

sant sur l'essence de la maladie. Il s'agit certainement d'un trouble de nutrition, essentiellement grave, qui se manifeste par l'altération locale considérable des tissus (atrophie) et par le marasme général qui survient plus tard. Peut-être l'idée émise par Biesiadecki, que la paroi des vaisseaux papillaires se transforme en tissu colloïde, a-t-elle, à cet égard, une importance toute spéciale.

J'ai actuellement en observation une forme remarquable de maladie, représentée par un lichen ruber plan chez un homme de quarante-cinq ans. Le cou et la nuque, les régions scapulaire et axillaire, le pli des coudes et le creux des jarrets, le bas-ventre et les fesses sont envahis par des bourrelets semblables à du xanthome et à de la keloïde; bourrelets rouges, saillants en forme de cordons, d'arêtes et de boudins, dont la crête a un aspect jaunâtre brillant, aplatis et très durs; à certains endroits ils sont uniformes, mais en général entaillés à des intervalles réguliers comme un collier de corail, ils ressemblent à des cicatrices hypertrophiées de brûlure.

Ils suivent dans leur direction principale des lignes parallèles à l'axe longitudinal du corps et siègent surtout dans la profondeur des articulations, ainsi qu'au cou et à la nuque, partout reliés entre eux par des barres obliques et transversales, formant dans leur ensemble des réseaux larges, sauf en quelques points où ils sont très étroits. Le voisinage le plus immédiat de ces foyers keloïdiens réticulés, ainsi que les districts de la peau situés entre les mailles des réseaux sont occupés par des papules caractéristiques de lichen plan, d'un rouge foncé jusqu'au rouge brun, les unes en amas compacts, les autres disposées en forme de raies ou disséminées, et toute la région fessière apparaît envahie par une plaque pigmentée diffuse, brun-sépie. Dans la région voisine de cette plaque, vers le sacrum et la face postérieure de la cuisse, il y a de

la maladie, se guérissent — L. annulaire — ou bien il arrive, à la suite de la diminution des phénomènes inflammatoires dans les parties supérieures du chorion, une hyperplasie de l'épiderme.

2° L'ombilication des plus petites papules est causée par le fait que leur partie médiane est retenue par un conduit sudorifère, plus rarement par un canal folliculaire, tandis que les parties avoisinantes sont soulevées par la tuméfaction du corps papillaire.

Les affaissements centraux des grandes papules sont causés par la régression du corps papillaire produit par l'élargissement de l'épithélium, par l'épaississement de la couche cornée et la desquamation de ses parties supérieures. La surface au-dessous du niveau des plaques annulaires doit son existence à l'atrophie du corps papillaire.

Dans quelques papules du lichen, on trouve des petits corps homogènes, qui, probablement, doivent être regardés comme une production hyaline du tissu conjonctif ou de l'exsudat.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

nombreuses papules de lichen, tandis que, entre les papules, on ne voit que des taches pigmentaires punctiformes. Sur le bas-ventre, il en est de même; en même temps, il existe de nombreux bourrelets keloïdiformes qui présentent ici un aspect très dentelé. Le raphé du scrotum est envahi par un seul bourrelet épais, la moitié droite de celui-ci par de plus petits cordons.

A un examen plus attentif on constate que, dans ce cas, les petites papules de lichen se transformaient en nodosités dures, à facettes plus volumineuses, atteignant le volume d'une petite lentille; et c'est une hyperplasie semblable des papules disposées en séries qui a donné lieu au développement des gros bourrelets entaillés. L'examen histologique a aussi démontré que la constitution anatomique des nodosités et des portions de cordon était la même que celle des petites papules de lichen. — Je crois qu'il faut désigner cette forme, qui sûrement n'a pas encore été observée, sous le nom de *lichen ruber en collier de corail* (1).

L'étude des phénomènes intimes montre en même temps que, pour le lichen comme pour le psoriasis, l'infiltration cellulaire, le travail inflammatoire dans le chorion et dans la couche papillaire représentent la partie essentielle du processus, et qu'il est tout à fait erroné de le ranger parmi les épidermoses, comme l'a fait Auspitz; chez un malade, j'ai même vu une rougeur diffuse et de la chaleur de la peau précéder chaque poussée aiguë de papules. Dans l'état régulier, l'infiltrat des papules arrive rapidement à la métamorphose graisseuse, peut-être colloïde ou semblable à de la cire, puis disparaît, ce qui entraîne l'atrophie des parties atteintes. Mais, dans ce cas exceptionnel, l'infiltration, qui est d'ailleurs limitée à un foyer presque imperceptible, se développe au point de former des nodosités du volume d'un pois, même d'une cerise.

La coloration jaunâtre lardacée des gros bourrelets, des anciens et même d'autres plus petits, qui pourrait les faire confondre avec du xanthome, est probablement le résultat de la transformation graisseuse ou céroïde, et l'on est par conséquent en droit d'espérer que même les bourrelets pourraient disparaître comme les papules ordinaires de lichen; ce que seule l'observation ultérieure pourra apprendre.

J'ai encore observé, dans le sens opposé, une terminaison anormale du lichen ruber. Chez une femme de quarante-cinq ans, je vis dans la zone des régions claviculo-cervicale, du dos et de la cuisse droite, des cicatrices réticulées, étendues, plates et légèrement déprimées, d'un

(1) Voy. DUBREUILH. Lichen plan en bandelettes anastomosées, *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, janvier 1889. E. B. — A. D.

aspect blanc brillant, et entourées d'un liséré brun rouge. Je pensais à des cicatrices de lupus érythémateux. Ce ne fut qu'après une observation de plusieurs mois que des papules de lichen ruber apparurent au voisinage de la limite de la maladie et sur d'autres points du corps, et il devint évident qu'il existait là du lichen ruber, et que, dans ce cas, au lieu d'une atrophie limitée à de petits foyers de la peau et d'une coloration brun-sépie, comme on l'observe en général, on avait affaire à des cicatrices étendues, ponctuées et réticulées, d'un blanc brillant, provenant du lichen (1).

Le diagnostic du lichen ruber est, il est vrai, toujours assuré par les caractères cliniques prononcés qu'il présente; mais cependant, en raison de la rareté de la maladie, il est assez difficile pour des médecins peu expérimentés.

Dans la période de formation des papules à l'état disséminé, le lichen ruber acuminé peut être confondu avec le psoriasis ponctué ou avec l'eczéma papuleux. Les papules plates du psoriasis se développent en peu de jours, en taches caractéristiques de la grandeur d'une lentille, squameuses, tandis que les papules saillantes, coniques, du lichen ruber, persistent sous cette forme, et celles de l'eczéma papuleux reprennent rapidement le caractère de l'eczéma, ou bien se développent en vésicules. Le lichen ruber, sous forme de rougeur diffuse et d'épaississement de la peau, est encore plus facile à confondre avec l'eczéma chronique et le psoriasis diffus. Dans ces cas, on recherchera, dans le voisinage de ces foyers de rougeur diffuse, les efflorescences primitives caractéristiques du lichen ruber.

Dans le lichen ruber généralisé, le diagnostic différentiel d'avec le psoriasis généralisé est extrêmement difficile. En général, dans le lichen ruber, la production de squames est relativement faible et la peau est considérablement épaissie, tandis que, dans le psoriasis, il y a toujours

(1) Voy. HALLOPEAU. Du lichen plan et particulièrement de sa forme atrophique. Leçon d'ouverture, in *Union médicale*, mai 1887.

Ultérieurement, HALLOPEAU et DARIER ont proposé, comme plus applicable à ces faits, la dénomination de *L. pl. scléreux*. — Voy. *Réun. hebdomadaire des méd. de Saint-Louis*, 1889. Nous acceptons cette dénomination comme applicable à une variété plutôt qu'à une forme du lichen plan; il ne s'agit, en réalité dans ces cas, que de l'amplification accentuée et de la prédominance de l'atrophie régressive des éléments du lichen plan que l'on observe assez souvent d'une manière partielle au milieu d'une éruption ordinaire. On trouve surtout des exemples de cette disposition dans l'évolution régressive des éléments que l'on peut rencontrer à la langue ou encore à la paume de la main, laquelle est généralement indemne, mais non constamment.

E. B. — A. D.

une grande quantité de squames épidermiques détachées, en même temps que, sur d'autres points, elles sont accumulées en couches épaisses sur la peau. En outre, le psoriasis, même au plus haut degré de son développement, disparaît temporairement sur certains points, de telle sorte que l'on peut de nouveau voir quelques îlots de peau parfaitement saine. Enfin, la paume de la main et la plante du pied ne sont pas envahies, même dans le psoriasis généralisé, ou elles ne le sont jamais aussi fortement que dans le lichen ruber.

L'eczéma chronique généralisé est beaucoup plus facile à discerner du lichen ruber, parce que l'on rencontre sur beaucoup de points les symptômes caractéristiques de l'eczéma, du suintement, etc.

Le pityriasis rubra généralisé pourra facilement être différencié du lichen ruber, parce que, dans le pityriasis, il n'y a pas d'infiltration de la peau, qui, au contraire, paraît amincie, atrophiée même, et ne produit que des lamelles très minces et des pellicules en forme de son.

Pour ce qui est du lichen ruber plan, de ses éruptions disséminées ou figurées de papules ombiliquées, et de sa forme en plaques déprimées à leur centre, on le confond très souvent, à tort, avec la syphilide papuleuse, d'autant plus que, dans le lichen ruber, le gland est habituellement le siège d'efflorescences.

Je dois vous renvoyer aux signes caractéristiques, que j'ai décrits plus haut en détail, de ces papules et de ces plaques polygonales, à leur aspect brillant et cireux, au petit ombilic que présente chaque efflorescence, à leur état de sécheresse, même lorsqu'elles sont localisées sur les parties génitales. Quoi qu'il en soit, l'appréciation exacte d'un cas pathologique de ce genre exige une grande attention. Le diagnostic est particulièrement difficile, quand le lichen ruber commence à la paume de la main, parce que les papules ne font pas une saillie distincte et sont peu caractérisées. On peut éviter la confusion avec la syphilide palmaire, par l'aspect corné des callosités et le prurit intense; mais il est encore moins facile de se tromper en ce qui concerne l'eczéma et le psoriasis (1).

Le traitement à opposer au lichen ruber est très nettement indiqué. Tandis que, dans les quatorze premiers cas de Hebra, les remèdes internes et externes les plus variés se sont montrés sans effet et im-

(1) Le diagnostic du lichen vrai reste encore difficile pour les médecins dont l'éducation médicale remonte à une époque un peu reculée, en fait, pour la majorité. Communément, il est confondu avec les syphilides papuleuses, ou bien il n'est fait aucun diagnostic ferme. — En fait, ce diagnostic est, le plus ordinairement, d'une grande facilité; les élèves de l'hôpital Saint-Louis y sont rompus au bout de quelques semaines. Restent les difficultés de quelques cas particuliers, des formes aiguës

puissants à empêcher la terminaison fatale de la maladie, tous les malades qui se sont présentés depuis lors ont été guéris par l'usage de l'arsenic, administré suivant la méthode expérimentée et recommandée par Hebra. Aussi, pouvons-nous maintenant promettre, avec la plus complète certitude, la guérison à tous les malades atteints de lichen ruber, sauf à ceux qui sont arrivés au degré le plus élevé du marasme consécutif, au lichen ruber généralisé (1).

Chez les enfants, je préfère donner la solution de Fowler à la dose de deux gouttes par jour, et aller en augmentant très lentement. Chez les adultes, nous prescrivons l'arsenic sous la forme de pilules asiatiques ou en injections hypodermiques de solution de Fowler suivant les règles que nous avons indiquées pour le traitement du psoriasis.

En général, on ne peut voir aucune amélioration avant six à huit semaines, c'est-à-dire quand le malade est arrivé à avoir pris 200 à 500 pilules; il se produit toujours, pendant ce temps, de nouvelles poussées assez considérables, tandis qu'il ne disparaît qu'un petit nombre d'efflorescences anciennes. Ce n'est que quand on est arrivé à 500 ou 600 pilules que les papules disparaissent d'une façon plus notable et que les nouvelles efflorescences sont plus rares. Mais il en reparait toujours de nouvelles pendant les dernières périodes de la maladie et alors même que les anciennes éruptions ont complètement disparu. Aussi avons-nous l'habitude d'administrer l'arsenic à doses modérées, environ six pilules par jour, par exemple, pendant trois ou quatre mois après la disparition complète de l'éruption.

On commence le traitement par trois pilules chaque jour; on augmente tous les quatre ou cinq jours d'une pilule jusqu'à huit ou dix par jour; on laisse le patient à cette dose jusqu'à ce que l'affection ait presque entièrement disparu, puis on descend progressivement à six pilules, dose à laquelle on maintient le malade encore pendant trois à quatre mois à dater du moment où la guérison a été constatée.

diffuses, ou des variétés rares; il faudra toujours, pour se reconnaître parmi elles, avoir pris connaissance de leurs caractères, avoir une bonne méthode dermatologique, examiner la totalité du corps, y compris les cavités muqueuses, tenir compte de la marche, de la durée, des localisations, etc. Les éliminations doivent surtout porter sur les eczemas papuleux, le psoriasis discret, le pityriasis rubra pilaire, les syphilides; c'est à chacune de ces affections qu'est reportée l'étude de ces différenciations.

E. B. — A. D.

(1) Nous avons déjà exposé assez de fois les raisons qui doivent faire éliminer du lichen les « quatorze premiers cas de Hebra », pour ne pas y revenir encore; le lecteur est suffisamment averti.

E. B. — A. D.

Dans les cas moyens de lichen ruber, les malades prennent en tout de 800 à 1,500 pilules. Cependant, il y a des malades auxquels j'en ai fait prendre jusqu'à 3,000, et j'en connais un dont le lichen ruber généralisé n'a complètement disparu qu'après un traitement non interrompu de deux années, pendant lesquelles il prit environ 4,500 pilules.

Il m'a semblé qu'il n'était pas superflu de vous citer ces exemples, parce que de jeunes médecins pourraient, dans leur pratique, reculer devant cette médication arsenicale, qui les effraierait, s'ils n'étaient éclairés sur les faits réels (1).

J'ai eu l'occasion, à la Société des naturalistes de Gratz, de voir jusqu'à quel point l'organisme peut s'habituer à supporter des doses d'arsenic méthodiquement augmentées. Le docteur Knapp a présenté là deux « mangeurs d'arsenic », qui absorbaient chacun en une seule fois un morceau d'arsenic de 25 centigrammes, et même de 50 centigrammes, et qui affirmaient en prendre autant tous les quinze jours.

En suivant la méthode que j'ai décrite, c'est-à-dire en augmentant et diminuant progressivement les doses, et en les maintenant au point où elles agissent d'une manière visible, il ne peut y avoir aucun inconvénient pour le malade.

(1) Nous sommes de ceux qui reconnaissent l'action de l'arsenic administré dans le lichen à dose suffisante; mais on sait surabondamment que certains cas restent *indifférents* à la médication arsenicale la plus excessive, et que beaucoup guérissent sans arsenic. Notre conviction personnelle est que le patient qui a ingéré 4,500 pilules asiatiques aurait pu guérir à moins de frais arsenicaux. De même que d'autres observateurs, nous avons laissé sans arsenic un grand nombre de cas de lichen; les malades n'en ont pas moins guéri, et aucun n'a péri.

L'arsenic est, dans beaucoup de cas de lichen, un excellent moyen de traitement; mais il échoue dans un grand nombre, et ce n'est *jamais* une question d'existence de ne pas le donner. Quant aux doses, elles ne peuvent pas être fixées d'avance; quelle que soit la voie d'introduction du médicament, la mesure est déterminée par la tolérance du sujet et par le mode d'action constaté; lorsque les *doses tolérées* ont été atteintes, qu'elles ont été administrées pendant quelques semaines et surtout quelques mois sans succès, loin de dire aux jeunes médecins de persévérer, nous leur conseillons plutôt de cesser une médication qui n'empêchera pas le malade de guérir, mais qu'il n'est pas légitime de poursuivre, si elle est sans objet.

Il n'y a pas de méthode de traitement du lichen; il y a des malades à traiter, chacun selon sa condition individuelle propre, et guidé par une connaissance suffisante des causes probables, de l'état des organes et des fonctions, et par l'observation de ses *aptitudes* médicamenteuses aussi bien *intus* que *extra*; aucun médicament spécifique interne ne s'impose; l'arsenic est celui dont l'action est le moins contestable, rien autre.

E. B. — A. D.

Les injections sous-cutanées de solution de Fowler que j'ai, comme Köbner, employées à plusieurs reprises et avec de très bons résultats contre le lichen ruber, ont en général une action rapide. Quinze à vingt injections d'une dose complète de solution de Fowler, 4 grammes, pour eau distillée 20 grammes, et répartie sur vingt à trente jours, suffisent quelquefois pour faire disparaître l'éruption; on peut employer aussi l'arséniat de soude 0,1, pour eau distillée 10, depuis un quart de seringue jusqu'à une seringue entière. Cependant, j'ai observé plus souvent, après une cure d'injections, de l'œdème des paupières, une sensation de chaleur et de brûlure dans la peau et des taches pigmentaires intenses analogues à des taches de rousseur et à du chloasma, ainsi que des récidives rapides.

Des doses élevées font disparaître rapidement le lichen ruber. Un de mes malades avait pris par erreur, dans l'espace de quatre semaines, 600 pilules asiatiques, c'est-à-dire 4 gr. 5 d'arsenic blanc, sans éprouver d'inconvénients, excepté un malaise spécial dans le bas-ventre. Mais le lichen ruber, qui existait depuis huit mois, avait complètement disparu au bout de quinze jours.

Cependant, il est évident qu'il faut se garder de donner des doses pouvant avoir une action toxique.

Chez certains malades, l'expérience a démontré qu'il est préférable d'administrer des doses minimales, au plus cinq pilules asiatiques chaque jour, en descendant graduellement jusqu'à deux pilules.

Relativement à la sensation, souvent très pénible, de prurit et à l'insomnie qui en résulte, le meilleur moyen de la combattre est de faire localement des badigeonnages au pinceau avec l'acide phénique ou salicylique (1 gramme pour 40 grammes d'alcool et 1 gramme de glycérine), de saupoudrer la peau avec de l'amidon, d'avoir recours aux bains et aux douches de vapeur, aux onctions avec de la graisse simple, ou à des pommades, composées d'acide phénique ou salicylique, ou d'oxyde de zinc. Cependant, en général, la démangeaison ne cesse qu'au moment où la maladie a une tendance manifeste à disparaître partout.

Les badigeonnages de goudron m'ont paru peu efficaces contre le prurit et contre le lichen lui-même; les bains sulfureux, de soude, d'alun, de sublimé, n'ont pas semblé plus actifs.

Des dermatologistes américains ont recommandé l'acétate de potasse, à la dose quotidienne de 5 grammes pour 150 grammes d'eau distillée, comme un remède particulièrement efficace contre le lichen ruber, et spécialement contre le lichen ruber plan; ils prétendent que, par ce moyen, le lichen a entièrement disparu dans un espace de trois à six semaines. Je n'ai pu constater cette action favorable.

Unna a guéri dans l'espace de trois semaines toute une série de cas de lichen ruber, sans aucun traitement interne, purement et simplement avec des frictions d'une pommade composée ainsi qu'il suit: sublimé corrosif, 1 gramme; acide phénique, 20 grammes; onguent simple, 500 grammes, avec laquelle il fait frictionner les parties malades deux fois chaque jour, et en enveloppant ensuite le malade dans de la laine après l'avoir mis dans son lit. Bockhart et Touton confirment ces résultats.

J'ai traité exactement, d'après cette méthode, des cas de lichen ruber acuminé et des cas de lichen plan, généralisés ou limités certaines régions, à l'hôpital où ils étaient maintenus au lit, ainsi que dans la clientèle privée, et je n'ai malheureusement jamais obtenu le moindre résultat de cette pommade.

Mais quelquefois l'emploi d'une pommade pyrogallique à 10 p. 100 peut amener une furfuration rapide et un affaissement des plaques du lichen ruber plan (1). Beaucoup plus souvent cependant, les

(1) La grande confiance inspirée aux médecins par la parole de HEBRA, sur la valeur de la *médication interne*, de l'arsenic, dans le traitement du lichen, les a, vraisemblablement, détournés des applications externes qu'ils ne faisaient pas, il y a peu de temps encore, avec assez d'énergie. Nous laissons de côté les cas relatifs à certains faits de lichen aigu type UNNA, pour nous en tenir à l'immense majorité des faits de lichen type WILSON et variétés nouvelles; dans un grand nombre de ces cas, le patient étant d'ailleurs traité en général selon ses conditions individuelles, l'usage des agents de la *médication externe* a une importance considérable. Les frictions de pommade pyrogallique de 5 à 10 p. 100, convenablement faites, dirigées et surveillées, agissent quelquefois très rapidement; les emplâtres pyrogalliques peuvent être utilisés, mais avec une action moindre et une application malaisée, quand la maladie est très étendue.

Quand on veut attaquer par les emplâtres des groupes cohérents, le meilleur et le plus actif est l'emplâtre de VIGO; mais si de grandes surfaces sont couvertes, la surveillance et la prophylaxie attentive des accidents hydrargyriques sont indispensables.

Quelques sujets ne supportent aucune de ces applications, soit parce qu'elles exaspèrent l'hyperesthésie cutanée, soit parce qu'elles irritent la peau, et donnent lieu, chez certains, à une véritable érythrodermie exfoliante secondaire, ou à des dermites à extension rapide; cela veut dire que le médecin doit surveiller ses malades et s'abstenir de conseiller une médication énergique quand il ne peut pas en surveiller et en diriger l'application. Dans ces cas divers, il aura recours aux agents anodins de la médication externe; glycérolés, gélatines médicamenteuses, onguents de zinc, emplâtre diachylon simple, etc., etc.

Souvent enfin, on retirera le plus grand avantage de l'emploi des *bains prolongés*, simples ou médicamenteux au borax, au tannin, au goudron, etc.

plaques épaisses qui surviennent si fréquemment aux jambes résistent fréquemment pendant des mois et des années à tout traitement local et général, tandis que l'ensemble de l'éruption a disparu depuis longtemps (1).

J'ai déjà vu, dans plusieurs cas, la maladie récidiver quelques mois ou bien un à deux ans après la guérison complète; dans un cas même, il y eut trois récurrences (2).

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

2. DERMATOSES PRURIGINEUSES

ECZÉMA.

Définition. — Polymorphie et variabilité des symptômes. — Marche typique de l'eczéma aigu. — Eczéma chronique. — Lésions anatomiques fondamentales. — Formes à localisation spéciale. — Impétigo. — Eczéma marginé. Diagnostic.

L'eczéma (*έκ-ξέω*), bouillonner, *effervescere*, dartre humide, est une maladie à marche fréquemment aiguë, mais cependant le plus souvent chronique, qui s'accompagne de prurit et se présente tantôt sous forme de papules, de vésicules et de pustules irrégulièrement disséminées ou fortement serrées les unes contre les autres, tantôt sous forme d'une rougeur diffuse et d'une tuméfaction de la peau, dont la surface devient aussitôt squameuse ou humide, ou bien se recouvre de croûtes jaunes semblables à de la gomme.

A cette polymorphie de l'eczéma, que nous venons d'esquisser, se

(1) Quand les grands conglomérats, ou les conglomérats tuberculiformes du lichen végétant, corné, etc., des membres inférieurs ont résisté au savon mou de potasse, aux emplâtres pyrogalliques ou mercuriels, on en peut aisément obtenir la terminaison à l'aide de la rugination ou de la destruction électro-caustique. E. B. — A. D.

(2) Les récurrences sont possibles, mais elles seront jugées *très rares* par ceux qui ne confondront pas les poussées successives, ou *rechutes*, dans une même série très prolongée, avec de *véritables récurrences* après guérison confirmée. D'après notre observation, il est presque aussi rare de voir récidiver véritablement le lichen que de voir *ne pas* récidiver un psoriasis. E. B. — A. D.

joint encore une grande variabilité dans les symptômes. Aussi, beaucoup de médecins et d'auteurs ne sont-ils pas encore arrivés à se convaincre de l'homogénéité de toutes les formes de l'eczéma, dont ils considèrent un grand nombre comme étant des maladies particulières.

Et cependant on arrive à partager la manière de voir qui a cours dans notre école, relativement à l'ensemble de l'eczéma comme entité morbide, si l'on considère, non pas les formes seulement, mais toutes les circonstances, les symptômes, la marche, les causes, l'historique de toute cette affection. On voit alors, en effet : 1° que, très souvent, les formes de l'eczéma que nous avons énumérées existent simultanément les unes à côté des autres sur la peau; 2° que, pendant la durée de la maladie, les différentes formes sont constamment en voie de transformation, de l'une à l'autre; 3° que nous sommes toujours à même de déterminer artificiellement, sur un point quelconque de la peau et sur le premier individu venu, toutes les variétés de l'eczéma, avec leur polymorphie et leurs transitions (1).

(1) On comprend à la rigueur que, dans l'état encore si imparfait des connaissances anatomiques et physiologiques sur les processus irritatifs de la portion épidermo-dermique de la peau, un terme commun serve de radical à la dénomination de *lésions* du genre de celles que l'on observe dans ce que l'on appelle « eczéma »; mais il n'est pas admissible de déclarer encore aujourd'hui que l'eczéma, comprenant tout ce qui va être décrit sous ce nom, constitue une « entité morbide ». Il est permis, dans une certaine mesure, de comparer, ainsi que le fait l'auteur, les irritations du réseau de Malpighi produites par l'application des révulsifs, à la *lésion* de la *maladie* appelée eczéma; mais assimiler les deux choses comme si elles étaient vraiment identiques, dépasse, à notre sens, cette mesure.

Nous ne croyons pas avec l'auteur « que nous sommes toujours à même de déterminer artificiellement, sur un point quelconque de la peau, et sur le premier individu venu, toutes les variétés de l'eczéma avec leur polymorphie et leurs transitions ». Il y a toute une série des affections que l'auteur va appeler eczéma qui ne peuvent être déterminées artificiellement, et, dans les cas où l'application des irritants réalise des lésions *eczématoïdes*, ce n'est pas pour cela un eczéma vrai qui a été produit. C'est un simulacre d'eczéma et non pas l'eczéma que provoque, par exemple, l'application de l'emplâtre du thapsia; c'est chez *certaines* *sujets* seulement qu'un eczéma véritable pourra *succéder* au simili-eczéma, avoir été préparé par lui. On ne doit pas confondre ici l'agent provocateur, la *lésion* artificielle initiale, avec la *maladie* que pourra réaliser, à sa suite, l'organisme individuel, mais qu'il ne réalisera et qu'il ne renouvellera que le *moins ordinairement*, et dans des conditions déterminées. Est-ce que les innombrables sujets qui irritent leur peau avec les emplâtres, les vésicatoires, les pommades, etc., et qui ont, à la suite de ces applications, des épidermites ou des dermites,