vésiculo-bulleux disséminé irrégulièrement, l'urticaire pigmentaire a toujours ses plaques planes, jaunes, brunes, xanthélasmoïdes, etc., etc.

VII. *Bénignité relative* : Si l'on veut bien remarquer que, dans le pemphigus vrai, la vie est régulièrement compromise, et la cachexie prompte à venir, tandis que la maladie de DUHRING ne menace pas ordinairement l'existence, et qu'elle peut durer presque indéfiniment sans léser, à fond, la nutrition ni les forces, on comprendra à quel titre la *bénignité* a pu être inscrite parmi les éléments caractéristiques de la seconde de ces dermatoses.

Mais il faut ajouter, immédiatement, que cette bénignité est toute comparative, *relative*, car la maladie de DUHRING peut, à elle seule, causer quelquefois la mort, et elle constitue très souvent une affection particulièrement cruelle. Nous allons préciser en peu de mots :

A l'hôpital, et dans la pratique de la ville, nous avons observé plusieurs cas mortels, lesquels, rapprochés de quelques autres, et notamment du fait de Brocq, — *Congrès dermatologique de 1889* — établissent que, surtout chez les sujets avancés en âge, les dermatites pemphigoïdes peuvent avoir une issue funeste, dès leur première apparition, et dans des délais très courts.

Toutefois, même chez les vieillards, et dans les cas les plus intenses, la guérison peut être obtenue. — Voyez, entre autres observations publiées depuis les travaux de BROcq, le cas rapporté par DUBREUILH dans une intéressante étude de la dermatite herpétiforme de DUHRING, Bordeaux, 1889, et l'observation de THIBIERGE, Réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis, III, in *Annales de Dermat. et de Syph.*,

2^e série, t. X, 1889, p. 793. — Nous pourrions ajouter d'autres exemples tirés de notre pratique personnelle.

Mais, ainsi que nous l'avons dit, si la vie n'est pas compromise habituellement par la dermatite herpétiforme, elle est singulièrement altérée et troublée dans les cas intenses.

Les patients sont véritablement martyrisés par le retour incessant des éruptions et des sensations cruelles qui se produisent. Les professions et les rapports sociaux sont devenus impossibles. Les douleurs, les brûlures, les démangeaisons, une hyperthermie locale avec hyperthermesthésie qui ne permettent pas à quelques malades de supporter le contact des vêtements ou du drap de lit le plus léger, etc.; les mille malaises sans nom qui accablent les malheureux malades sont atroces, et, pour plusieurs, font naître des idées de suicide. Et, dans les cas sévères et anciens, la désespérante chronicité de la maladie, sa durée sans limites, ses retours offensifs incessants, l'insuffisance patente des secours de la médecine, viennent s'ajouter pour briser le courage le mieux trempé.

Enfin, bien que rares, certaines complications éventuelles, endocardite, lymphodermite érysipéatoïde, entérite cholériforme ou dysentérique, crises d'anurie, etc., peuvent rendre la situation particulièrement critique.

Même dans les cas aigus et subaigus, moyens, la situation est encore des plus douloureuses, et s'il s'agit d'un vieillard affaibli, les douleurs, l'insomnie, le prurit terrible mettent rapidement l'existence en danger, et rendent atroces les dernières périodes de sa vie.

§ II. ÉRYTHÈMES MULTIFORMES BULLEUX. — TOXIDERMIES BULLEUSES (hydrotoxidermies). — NOMENCLATURE. — TRAITEMENT.

Il faudrait encore beaucoup de développements pour compléter l'esquisse rapide que nous venons de tracer de l'une des plus importantes des *grandes dermatoses*, telle qu'on peut l'entrevoir à présent. Le lecteur qui voudra comparer le *point* actuel à celui où la question était placée avant les travaux des écoles d'Amérique et de France, pourra mesurer l'étendue du progrès réalisé; et le praticien qui se sera trouvé, avant et après, aux prises avec ces cas difficiles, reconnaîtra combien il est mieux assuré en présence des malades, qu'il ne le pouvait être autrefois.

Très peu de lignes suffiront, à présent, pour fixer les rapports de cette première espèce d'éruption pemphigoïde avec les *érythèmes bulleux* et avec les *toxidermies bulleuses*; pour traiter de la *nomenclature*, et pour donner les principales indications thérapeutiques propres aux diverses hydrodermies.

I

Érythèmes multiformes bulleux, et toxidermies pemphigoïdes.

Nous avons indiqué — note 2, p. 360 — les limites dans lesquelles nous maintenons les érythèmes bulleux multiformes, libérés des

formes à prédominance bulleuse, prolongées, que nous avons d'abord rangées dans une catégorie de pemphigoides, pour les séparer du pemphigus avec lequel on les confondait sans raison.

Aujourd'hui encore, la limite exacte entre ces dernières formes et les cas aigus ou légers de la maladie de DUHRING reste indécise. BROCO en a témoigné lui-même, en décrivant le groupe auquel il a donné la dénomination de *dermatites polymorphes prurigineuses aiguës*.

On a vu d'autre part plus haut — p. 839 — que le professeur KAPOSI réclamait tous ces cas pour les érythèmes, et — p. 842 et 846 — que UNNA les considérait comme à ce point ambigus que, si l'éruption débutait par le dos des mains, il portait le diagnostic *érythème*, mais que si la maladie ne récidivait pas, il ne portait pas le diagnostic de dermatite herpétiforme, soupçonnant tous les exanthèmes *non récidivants*, analogues aux dermatites multiformes, qui sont consignés dans la science, d'appartenir à des intoxications connues (médicaments) ou à des intoxications encore inconnues (micro-organismes).

Cette question est des plus ardues.

Il existe, en effet, quelques sujets, constitutionnellement ou accidentellement prédisposés, *intolérants*, chez lesquels on peut voir se développer une série nombreuse et variée d'éruptions bulleuses — *Ér. bulleuses toxidermiques, hydrotoxidermies* — ortiées bulleuses, érythémato-bulleuses, prurigineuses ou non, localisées ou généralisées, naissant sous l'action de certaines substances médicamenteuses ou toxiques — bromures, iodures, salicyliques, phénols de tout ordre, etc., etc.

Distinguer de telles éruptions des formes aiguës, récentes, initiales, de la maladie de DUHRING est souvent impossible à titre extemporané, et parfois difficile, même à une observation prolongée, dans les cas où l'éruption, artificielle à l'origine, survit longtemps à l'action de la cause, ce qui n'est pas la règle, mais ce qui peut arriver — Voy. p. 828, *Appendice des Traducteurs*.

Il faut donc savoir — et se rappeler — que toutes les éruptions bulleuses idiopathiques peuvent être *simulées* par les hydrotoxidermies, et faire, au début de chacune d'elles, ou aux premiers examens, une enquête approfondie, ou, au moins, établir des *réserves*, si l'on est obligé de porter un jugement temporaire. Cette enquête rétrospective réclame une volonté ferme, qui ne se laisse pas détourner par les difficultés que le malade, ou les assistants, apportent souvent à cette enquête pour des raisons diverses.

II Nomenclature des pemphigoides.

Au milieu des ambiguïtés nombreuses qui persistent sur la nosologie des éruptions bulleuses multiformes, il serait prématuré de donner des dénominations nouvelles à des types encore indécis.

Pour la maladie de DUHRING en particulier, il ne faut pas se presser de conclure : une expression *définitionnelle* sera toujours trop longue

pour subsister, et un terme uninominal *arbitraire* n'aurait pas, provisoirement, plus de solidité.

La dénomination d'*hydroa*, en particulier, proposée par Unna au Congrès de Paris, ne peut être d'aucun secours. Comment, en effet, faire oublier les emplois multipliés et tout différents que ce mot a eus dans le passé, et ceux qu'il comporte encore aujourd'hui ?

Nous avons, nous-mêmes, attaché le mot *hydroa* comme qualificatif à une variété d'érythème multiforme, et en France, un savant dermatologiste, QUINQUAUD — De l'*hydroa*, in *Bullet. méd.*, 1889, p. 1675 — réclame la même dénomination pour « une maladie vésiculo-bulleuse à lésion unique, à évolution rapide, toujours bénigne, à récurrences rares, ayant son siège ordinaire sur le tégument externe, mais pouvant aussi occuper les muqueuses, et dont voici le type :

« Deux ou trois jours avant l'efflorescence, le malade éprouve du malaise, des frissonnements, du prurit, des cuissons ; tantôt la température ne dépasse pas 38 degrés, tantôt elle atteint 39°,5, puis apparaît la localisation sur la peau. Elle s'annonce par l'apparition brusque de bulles citrines, hémisphériques, turgides, bombées, qui, pendant les quarante-huit premières heures, restent transparentes comme de l'eau de roche ; à ce moment, les matériaux solides du liquide sont à 6 ou 8 p. 100 ; la fibrine varie de 0 gr. 60 à 0 gr. 80 p. 100 ; le liquide est alcalin, et sa densité est de 1024. Au bout de ce temps, la sérosité qui distend les bulles se trouble, devient louche, lactescente, puriforme ; les matériaux solides sont alors à 9 ou 11 p. 100 ; les bulles se flétrissent, présentent des plis, sont comme chiffonnées, puis la dessiccation commence. Quand elle est terminée, on se trouve en présence d'une croûte qui persiste cinq à six jours, tombe et laisse à sa place une macule brune, pigmentée, sans cicatrice, pouvant persister parfois assez longtemps. Les croûtes sont minces, brunâtres, quelquefois proéminentes, souvent aussi encadrées par un anneau séro-purulent ; dans ce cas, la lésion est vaccinoforme.

En dehors de ces éléments éruptifs, peau saine, à peine tuméfiée ; on ne constate, autour des bulles, qu'une auréole rosée. Au bout de trente-six heures environ, des microbes pyogéniques des parois changent le liquide séreux en liquide puriforme ; c'est même là un fait général pour les éruptions à liquides primitivement transparents.

Nous avons cultivé, dans du liquide péritonéal stérilisé, un organisme qui, inoculé sous la peau, a produit une petite boule demi-transparente et éphémère.

A certaines phases de la maladie, on trouve dans les urines des bâtonnets se colorant avec la fuschine rubine en solution aqueuse.

Enfin, lorsque l'éruption est intense, la fibrine du sang s'élève à 5 gr. 5 p. 1000, l'urée du sang à 0 gr. 030 p. 100. La capacité respiratoire et l'hémoglobine diminuent légèrement à la période d'état, mais au moment de la résolution et pendant la convalescence, on les trouve notablement diminuées dans les cas où les bulles ont été nombreuses.

A ces symptômes, il faut ajouter que l'éruption se présente assez souvent sous forme de *groupes bulleux* très remarquables, qui sont constitués par des lésions à toutes les phases de développement (bulles demi-transparentes, croûteuses, excoriées) ; mais le derme sur lequel ces groupes reposent n'offre pas une tuméfaction considérable.

Ajoutons encore que les éléments ont une variété de volume qui est constante dans le cas où l'éruption est étendue.

Voilà les caractères principaux de l'hydroa cutané qui s'accompagne parfois d'un *prurit* intense, surtout au moment des poussées de bulles; ce prurit s'atténue à la fin de la maladie.

Pour les muqueuses, l'éruption ne revêt pas tout à fait la même apparence. Les bulles, entourées d'un liséré rouge, crèvent rapidement; la croûte n'existe pas; elle est remplacée par des exulcérations superficielles, recouvertes d'une fine fausse membrane d'aspect blanchâtre et opalin, ressemblant, à s'y méprendre, à des plaques muqueuses syphilitiques. Parfois, la lésion est à cheval sur la muqueuse et sur la peau: la portion cutanée est croûteuse, sèche, et la partie muqueuse est blanchâtre, humide. La durée est ordinairement de quinze jours, mais, d'autres fois, elle se prolonge pendant trois semaines, un mois, six semaines.

A mesure que la guérison s'opère, on voit l'aspect blanchâtre s'atténuer et disparaître, laissant une exulcération rouge et, en dernier lieu, une tache rouge persistant parfois assez longtemps et pouvant encore faire croire à l'existence d'altérations syphilitiques en voie de guérison.

Tel que nous venons de le décrire, l'hydroa marche rapidement. Après une première apparition de quelques vésicules coïncidant avec un léger état fébrile, on voit survenir une véritable explosion de bulles inégales; c'est la *poussée principale* qui s'accroît pendant le premier septénaire; puis, après plusieurs jours de répit, des *poussées secondaires* se produisent, légères, d'une durée de trois semaines à un mois et constituées par l'efflorescence de bulles peu nombreuses. Ces apparitions des éléments sont fréquemment précédées de malaises, de frissonnements, d'anorexie, coïncidant avec une faible azoturie avec augmentation des matières colorantes de l'urine.

En somme, la maladie, essentiellement bénigne, avec prurit, dure en moyenne un à deux mois au maximum. La récurrence existe, mais n'est point fréquente; deux de nos malades en sont guéris depuis huit ans et n'ont jamais rien éprouvé depuis leur guérison.

Dans son ensemble, l'affection évolue en peu de temps, la lésion élémentaire elle-même marche d'une manière aiguë, contrairement à ce qui se passe pour le pemphigus vrai et pour d'autres maladies bulleuses.

Les signes fondamentaux de l'hydroa vrai peuvent se résumer ainsi:

- a Développement primitif de vésico-bulles sur diverses régions;
- b Explosion rapide de ces éléments. Dans le cours des deux premiers septénaires, la poussée principale est faite;
- c Évolution rapide et de la *maladie* et de la *lésion*: en deux mois au maximum, tout est terminé; les bulles arrivent à la macule en quinze jours ou trois semaines au plus;
- d L'affection est prurigineuse dans sa phase active,

Les variétés sont au nombre de six: 1° pemphigoïde; 2° impétigineuse; 3° à bulles vésiculeuses; 4° cerclée; 5° régionale; 6° des muqueuses.»

III

Traitement du pemphigus et des dermatites bulleuses multifformes.

Dans le *pemphigus* aussi bien que dans les pemphigoïdes, la *thérapeutique* témoigne trop clairement des incertitudes et des obscurités de cette partie de la nosologie cutanée.

Quelques auteurs considérables, JONATHAN HUTCHINSON, DUNCAN BULKLEY, etc. — Voy. DUNCAN BULKLEY, On the value of frequently repeated

doses of arsenic in the treatm. of bull. dis. of the skin, etc., *The New-York med. Journ.* 1889 — considèrent l'arsenic, à *haute dose*, comme un agent capable de *guérir* le *pemphigus vrai*. Ce que nous pouvons dire seulement, c'est que nous n'avons pas été plus heureux que le professeur KAPOSI, et que, dans le traitement du *pemphigus bulleux vrai*, aucun des moyens proposés n'a réussi entre nos mains. Les auteurs qui voudront, dans l'avenir, porter la conviction dans l'esprit de leurs confrères, agiront utilement en publiant des observations précises, détaillées, et indiscutables, à l'appui de leur *diagnostic*.

Dans la médication externe du *pemphigus*, il n'y a à faire que des pansements antiseptiques appropriés, à protéger les surfaces dénudées. Selon les circonstances et les périodes, les poudres inertes, les onctions huileuses, les enveloppements ouatés interviennent, et le pansement général n'est autre que celui des brûlures graves. Malgré tous les soins les plus minutieux, malgré l'emploi du matelas d'eau, les périodes avancées de la maladie sont des plus cruelles. Les bains, quels qu'ils soient, ne conviennent que temporairement, aux périodes moyennes, pour déterger la surface du corps; la sortie du bain, la mise à l'air des surfaces dénudées, souvent saignantes, est particulièrement douloureuse. Peut-être en serait-il autrement du bain permanent, institué aux périodes où le malade n'est pas encore affaibli à l'excès.

Dans les *pemphigoïdes*, c'est seulement grâce à la longue durée, et à la bénignité relative de la maladie que la thérapeutique est un peu moins nulle. Nous pouvons affirmer, par une expérience aujourd'hui très étendue de cette série de dermatoses, aussi bien dans la pratique civile que dans les services hospitaliers, qu'il n'y a aucun moyen *actif* de calmer le prurit atroce, les douleurs, et les malaises protéiformes que chaque fin de journée, et que chaque nuit ramènent violents — autre que l'intoxication morphinée par la voie sous-cutanée. Mais l'emploi de ce moyen, qui ne soulage que pour quelques heures, devient l'occasion d'abus morphinomaniaques, dont les conséquences peuvent devenir presque aussi graves que celles de la maladie elle-même. La plupart des autres hypnotiques, les bromures, le chloral, etc., n'ont que des indications temporaires; souvent ils exaspèrent les lésions cutanées et le prurit; ou, si les doses en sont élevées et longtemps employées, ils amènent une prostration et une anorexie qui ne permettent pas d'en continuer l'usage.

Quant aux médicaments dirigés contre la maladie elle-même, ils se réduisent à l'emploi surveillé, dirigé, approprié à chaque cas particulier, des valérianiques, du sulfate de quinine, de la belladone, de l'ergotine, associés à l'arsenic dont l'action dans la maladie de DÜRRING n'est pas absolument nulle. C'est par l'emploi de la liqueur de FOWLER en injections hypodermiques, à la dose de une à huit gouttes par vingt-quatre heures, combiné avec l'usage *intermittent* de l'opium ou de la belladone, que nous croyons avoir concouru à réaliser quelques guérisons, ou au moins, quelques atténuations.

Les iodures, sous toutes les formes, ont toujours été nuisibles, à ce

point que leur emploi nous a souvent servi de pierre de touche pour différencier extemporanément des affections bulleuses d'un autre ordre.

Jamais nos malades n'ont bénéficié d'une médication débilante; il faut toujours soutenir et tonifier.

La *constipation* et l'*oligurie*, l'*oligurie* surtout, sont des facteurs de gravité certains; les purgatifs, les diurétiques, lait et lactose au premier rang, constituent des agents de sédation énergiques, à la condition de soutenir, d'autre part, les malades par une alimentation très réparatrice.

Localement, lotions antiseptiques quotidiennes à l'eau boriquée, ou additionnée d'une faible quantité de solution alcoolique de salol; usage des poudres inertes; évacuation des bulles enchâssées ou très tendues; enveloppements moites imperméables, onctions huileuses, onguent simple, enveloppement ouaté, alternativement ou successivement selon les cas, les régions, les périodes, etc.

Les bains, seulement à titre éventuel, sur indication précise, et avec la surveillance directe du médecin, qui pourra seulement ainsi juger de la valeur du moyen dans chaque circonstance particulière. La sortie du bain est très douloureuse dans les cas intenses par la dénudation de la peau. Le bain permanent serait à mettre en essai, mais, avec l'installation, la surveillance, et les précautions bien difficiles à réaliser dans l'ordinaire de la vie; chez une de nos malades de la ville, une endocardite aiguë, survenue après un bain prolongé, nous a obligé à interrompre l'essai. Quant aux bains médicamenteux, salins, sulfureux, leur action est promptement, et activement nuisible.

Localement, contre le prurit, nous employons surtout les lotions avec la décoction de feuilles de coca — 4 grammes par litre d'eau — ou les enveloppements de tarlatane ou de *lint*, imprégnés de la même solution; nous avons renoncé aux solutions de cocaïne en raison de la difficulté d'en abandonner le dosage aux malades, et de la toxicité relative de son emploi, toutes les fois où les surfaces malades sont très étendues.

Toutes les fois où des poussées congestives intenses, des crises érysipélateuses se produisent, l'enveloppement des parties malades dans des compresses de *lint* imbibées de solution de salicylate de soude 2 p. 100 additionnée de bicarbonate de soude 1 p. 100, telles que Hallopeau les a employées dans l'érysipèle, constituent un pansement excellent et très efficace.

Le séjour hors des villes, dans un endroit salubre, sec, aéré, loin de la mer ou des lacs, est très avantageux; l'air confiné, l'*humidité*, l'air marin sont ordinairement contraires.

Le calme de la vie, la tranquillité d'esprit, les distractions ont une grande importance, mais sont souvent irréalisables chez des malades qui souffrent précisément par le manque préalable de toutes les conditions des heureux de ce monde.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

TABLE ANALYTIQUE DES LEÇONS

CONTENUES DANS LE TOME PREMIER

(Voir, à la fin du Tome second, les tables alphabétiques générales des noms d'auteurs, des matières contenues dans les leçons, des notes et des additions des Traducteurs.)

	Pages.
PRÉFACE DE L'AUTEUR	IV
PRÉFACE DES TRADUCTEURS	V
INTRODUCTION DES TRADUCTEURS A LA PREMIÈRE ÉDITION	XV

PREMIÈRE LEÇON

Rapports de la dermatologie avec la pathologie générale. — Son importance scientifique et pratique. — Histoire de son développement depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. — Premières notions dermatologiques: livres saints; médecins grecs. — Hippocrate. — Celse, Pline. — Écrivains arabes: Razès, etc. — École de Salerne. — Manardus, Mercuriali. — Turner, Lorry, Plenck, Willan Bateman, Alibert, Bielt, Rayer, Bazin, Cazenave, Devergie, Gibert, Hardy, Baumès, P. Frank, Riecke, Schönlein, Fuchs, Hebra, ses doctrines. — Classification de Hebra. 1

DEUXIÈME LEÇON

Caractère général des processus pathologiques de la peau. — Analogie essentielle de ces processus avec ceux des autres organes et tissus. — Ils présentent toutefois des caractères spéciaux. Leur caractère particulier se rattache à l'anatomie spéciale de la peau, aux symptômes propres et aux causes des maladies cutanées. — Anatomie de la peau et de ses annexes. — Couches de la peau. — Lobules graisseux, vésicules graisseuses. — Papilles de la peau. — Papilles nerveuses. — Épiderme. — Réseau de Malpighi. — Couche cornée. — Chorion, tissu cellulaire, système vasculaire de la peau. — Circulation sanguine de la peau. — Système lymphatique de la peau. — Nerfs de la peau. — Corpuscules du tact. — Système nerveux tégumentaire. — Muscles de la peau. 18

TROISIÈME LEÇON

Anatomie de la peau (*suite*). — Glandes sudoripares. — Glandes sébacées, poils, ongles. — Physiologie de la peau; ses triples fonctions comme