

telles personnes existe une si remarquable susceptibilité des globules sanguins vis-à-vis de l'influence du froid, tandis que les mêmes influences atmosphériques n'ont pas d'effet semblable sur la plupart des individus. Notons seulement que la grande majorité des sujets atteints jusqu'ici d'hémoglobinurie paroxysmale avaient des antécédents *syphilitiques*, de sorte que pour beaucoup de cas il y aurait une relation entre ces deux ordres de faits (MURRI). On a également observé l'hémoglobinurie paroxysmale dans la syphilis héréditaire. Mais il est douteux qu'elle soit aussi en rapport avec la *malaria*, ainsi qu'on l'a prétendu. — Par contre, il y a lieu de faire remarquer encore que les accès dépendent non seulement d'influences frigorifiques, mais parfois aussi d'autres facteurs, et en particulier de *grandes fatigues corporelles* (marches forcées, etc.).

Disons pour compléter ce qui se rapporte à la pathologie de l'hémoglobinémie, que ce n'est pas dans les reins seuls que viennent s'emmagasiner les déchets des hématies détruites et dissoutes. Comme PONFICK l'admet, en se basant sur ses expérimentations, outre les reins et même avant eux, la *rate* et le *foie* jouent un rôle à cet égard. La rate accueille les débris solides des globules rouges et de ce chef se tuméfie quelquefois à un haut degré. Le *foie* sert de réceptacle à une grande partie de l'hémoglobine dissoute et fabrique au dépens de celle-ci de la bile qui de cette manière augmente probablement en quantité. L'*ictère* (« ictère hémohépatogène » d'après AFANASSIEW) est dû probablement à une stase biliaire locale ou à une résorption bilieuse dans l'intérieur du foie même. Il n'est pas encore établi positivement qu'une partie de l'hémoglobine dissoute puisse dans le sang même se transformer en pigment biliaire (« ictère » purement « hémato-gène »).

Pronostic. Le pronostic de l'hémoglobinurie qui se montre à titre d'épiphénomène d'autres processus morbides (empoisonnements, maladies infectieuses, etc.), est entièrement sous la dépendance de la gravité de la maladie fondamentale. Dans l'hémoglobinurie paroxysmale, l'accès ne semble jamais mettre la vie dans un péril immédiat. Le retour des accès peut être évité pour autant que le malade ne s'expose plus aux influences causales. Il n'existe pas de moyen sûr pour augmenter la force de résistance des malades vis-à-vis de ces dernières. Dans quelques cas seulement où le malade accuse un passé syphilitique, la *cure par friction* semble avoir définitivement fait justice des accès. C'est au même titre qu'il faudrait essayer la *quinine*, quand on soupçonne l'influence malariale.

L'accès en lui-même ne réclame pas de traitement particulier. Le malade n'a qu'à se soustraire le plus promptement possible à l'action du froid.

Conséquemment le repos au lit est le moyen le plus approprié, associé à l'emploi de boissons abondantes, pour activer l'expulsion des masses d'hémoglobine hors des reins.

CHAPITRE SIXIÈME.

SCORBUT.

(Maladie des gencives.)

Remarques préliminaires. Le scorbut forme avec plusieurs affections similaires un groupe nosologique indépendant, qu'on peut désigner du nom d'*affections hémorrhagiques*. Le caractère principal et commun de ces affections consiste en ce que dans toutes se développe, indépendamment de certains symptômes plus ou moins accentués, une diathèse hémorrhagique manifeste, c'est-à-dire une tendance à la production d'*hémorrhagies spontanées*. En beaucoup de cas, surtout quand elles sont de légère intensité, ces hémorrhagies se produisent exclusivement ou de préférence dans le *tégument externe*; en une foule d'autres circonstances on observe en outre des extravasations sanguines dans les parties plus profondément situées (muscles, articulations) et dans les muqueuses.

D'après la façon dont ces hémorrhagies se produisent et en tenant compte de la coexistence d'autres symptômes, on a divisé les affections hémorrhagiques en plusieurs entités morbides spéciales qu'on a décorées d'une série de désignations diverses (*scorbut, maladie tachetée, purpura, péliose*, etc.). Objectons à cela qu'on peut en effet distinguer plusieurs formes morbides présentant un tableau symptomatique assez bien caractérisé, mais que d'un autre côté il existe entre chacune de ces formes toutes les nuances possibles de transition. Dans un cas donné il dépend quelquefois presque entièrement du caprice du médecin de choisir telle désignation plutôt que telle autre. Toutefois ces nombreux degrés intermédiaires indiquent qu'il existe entre les affections susdites une grande *affinité*, si pas peut-être une *identité* au moins partielle. En y regardant de plus près, on découvre même que certains autres états morbides, qui ordinairement n'ont pour ainsi dire pas de caractère hémorrhagique, mais se distinguent seulement par des altérations cutanées de nature exsudativo-inflammatoire et sont communément classés parmi les « maladies de la peau », au sens propre du mot, ont également une parenté étroite avec les affections hémorrhagiques. Ce disant, nous visons spécialement l'*érythème exsudatif multiforme* qui parfois revêt un

certain cachet manifestement hémorrhagique et ressemble beaucoup pour l'aspect extérieur au purpura.

Nous ne serons pleinement édifiés sur tous ces liens de parenté nosologique qu'après que l'étiologie des maladies en question sera suffisamment élucidée. A cette heure déjà, beaucoup de circonstances semblent indiquer que des influences infectieuses les dominent. Cependant il n'y pas moyen de fournir la preuve de cette assertion. Nous sommes donc pour le moment encore obligés de nous en tenir surtout au côté purement *clinique* de la question. Toutefois ce sont précisément les symptômes cliniques qui montrent qu'une délimitation rigoureuse de chacune des maladies hémorrhagiques est un pur artifice. Donc, dans ce chapitre et dans le suivant, nous nous bornerons à ne décrire que quelques-uns des *types* principaux d'affections hémorrhagiques.

Étiologie du scorbut. Le scorbut apparaît aussi bien sous forme *sporadique* qu'à l'état *plus fréquent d'épidémie et d'endémie*. Autrefois surtout, quand les règles d'hygiène extérieure étaient moins bien observées dans les grandes agglomérations d'hommes, on observait des épidémies dangereuses et largement étendues de scorbut, ainsi qu'il résulte de relations nombreuses sur les ravages exercés par la maladie dans les armées, les villes assiégées, et principalement sur les vaisseaux. Le « scorbut des marins » était jadis et est de nos jours encore à un certain point une maladie des plus redoutables qui décimait des équipages entiers. Aujourd'hui également on assiste à des endémies scorbutiques qui n'ont plus les mêmes proportions, mais qui pourtant ne sont pas tellement rares, surtout dans les prisons et les pénitenciers, les casernes, etc.

Si cette manière d'être du scorbut, étant donné le courant actuel des idées, nous pousse inéluctablement à rechercher un germe organisé comme cause probable de la maladie, dans les temps passés on la mettait presque exclusivement sur le compte des conditions ambiantes d'alimentation, d'habitat, de climat et d'autres facteurs analogues. Il est incontestable en effet que les éléments susdits ont une action réelle sur l'extension que prend le scorbut. Mais qu'ils n'en constituent pas la cause efficiente, cela résulte de ce que le scorbut peut positivement *se déclarer, quand même aucune des causes considérées comme étiologiquement indispensables ne serait en jeu*. Ces dernières ne valent donc que comme *causes prédisposantes*.

Dès les temps reculés on a attaché une importance spéciale à une *alimentation défectueuse*, qu'il s'agisse d'une nourriture de mauvaise qualité, avariée, insuffisante, ou de la *prédominance de certaines substances alimentaires*, comme

les *salaisons* (viande salée) si usitées dans les voyages sur mer, soit enfin de la *privation de certains éléments nutritifs*, surtout *des éléments empruntés au règne végétal*, des végétaux frais. Avec beaucoup de zèle et d'habileté on a défendu la théorie d'après laquelle le manque de nourriture végétale produirait la maladie, à raison de la *trop petite quantité de sels de potasse* introduite dans l'organisme (GARROD). Cependant cette manière de voir ne correspond pas à la réalité, quand on considère que dans beaucoup d'épidémies scorbutiques, cette cause fait défaut et que même l'alimentation surabonde parfois en combinaisons alcalines.

Les autres circonstances considérées comme importantes au point de vue étiologique ont, tout comme l'alimentation, une valeur prédisposante, mais pas efficiente. Elles se rencontrent souvent, aussi bien dans les épidémies que dans les cas sporadiques, mais éventuellement elles peuvent aussi, comme il a été dit, être totalement absentes. Parmi elles il faut ranger les *habitations humides et mal conditionnées*, puis *les influences atmosphériques* (le froid, l'humidité, parfois la chaleur persistante), les *fatigues corporelles* poussées à l'excès, etc.

Le *sex* et l'*âge* n'ont aucune action réelle sur la maladie scorbutique. Il paraîtrait que les personnes débiles sont un peu plus fréquemment frappées que les individus forts. — On a prétendu, sans pouvoir l'établir, que la maladie peut se transmettre par *contagion*. L'expérience clinique non préconçue proclame que la contagiosité du scorbut, si tant est qu'elle existe, est en tout cas peu active.

Symptômes et marche morbide. Le scorbut d'ordinaire ne *commence* pas brusquement, mais petit à petit *par certains symptômes morbides généraux*. Ceux-ci consistent surtout en une *lassitude* et une *prostration* générales, un sentiment d'*oppression* et de *constriction* thoraciques, des *palpitations*, symptômes auxquels viennent s'ajouter des *douleurs rhumatoïdes, gravatives*, fixées dans le dos et les extrémités, surtout dans les jambes. Dans tous les cas graves les malades sont obligés de garder le lit, ils sont très sensibles au froid et fréquemment atteints d'une somnolence invincible et d'une profonde apathie intellectuelle.

Après que ces symptômes initiaux assez indéterminés ont duré quelques jours ou plus longtemps encore, il se manifeste certains autres phénomènes morbides qui caractérisent davantage le scorbut et facilitent la connaissance de l'état réel des choses.

A cette classe de phénomènes appartiennent tout d'abord des *hémorrhagies spontanées*, surtout aux *extrémités inférieures*. Une partie d'entre elles siège dans le *tissu cutané* où elles donnent lieu à une multitude de *macules d'un*

rouge sombre, plus ou moins grandes et occupant de préférence le bulbe pileux. En outre, et c'est là une particularité propre au scorbut, il se forme presque toujours *dans la profondeur des parties molles*, dans le *tissu cellulaire sous-cutané*, dans l'épaisseur des *muscles* et dans leurs interstices, plus rarement dans le *périoste*, des suffusions sanguines qu'on perçoit à l'état de gonflements durs et douloureux des parties atteintes, et qui par suite de la prompte dilution et de la diffusion de la matière colorante du sang, font passer la peau par une série de teintes caractéristiques. On voit apparaître en effet sur la surface cutanée des *taches diffuses d'assez grande dimension, de couleur bleuâtre, et se fondant à leur pourtour en une nuance verte ou jaunâtre*, de manière à ressembler à de vastes *sugillations* traumatiques. Ces ecchymoses sont naturellement d'autant plus foncées en couleur et d'autant plus étendues, que l'infiltration sanguine est plus considérable et se rapproche davantage de la peau. — Des hémorrhagies semblables se produisent quelquefois aux *extrémités supérieures* et au *tronc*, mais plus rarement et seulement dans les cas graves. On n'observe que par exception des épanchements sanguins au cuir chevelu et à la face. — Il est digne de remarque qu'au niveau des suffusions sanguines la peau peut se mortifier par places et finir par s'éliminer. Alors l'accès libre des agents inflammatoires qui voltigent dans l'air provoque des ulcérations (*ulcères dits scorbutiques*) susceptibles de s'étendre d'une manière dangereuse, mais seulement sous l'influence de mauvaises circonstances extérieures. Disons encore que dans quelques épidémies on observe quelquefois, outre les hémorrhagies de la peau ou en remplacement de celles-ci, d'autres *efflorescences cutanées*: de l'érythème, des plaques ou des bulles parfois à contenu crurorique (pempfigus scorbutique), des nodosités, des pustules, etc.

Dans le scorbut commun, qui se rencontre sporadiquement chez nous, les *hémorrhagies des muqueuses* (abstraction faite de l'affection gingivale dont nous parlerons tout à l'heure) et des *organes internes* sont une assez rare exception. Mais dans les cas graves, tels qu'ils se présentent sous l'empire de conditions hygiéniques mauvaises qui font prendre à la maladie une extension épidémique, les phénomènes susdits apparaissent au contraire assez fréquemment. Signalons en particulier les *épistaxis* répétées, les *hémorrhagies de l'estomac*, de l'*intestin*, des *bronches*, des *reins* et des *bassinets* (hématurie) et des *membranes séreuses*.

Après les hémorrhagies, le deuxième symptôme capital du scorbut est constitué par une affection particulière de la muqueuse buccale, et spécialement de la *gencive*. Ce n'est que par la coïncidence des hémorrhagies scorbutiques de la peau et des muscles avec les altérations scorbutiques

de la gencive, qu'on peut dans les cas sporadiques affirmer le diagnostic.

L'*affection scorbutique des gencives* se montre d'ordinaire d'assez bonne heure au cours de la maladie, souvent concurremment avec les hémorrhagies, mais quelquefois un peu plus tôt ou plus tard qu'elles. La gencive prend une *coloration bleuâtre cyanosique*, s'engorge, se relâche, se boursoufle, devient douloureuse et saigne avec facilité. Ces altérations se prononcent le plus le long du bord libre des gencives, dans les espaces interdentaires, tandis que, chose étonnante, elles font presque entièrement défaut aux endroits où les dents manquent. Conséquemment, l'affection gingivale scorbutique n'existe presque jamais chez les enfants qui n'ont pas fait de dents ou chez les vieillards édentés. — Dans les cas graves, la fluxion de la gencive est accompagnée d'une *nécrose* de la muqueuse, d'abord superficielle, qui plus tard s'étend dans la profondeur et donne lieu à des surfaces ulcéreuses sordides. Le processus alors se propage quelquefois à toute l'étendue de la muqueuse buccale, de manière à produire une *stomatite ulcéreuse* diffuse d'une fétidité repoussante.

Moins caractéristiques que les hémorrhagies et l'affection gingivale, mais en tout cas assez fréquentes, sont certaines affections d'autres *organes* et plusieurs *phénomènes généraux*. Parmi ces derniers signalons avant tout l'*anémie scorbutique*. Quoique celle-ci soit imputable en partie à une hygiène défectueuse, la maladie elle-même semble exercer une action directement offensive sur la nutrition générale. Dans tous les cas graves, les malades ont le teint excessivement blême et terreux, la peau flétrie et sèche, les muscles décharnés et le pannicule adipeux fondu. La *température* ne varie pas la plupart du temps. Cependant on observe parfois au début et même plus tard quelques *exacerbations thermiques*. Les complications incidentes s'annoncent souvent par un redoublement fébrile.

En ce qui concerne les symptômes dépendant des organes internes et dont nous n'avons pas parlé jusqu'ici, citons d'abord l'*angine* qui est quelquefois un symptôme initial. Le plus souvent elle a la forme purement catarrhale, quoiqu'elle puisse aussi revêtir le caractère hémorrhagique. La *bronchite* est une complication fréquente qui a son importance. La *pneumonie lobulaire* et la *pneumonie croupale* vraie ont été observées à diverses reprises dans le scorbut grave. Puis il y a les *inflammations* complicantes des *membranes séreuses* (*pleurésie, péricardite*) qui se distinguent par la nature hémorrhagique des exsudats produits. Signalons enfin les *affections scorbutiques des articulations* qui consistent en épanchements séreux aigus, quelquefois également à caractère hémorrhagique. Disons dès maintenant que les gonflements articulaires constituent une *particularité propre à toutes les affections*

hémorragiques et aux états morbides qui ont avec elles un lien de parenté (v. plus haut).

Quant au *cœur*, il importe de noter encore que le *pouls* est tantôt un peu accéléré, tantôt ralenti. En même temps il est petit et faible. L'*endocardite* se rencontre, mais c'est un phénomène très rare. On n'a pas encore trouvé dans le scorbut des altérations du *sang* caractéristiques et constantes. — La *rate*, dans les cas graves surtout, est souvent assez fortement tuméfiée. On a constaté à diverses reprises de l'*albuminurie*, mais seulement quand le cas est assez sérieux pour donner lieu à une *néphrite* aiguë prononcée.

Formes diverses du scorbut. Pronostic. Les cas sporadiques de scorbut tels qu'ils se présentent communément chez nous, ont presque toujours une *marche bénigne*. Les symptômes morbides se bornent en réalité au trouble de l'état général, aux épanchements sanguins des membres abdominaux, et à l'affection gingivale, tandis que les complications plus graves mentionnées plus haut apparaissent rarement. Malgré cela la *durée* de la plupart des cas s'étend à plusieurs semaines. Elle est d'autant plus longue que les malades se trouvent dans des conditions ambiantes plus mauvaises. Quoi qu'il en soit, l'*issue* finale est presque toujours favorable.

Il en est tout autrement pour le pronostic des *cas graves*, tels qu'ils se présentent surtout au milieu de circonstances hygiéniques pernicieuses et à défaut d'alimentation et de soins. En ce cas la maladie s'achemine fréquemment vers la *mort*, soit par les progrès de la cachexie, soit par des complications dangereuses (pneumonie, péricardite, hémorragies cérébrales, etc.).

Il faut remarquer que dans le scorbut épidémique ou endémique on rencontre des cas à peine ébauchés, des *formes anormales* ou *rudimentaires*. Celles-ci appartiennent le plus souvent, mais pas toujours, à la catégorie des cas légers. On observe par exemple la gingivite et la stomatite scorbutiques sans hémorragies, ou inversement des affections hémorragiques de la peau et des muqueuses sans lésion gingivale correspondante. On a même décrit des cas d'anémie purement scorbutique, en l'absence de toute manifestation locale quelconque.

Diagnostic. Le scorbut est très facile à diagnostiquer quand il se manifeste à la fois par ses deux symptômes capitaux : les hémorragies et l'affection gingivale. Si l'un ou l'autre de ces symptômes fait défaut ou que l'un ne soit qu'à l'état d'ébauche, l'estimation de chaque cas en particulier et sa différenciation d'avec la stomacace commune, la périose rhumatismale et les affections congénères peuvent offrir des difficultés. Mais si l'on tient compte

des considérations émises en tête de ce chapitre, et qu'on s'en rapporte à la parenté étiologique probable des processus morbides en question, l'appréciation de ces nuances de transition gagne en clarté. — Rappelons encore en terminant que les *affections septiques* et l'*endocardite ulcéreuse aiguë*, qui a tant d'affinité avec elles, donnent parfois lieu à l'apparition d'hémorragies multiples qui peuvent simuler l'affection scorbutique.

Traitement. Le traitement du scorbut doit toujours et avant tout être de nature hygiénico-diététique. Du bon air, une nourriture abondante, des soins appropriés, le tout dispensé en temps utile, sont le plus souvent à eux seuls en état d'amener la guérison, tandis qu'à défaut des facteurs susdits, tous les remèdes possibles laissent le médecin dans une impuissance complète.

Partant de l'idée que la privation de végétaux frais constitue une des causes principales du scorbut, on est encore aujourd'hui dans l'habitude de prescrire aux malades l'*usage* abondant de *légumes herbacés* (salade, épinards, oseille), de *fruits*, de *sucs de plantes*, de *limonades végétales*, surtout de *limonade au citron*. Il n'y a pas de motif pour s'écarter de cette pratique sanctionnée par l'expérience, quoique nous ayons pu nous convaincre que l'emploi de végétaux frais n'est pas une condition *sine qua non* de guérison rapide du scorbut et qu'on puisse atteindre le même but thérapeutique en nourrissant solidement le malade de toute autre manière. Il y a encore moins de fondement scientifique dans la renommée que certaines sortes de plantes se sont acquise en tant qu'« antiscorbutiques », et surtout l'*herbe à la cuiller* (*cochlearia officinalis*) dont il est question dans la plupart des anciennes relations de voyages polaires. L'emploi d'*acides végétaux* et de *sels de potasse* (bitartrate, nitrate de potasse) chimiquement purs a été préconisé souvent, mais n'a pas rallié beaucoup de partisans.

Outre les prescriptions diététiques, les amers et les « analeptiques » sont de tous les remèdes pharmaceutiques les plus usités. Quoique dépourvus de vertu spécifique, ils constituent la médication la plus appropriée au point de vue pratique. On recommande la *décoction d'écorce de quinquina* 10,0 sur 150,0 avec 2,0 d'acide sulfurique et 20,0 de sirop de framboises, puis les préparations de *gentiane*, de *calamus* et autres amers semblables. Il y a lieu de douter que l'usage interne des *acides minéraux* et de l'*ergotine* puisse agir avantageusement sur la diathèse hémorragique, comme on l'avait supposé.

Sous le rapport *symptomatique*, le traitement de l'*affection scorbutique de la bouche* a une importance particulière. Il importe de nettoyer et de rincer à tout instant la cavité buccale à l'aide de solutions désinfectantes et légèrement astringentes (le chlorate de potasse, le thé de sauge, etc.). Il est

bon aussi de badigeonner de temps en temps avec de la *teinture de myrrhe* ou de *ratanhia*, les endroits enflammés et boursoufflés de la gencive. — On active la résorption des *infiltrations sanguines* des membres inférieurs par un *massage prudemment* pratiqué. C'est surtout contre les extravasations sanguines douloureuses des parties charnues profondes, que des *frictions* avec l'huile de chloroforme etc. sont très utiles. — Dans le scorbut grave, les *excitants* (camphre, éther, vin) sont souvent indiqués. Les *complications* éventuelles réclament en outre un traitement spécial.

La *convalescence* est fortement hâtée par la continuation d'un bon régime, par l'usage des bains, des préparations de fer et de quinquina.

CHAPITRE SEPTIÈME.

MALADIE TACHETÉE DE WERLHOF. PURPURA. PÉLIOSE.

(Maladie pourprée.)

Ainsi qu'il a été dit au chapitre précédent, les diverses formes d'« affections hémorragiques » ont entre elles de si nombreux points de ressemblance, qu'il n'y a pas moyen de les parquer rigoureusement en classes morbides distinctes. Aussi bien la terminologie compliquée introduite dans la pathologie a beaucoup plus contribué à embrouiller cette partie du domaine nosologique, qu'à y porter la lumière.

Si nous nous en tenons exclusivement aux faits cliniques, nous devons faire remarquer qu'il y a des cas morbides dont le symptôme capital consiste dans l'apparition spontanée d'*hémorragies* plus ou moins nombreuses dans l'épaisseur de la peau en même temps que dans les organes internes (muqueuses, etc.). Dans les cas de ce genre qui ont peu d'intensité, les hémorragies constituent pour ainsi dire le seul symptôme, tandis que dans les cas d'un caractère plus grave, il se développe, indépendamment d'elles, des *phénomènes généraux* dignes d'être notés (fièvre, faiblesse générale) et certaines *complications d'ordre local*. La *cause* réelle de ces maladies n'est pas encore connue. Elles se produisent le plus souvent sans motif appréciable, aussi bien chez les personnes bien nourries que chez celles qui ne le sont pas, chez les vieillards comme chez les jeunes gens, chez l'homme comme chez la femme. Toutefois l'affinité incontestable qui rattache ces états morbides à quelques autres affections (scorbut, érythème exsudatif, peut-être le rhumatisme aigu et l'endocardite) indique qu'on a également affaire ici à des *processus infectieux*, voire *toxiques*, hypothèse qui en tout cas rend jusqu'à

cette heure le mieux compte des altérations qui sont en jeu en ces circonstances. On prétend que des injections sous-cutanées de sang provenant de malades atteints de la maladie tachetée ont provoqué chez des lapins une affection analogue (PÉTRONE et divers). — Ce n'est que dans quelques cas, n'appartenant pas strictement peut-être à la présente catégorie, qu'on doit plutôt songer à des troubles nutritifs préexistants des parois vasculaires, surtout en présence de ces extravasations sanguines qui se montrent sans cause appréciable dans la peau de vieillards tombés dans le marasme et qui sont désignées du nom de *péliosé sénile*.

Les formes morbides les plus légères que nous avons à mentionner ici ont reçu le nom de *purpura*. En ce cas les taches sanguines siègent surtout dans la peau des *extrémités inférieures* et occupent de préférence les follicules pileux. Parfois on en voit au tronc et aux membres supérieurs, les muqueuses et les parties profondes demeurant indemnes. Au rebours de ce qui se passe dans le scorbut, les muscles sont exempts d'infiltrations sanguines et l'affection gingivale n'existe pas, quoiqu'il y ait aussi, comme il a été dit plus haut, des nuances de transition. On dit que le *purpura* est *simple* quand, en dehors des hémorragies cutanées, il n'existe pas d'autres signes morbides, ou que ceux-ci sont peu développés. Ces cas ont presque invariablement un cours favorable et guérissent totalement après 1 ½ à 3 semaines. S'il se produit des suffusions sanguines dans les élevures papuleuses de la peau déjà existantes, l'affection s'appelle *urticaire pourprée*, forme morbide qui est le lien de passage à l'*érythème exsudatif*, qui se complique de macules sanguines. Pour plus de détails à cet égard il faut consulter les ouvrages spéciaux de dermatologie.

Les hémorragies cutanées sont assez souvent accompagnées de *douleurs « rhumatoïdes » gravatives* : type morbide qui s'appelle *purpura rhumatismal* ou *péliose rhumatismale* (SCHÖNLEIN). En même temps il y a un trouble de l'état général, de légers mouvements fébriles peuvent se produire, l'appétit manque, les malades éprouvent de la lassitude et sont incapables de se livrer à aucun travail, soit physique, soit intellectuel. Il arrive que les *articulations*, surtout celles des membres inférieurs (genou), présentent de véritables *épanchements inflammatoires*. La gencive est *le plus souvent* intacte ; communément, il n'y a pas non plus d'infiltrations sanguines dans les muqueuses et les organes internes. — La *durée* de la péliose rhumatismale n'est que de 2 à 3 semaines, cependant la maladie peut aussi traîner en longueur, quand des poussées hémorragiques répétées ont lieu dans la peau et des reprises douloureuses dans les jointures. D'ailleurs l'issue finale est presque toujours favorable.