

preinte qu'elles laissent sur une plaque de verre recouverte de suie (Kromayer), peuvent être effacés, comme dans l'acné, les syphilides et le lichen de Wilson, ou exagérés, comme dans le psoriasis.

Les papules peuvent devenir, surtout dans leur partie médiane, à leur sommet si elles sont acuminées, le siège d'*excoriations suivies de croûtelles*.

Elles peuvent avoir une *marche aiguë* : il en est ainsi, au premier chef, dans les érythèmes polymorphes; *elles peuvent présenter une évolution plus lente et ne s'effacer qu'au bout de quelques semaines* : telles sont les papules syphilitiques et celles de certains eczémas; elles peuvent passer à l'*état chronique* et durer ainsi pendant des années : il en est de la sorte dans certains lichens de Wilson, particulièrement dans la forme obtuse et cornée.

D. PLAQUES ORTIÉES. — Elles diffèrent des papules par leurs contours géographiques, la soudaineté de leur développement, leur couleur souvent normale; elles peuvent cependant être érythémateuses et devenir hémorragiques; leur lésion essentielle est un *œdème aigu et localisé* de la peau lié à un trouble de l'innervation vasomotrice (Hallopeau). Leurs dimensions varient de quelques millimètres à plusieurs décimètres; on peut les voir envahir toute une région et s'accompagner d'une tuméfaction œdémateuse aiguë; leur *consistance* est ferme; elles peuvent se déprimer dans leur partie centrale; elles peuvent être entourées d'une aréole érythémateuse; elles sont habituellement le siège de *sensations toutes spéciales de cuisson*; leur durée est généralement, mais non constamment éphémère; elles laissent parfois à leur suite des excoriations avec croûtelles dont l'origine peut échapper; elles peuvent être associées à d'autres lésions élémentaires telles que les papules du prurigo chronique et les bulles de la dermatite herpétiforme. Le plus souvent éphémères, elles peuvent persister pendant des mois ou des années, s'accroissant parfois par poussées aiguës et s'accompagnant d'une hyperchromie parfois très prononcée.

E. VÉSICULES. — Nous avons vu que ces petits soulèvements de l'épiderme par un liquide clair sont la traduction de l'exsudation séreuse, soit dans les cellules du corps muqueux et leurs interstices, soit sous la couche cornée, soit, exceptionnellement, dans le derme vasculo-papillaire. Ils sont *isolés* ou *confluents*. Leur *forme* est *acuminée* ou *arrondie*, rarement *ombiliquée*. Leur *volume* varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis; lorsque les vésicules sont plus volumineuses, c'est que, par le fait de la résistance de l'épiderme, plusieurs d'entre elles sont devenues confluentes : ce fait ne s'observe guère que dans les régions palmaires et plantaires.

Leur *contenu* peut être tout à fait translucide ou plus ou moins louche, suivant la quantité de globules blancs qu'il contient; il s'évacue en totalité ou en partie, suivant que la cavité est ou non cloisonnée.

Tantôt leur *paroi se rompt très peu de temps après leur apparition*; les couches profondes de l'épiderme se trouvent ainsi mises à nu et le liquide exsudé se concrète en croûtes plus ou moins épaisses; tantôt l'exsudation se fait plus profondément et les *éléments persistent sans que l'épiderme donne issue au liquide* : il en est ainsi dans le zona; on voit alors l'élément éruptif s'affaïsser graduellement et se dessécher peu à peu; l'épiderme ne tombe que tardivement en pareils cas.

Les vésicules peuvent secondairement être envahies, soit par des globules blancs et se transformer ainsi en pustules, soit par des globules rouges et devenir ainsi le siège de petites hémorragies; d'autres fois, le corps vasculo-papillaire sous-jacent se sphacèle : il peut en être ainsi dans le zona.

Quand l'épiderme est tombé, il se régénère aux dépens du corps muqueux sous-jacent : d'abord mince et translucide, facile à excorier, la nouvelle couche cornée peut reprendre son épaisseur et son aspect normaux, mais il n'en est pas toujours ainsi : il est trop fréquent de voir, dans l'eczéma, le revêtement épidermique rester mince, brillant, fragile, et devenir incessamment le siège de nouvelles extravasations séreuses et de nouvelles ruptures.

Les vésicules ne laissent pas de cicatrices, sauf dans les cas de gangrènes ou de suppurations secondaires.

F. PUSTULES ET SOULÈVEMENTS PURULENTS. — Les pustules sont constituées par l'exsudation, dans l'épiderme ou le derme vasculo-papillaire, d'un liquide purulent. La *forme* de ces éléments peut être, comme celle des précédents, acuminée, arrondie, plane ou ombiliquée; ils sont souvent centrés d'un poil. On peut observer, dans la peau, des *soulèvements purulents* en traînées curvilignes, d'aspect parfois des plus singuliers, ou en nappes (1) : ces altérations ne reçoivent plus dans le langage courant le nom de pustules.

Le *volume* des pustules varie entre celui d'un grain de millet et celui d'une lentille. Leur *contenu* peut être formé par du pus pur; mais c'est l'exception : le plus souvent, c'est une sérosité chargée de leucocytes; suivant que la cavité est ou non cloisonnée, il s'écoule, par la piqûre, partiellement ou complètement. Elles sont souvent entourées d'une *aréole érythémateuse*. Leur *évolution* diffère suivant que l'épiderme qui les recouvre résiste ou donne issue au liquide exsudé : dans le premier cas, le pus se concrète, ses éléments liquides se résorbent et il reste un magma qui subit la dégénérescence grasseuse; dans le second cas, le pus se concrète en croûtes plus ou moins épaisses et de coloration variant du jaune clair au brun noir.

Les petites pustules peuvent être confluentes : on leur a donné alors le nom de *psydriacées*; celui de *phlysiacées* était réservé aux élé-

(1) HALLOPEAU, *Sur l'infection purulente tégumentaire* (loc. cit.).

ments plus volumineux et non confluents : ces dénominations sont tombées en désuétude.

Les pustules peuvent exhaler une *odeur fétide* lorsque le pus qu'elles renferment s'est altéré.

Comme les vésicules, les pustules peuvent devenir *hémorragiques* : ce fait a été observé surtout dans la variole.

Ces éléments, quand ils sont intradermiques, peuvent laisser à leur suite des cicatrices indélébiles.

G. BULLES. — Ce sont des soulèvements massifs de l'épiderme ou de sa couche cornée par un liquide séreux, souvent plus ou moins chargé de leucocytes, parfois d'hématies. *Il peut être libre dans leur cavité* et s'y déplacer lorsque l'élément est flasque, suivant les lois de la pesanteur; d'autres fois, cette cavité est *multiloculaire*. Le *volume* des bulles varie de celui d'un grain de chènevis à celui d'une orange. Elles peuvent se développer sans altération appréciable du tégument qui les entoure ou être environnées d'une aréole érythémateuse. Elles peuvent ou non s'accompagner de *prurit*. Le feuillet épidermique qui les recouvre se rompt le plus souvent : le liquide s'écoule alors et laisse à nu, soit le corps muqueux, soit le corps papillaire, avec une seule couche de cellules cylindriques.

Dans le pemphigus foliacé, l'épiderme se dissocie au fur et à mesure que se fait l'exsudation; il en résulte une exfoliation généralisée de cette membrane avec suintement. On peut y voir les poussées bulleuses se faire aux extrémités en soulèvements parallèles que l'on a comparés à des vagues.

L'épiderme se régénère d'habitude complètement après la rupture des bulles. Il peut englober, en se régénérant, l'orifice de glandes sudoripares dont l'on voit alors le contenu accumulé se traduire par la production de petits nodules jaunâtres.

H. TUBERCULES. — Cette dénomination a malheureusement deux acceptions différentes en pathologie : elle s'applique, d'une part à l'infection bacillaire, d'autre part à une lésion élémentaire. Celle-ci, dont nous avons exclusivement à nous occuper dans ce chapitre, est caractérisée par la production de nodules profondément enchâssés dans le derme (c'est ainsi qu'à juste titre Besnier et Doyon les séparent des papules); leur *relief* peut être nul : il en est ainsi souvent dans la tuberculose lupique; plus habituellement, ils forment une saillie plus ou moins notable, parfois considérable : témoin ce que l'on observe dans la syphilis et dans la lèpre aussi bien que dans la tuberculose. Ils peuvent se réunir en *bourrelets* à progression généralement excentrique, ulcérés à leur partie interne, nettement limités en dehors; cette disposition est fréquente dans le mycosis fongoïde. Leur *couleur* varie de la teinte jaune sucre d'orge au brun foncé.

Leur *consistance* est, tantôt d'une grande mollesse (lupus), tantôt d'une grande fermeté (syphilides) : on trouve tous les intermédiaires.

Quand ces éléments se ramollissent par *caséification*, ils peuvent s'ouvrir, donner lieu à l'issue de leur produit de dissociation et devenir le siège d'une *ulcération* passagère ou persistante.

I. GOMMES. — Ces néoplasies, intradermiques ou sous-cutanées, sont remarquables par leur forme arrondie, par les dimensions considérables qu'elles peuvent atteindre, par leur tendance à se propager en traînées suivant le trajet des lymphatiques (particulièrement aux membres), par leur ramollissement habituel suivi d'une ulcération profonde, par la couleur sombre et violacée du tégument qui les recouvre.

J. VÉGÉTATIONS. — Ce sont des *excroissances papillomateuses*. Elles peuvent être *primitives* et constituer toute la maladie : telles sont les végétations vénériennes ou crêtes de coq, les verrues, les papillomes. Elles peuvent se développer *secondairement* sur des surfaces ulcérées : c'est ce que l'on observe presque constamment dans le pemphigus végétant et dans la maladie de Neumann, et fréquemment aussi dans la syphilis, le mycosis, la tuberculose, très exceptionnellement dans la maladie de Dühring, l'eczéma, le psoriasis.

K. SAILLIES CORNÉES. — Elles sont produites par une prolifération de l'épiderme; elles peuvent offrir un aspect identique à celui des cornes et mesurer plusieurs centimètres de longueur.

L. TUMEURS. — Les néoplasies que l'on désigne sous ce nom se distinguent surtout des précédentes en ce sens qu'elles semblent étrangères au tissu normal du tégument et n'ont pas tendance à rétrocéder; elles peuvent être saillantes, pédiculées ou infiltrées, molles ou dures, ulcérées ou non; en un mot, leurs caractères physiques sont des plus variables. Elles peuvent être le siège de vives douleurs spontanées.

II. — Lésions secondaires.

A. SQUAMES. — Elles sont constituées par l'exfoliation de la couche cornée en lamelles blanchâtres; ce sont des productions secondaires; elles indiquent un trouble dans la nutrition des cellules épidermiques et coïncident fréquemment avec leur hyperplasie. Quand l'altération du derme vasculo-papillaire est peu apparente ou masquée, ces squames deviennent caractéristiques de la lésion élémentaire : il en est ainsi dans la séborrhée, dans l'ichtyose et même dans le psoriasis.

Les squames présentent de grandes variétés dans leur aspect : elles peuvent être *minces* et peu *étendues*; on les dit alors *surfuracées*; elles se détachent incessamment : il en est ainsi dans la séborrhée du cuir chevelu où elles sont remarquables par leur grande richesse en matières grasses; elles peuvent être également minces, mais plus étendues et distribuées sur la plus grande partie de la surface cutanée,

comme dans l'ichtyose; d'autres fois, elles sont *brillantes* et *nacrées*, comme dans le psoriasis et certaines syphilides; elles peuvent alors former des couches épaisses de plusieurs millimètres; elles peuvent également s'accumuler dans l'ichtyose et y constituer des saillies considérables, le plus souvent de couleur noirâtre; l'épiderme peut encore se détacher en *larges lambeaux*: il faut alors penser, soit à une scarlatine, soit à un érythème scarlatiniforme, les squames peuvent être très *adhérentes*, comme dans la forme cornée du lichen de Wilson ainsi que dans les hyperkératoses palmaires et plantaires. Elles sont souvent limitées au pourtour des orifices pilo-sébacés, particulièrement dans le pityriasis rubra pilaire, le psoriasis et les séborrhéides. Leur apparition peut être, dans le centre d'un soulèvement papuleux, le premier indice d'un exsudat miliaire au niveau d'un orifice sébacé (1).

B. EXCORIATIONS. — Elles sont provoquées par le grattage soit au sommet de papules de prurigo, soit en traînées dans les cas où la peau ne réagit pas par la production de ces papules; il en est ainsi, par exemple, dans les érythrodermies mycosiques. Le corps papillo-vasculaire, mis à nu suivant des traînées plus ou moins étendues, se recouvre de minces croûtes noirâtres.

C. FISSURES OU RHAGADES. — Ce sont des solutions de continuité en forme de sillons; on les observe au pourtour de l'anus, de la vulve, des commissures des lèvres, des sillons plantaires ou palmaires; elles peuvent être très douloureuses et amener des contractures.

D. CROUTES. — Nous avons vu l'exsudat séreux ou purulent se concréter et former ainsi les productions secondaires que l'on désigne sous le nom de *croûtes*. Leur *consistance* est molle ou résistante; leur *couleur* est voisine du jaune mélangé de noir en passant par le vert et le brun les plus variés; leur *volume* répond à celui de l'altération sous-jacente. Elles peuvent être *planes* ou former des *saillies* parfois considérables; elles sont alors souvent disposées en *couches successives* qui peuvent leur donner un aspect *conchyloïde*; elles peuvent se déformer dans leur partie centrale; lorsqu'elles tombent, elles laissent à nu une surface plus ou moins profondément ulcérée ou cicatrisée; on dit qu'il s'agit d'un *rupia* quand la croûte est entourée d'un soulèvement bulleux.

E. AMINCISSEMENTS DE LA PEAU. — Ils s'observent surtout chez les vieillards; on les a notés aussi dans les maladies qui entraînent un trouble prolongé et profond de la nutrition, telles que les carcinomes, les pemphigus foliacés; ils peuvent encore être congénitaux et coïncider avec d'autres hypotrophies et de l'ichtyose; ils comptent parmi les conséquences habituelles des processus scléreux.

F. ÉPAISSISSEMENTS DE LA PEAU. — Ils peuvent affecter

(1) HALLOPEAU, *Sur une nouvelle forme de dermatose séborrhéique* (S. F. D., 1898).

surtout l'épiderme et le derme vasculo-papillaire: la production de cornes peut en être considérée comme l'expression locale la plus intense. Chacun connaît les callosités auxquelles donnent lieu des excitations mécaniques répétées *in eodem loco*, durillons, cors. La peau peut également être épaissie dans sa totalité, mais plus particulièrement dans sa couche vasculo-papillaire: il en est de la sorte dans le mycosis fongoïde et, à un degré moindre, dans le psoriasis, l'eczéma chronique, la forme hypertrophique du lichen de Wilson, certaines sclérodermies, particulièrement la morphée et les chéloïdes.

G. ULCÉRATIONS. — On a pu voir, par les caractères anatomiques que présentent ces altérations, de quelle importance elles sont pour le diagnostic (Voy. p. 92). Besnier et Doyon distinguent les *exulcérations*, comprenant toutes les érosions superficielles de la peau et guérissant *ad integrum*, les *ulcérations* dans lesquelles la destruction ne peut se pallier que par une cicatrice, et les *ulcères* qui sont des ulcérations prolongées et principalement des taches.

H. CICATRICES. — Elles sont consécutives à toutes les altérations qui détruisent partiellement le derme. Elles peuvent être *superficielles*, *saillantes* en forme de brides ou de réseaux, ou *déprimées*; leur *surface* peut être lisse, légèrement plissée, comme gaufrée, ou inégale et profondément anfractueuse; elles peuvent amener le *rétrécissement* ou l'*occlusion* d'orifices normaux, des *adhérences anormales*, par exemple entre le pavillon de l'oreille et le tégument voisin, entre plusieurs doigts ou orteils. Leur *couleur* est tantôt rouge, rose ou violacée, tantôt jaunâtre, tantôt blanche; leur *consistance*, molle ou dure. Elles sont indélébiles et, trop souvent, elles reproduisent fatalement les mêmes difformités, déjouant les efforts de la chirurgie. La sensibilité peut être abolie à leur niveau. Leurs caractères cliniques permettent souvent de reconnaître la nature de la maladie qui les a produites: il en est ainsi particulièrement pour celles que peuvent entraîner à leur suite les syphilides, les tuberculides, les chancres simples, les pustules d'acné, la variole, etc.

Brocq et Jacquet admettent, à juste titre, l'existence de *lésions mixtes* dans lesquelles deux des formes précédemment décrites se trouvent réunies: tels sont les *érythèmes papuleux-vésiculeux*, *bulleux*, *pustuleux*, les *papulo-vésicules* et *papulo-pustules*, les *vésico-pustules*, etc.

Les lésions élémentaires sont très diversement groupées; leur disposition en cercle ou serpiginieuse est le plus souvent en rapport avec leur progression excentrique et peut éclairer leur pathogénie. Souvent elles sont exactement symétriques; souvent aussi elles se limitent à la sphère de distribution d'un nerf ou aux confins de deux territoires voisins d'innervation ou de développement. Elles peuvent suivre le trajet des plis cutanés (Kaposi) ou des vaisseaux.

II. — DIAGNOSTIC DU PROCESSUS

Il ressort le plus souvent, mais non constamment, en toute évidence de l'étude des lésions : c'est ainsi qu'en présence d'une dermatose constituée surtout par la rougeur de la peau, on peut se demander si l'on a affaire à une simple hyperémie ou à une phlegmasie ; nous verrons que la plupart des éruptions dites *érythèmes polymorphes* sont de nature inflammatoire.

De même on peut, lorsque l'on a sous les yeux des saillies dont la consistance est ferme, hésiter entre une néoplasie inflammatoire ou une autre hyperplasie ; les phénomènes concomitants permettent le plus souvent de les différencier ; dans le cas de doute, on est éclairé par une biopsie.

III. — DIAGNOSTIC DE LA CAUSE

Il est, de même que le précédent, contenu presque toujours dans celui de la lésion élémentaire : c'est ainsi que l'aspect d'une ulcération permet de reconnaître, le plus souvent, s'il s'agit d'un chancre simple ou induré, d'une gomme ulcérée, d'une affection syphilitique tuberculeuse, farcineuse ou épithéliomateuse : de même, une papule syphilitique se distingue suffisamment d'une papule de lichen plan.

Il peut cependant se présenter des difficultés : c'est ainsi que les syphilides squameuses peuvent offrir de grandes analogies d'aspect avec les éléments de psoriasis, à tel point que, si les commémoratifs et les phénomènes concomitants ne donnent pas la solution du problème, on doit attendre, pour se prononcer, les résultats du traitement.

Il faut tenir grand compte, dans le diagnostic différentiel des dermatoses, de leur mode de distribution : c'est ainsi que les localisations du prurit et des éruptions qu'il entraîne au niveau des mains et des poignets, au-devant des aisselles, sur le pénis et sur le mamelon, sont de fortes présomptions, pour ne pas dire une certitude, en faveur de la gale ; de même, les localisations des excoriations et croûtelles prurigineuses dans les régions interscapulaire et lombaire témoignent d'une pédiculose des vêtements. Certains troubles fonctionnels, tels que le prurit intense et des sueurs profuses, peuvent également servir au diagnostic : il en est ainsi pour le mycosis fongique à sa première période.

Dans les cas douteux, on peut souvent reconnaître *de visu*, directement ou par biopsie, examen histologique et culture bactériologique, le parasite pathogène.

Il faut tenir grand compte de l'état général : l'absence de fièvre

permet souvent de décider que l'on a affaire à un érythème simple ou médicamenteux et non à un érysipèle.

Quelle que soit la dermatose que l'on ait sous les yeux, il faut toujours s'enquérir des antécédents personnels et familiaux du sujet, des idiosyncrasies, des influences diathésiques qui peuvent exister chez lui, n'oubliant pas qu'en toute circonstance il faut tenir compte du terrain en même temps que de la provocation morbifique.

V. — PRONOSTIC GÉNÉRAL

Les éléments généraux du pronostic sont tirés de la *nature*, du *siège* et de l'*étendue des lésions*, du *mode de réaction du sujet*, de la *cause morbifique*.

Les lésions *érythémateuses* et *vésiculeuses*, bénignes quand elles sont circonscrites, peuvent devenir dangereuses quand elles envahissent toute l'étendue de la surface cutanée.

Les éruptions *bulleuses* sont le plus souvent sans gravité lorsqu'elles sont provoquées par une irritation externe, telle qu'une brûlure ou une vésication, ou lorsqu'elles sont liées à une maladie peu durable, telle que l'érythème polymorphe ; elles prennent au contraire une signification grave lorsqu'elles sont de cause interne et persistante.

Les éruptions *pustuleuses* peuvent de même être bénignes lorsqu'elles sont superficielles et provoquées par l'action des microbes banaux de la peau (il en est ainsi pour celles de l'impétigo) et qu'elles n'occupent que la partie superficielle du derme ; il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de suppurations profondes, telles que celles du furoncle et surtout de l'anthrax.

Le pronostic de ces éruptions devient très grave lorsqu'elles se multiplient par auto-inoculation et envahissent la plus grande partie de la surface du corps, comme dans l'infection purulente tégumentaire maligne (impétigo herpétiforme).

Les *ulcérations* entraînent par elles-mêmes des conséquences fâcheuses, telles que des cicatrices indélébiles qui peuvent, lorsqu'elles sont étendues, constituer les plus pénibles difformités ; elles peuvent également être la cause de destructions profondes : il en est ainsi dans la syphilis, la tuberculose, la lèpre, le farcin.

D'autres ulcérations doivent leur gravité à leur tendance à s'étendre excentriquement : telles sont celles des maladies infectieuses énumérées précédemment, du chancre simple, du phagédénisme.

Les *cicatrices* peuvent amener des oblitérations d'orifices tels que les paupières, les points lacrymaux, les fosses nasales : on voit ainsi une cicatrice lupique réduire à un petit pertuis l'ouverture des narines et aussi celles des lèvres ; le nez, les oreilles peuvent subir, par le fait

de ces mêmes ulcérations et des cicatrices qui leur font suite, les plus graves déformations et destructions partielles.

D'autres fois, elles amènent la production d'adhérences anormales : c'est ainsi que les doigts peuvent se trouver soudés ou maintenus dans une attitude anormale.

Lorsque la cicatrice obstrue un orifice glandulaire, elle amène la rétention et l'accumulation du produit ; l'oblitération du canal lacrymal a pour conséquence nécessaire l'épiphora ; de même, les destructions étendues de la lèvre inférieure donnent lieu à l'écoulement de la salive.

Les exfoliations, quand elles sont très étendues, abondantes et prolongées, constituent une perte de matériaux organiques qui peut entraîner la cachexie.

D'une manière générale, les dermatoses sont plus graves chez les sujets *débilités* ou d'une *mauvaise constitution* telle que l'implique la vulnérabilité du système lymphatique, et chez ceux qui sont atteints d'une *maladie générale*, telle que le diabète, les néphrites, le paludisme, ou d'une *cachexie* consécutive à une maladie grave telle que la fièvre typhoïde.

On peut considérer comme *liées à une prédisposition individuelle* les maladies qui récidivent incessamment et résistent opiniâtrément à tous les traitements : il peut en être ainsi du psoriasis qui trop souvent récidive après des guérisons passagères.

Le *pronostic des maladies infectieuses* varie essentiellement suivant qu'elles sont locales ou générales, et, dans le premier cas, suivant qu'elles sont ou non accessibles au traitement ; on ne peut en fournir un meilleur exemple que celui des trichophyties : affections rebelles, durant des mois ou des années, lorsqu'elles occupent les régions pilaires et s'y trouvent inaccessibles aux agents parasitocides, elles guérissent généralement en peu de jours lorsqu'elles se localisent dans des parties glabres. Certaines infections généralisées ont un pronostic en partie plus favorable parce qu'elles sont modifiées par les parasitocides : c'est ainsi que la syphilis peut être considérée comme généralement beaucoup moins grave que la tuberculose, la lèpre et la farcinose (il y a cependant des exceptions).

Le *pronostic des dermatoses d'origine traumatique ou accidentelle* est le plus souvent bénin, sauf lorsqu'elles sont très étendues, en ce sens que l'éruption guérit, en général, quand la cause qui l'a provoqué cesse d'agir et quand le processus mis en jeu a terminé son évolution.

La *localisation* des dermatoses influe notablement sur leur pronostic ; nous venons de le voir en parlant des cicatrices : les dermatoses qui occupent les parties découvertes sont, par ce fait même, particulièrement pénibles.

VI. — THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

I. — DIVISION DES INDICATIONS

Dans toute maladie, les indications thérapeutiques peuvent être fournies :

1° Par la *cause prochaine* qui provoque et souvent domine toute l'évolution morbide, et par les *causes secondes* qui peuvent intervenir ultérieurement ;

2° Par les *processus* qu'engendrent ces causes et les *lésions* qui en résultent ;

3° Par les *troubles fonctionnels* et les *symptômes* liés à ces processus.

Ces indications répondent à tous les *desiderata* lorsqu'il est possible d'y satisfaire ; mais, malheureusement, pour la peau comme pour les autres organes, bien que peut-être à un degré moindre, il est loin d'en être toujours ainsi.

Nous avons vu en effet que la *cause prochaine* reste trop souvent peu accessible à nos moyens d'action en même temps qu'à nos recherches. D'autre part, nombre de dermatoses, celles que nous nommons *affections cutanées* ou *dermopathies*, ne présentent pas la condition étiologique que nous venons d'indiquer : les indications causales sont donc nécessairement multiples dans ces états morbides et trop souvent aussi en dehors de nos moyens d'action.

Les indications fournies par les *processus* se confondent en partie avec celles que donne la cause prochaine, en ce sens que souvent celle-ci reste active pendant toute la durée de la maladie et que le processus, lui étant subordonné, se développe et s'éteint avec elle ; il en est de la sorte, par exemple, pour la plupart des inflammations et des dystrophies d'origine parasitaire. On ne peut s'expliquer autrement les résultats parfois surprenants du traitement abortif de l'érysipèle, non plus que l'action des mercuriaux sur les syphilides et celle de l'iodure de potassium sur les gommages syphilitiques ; on voit des impétigos disparaître du jour au lendemain, sous l'influence de simples préparations boriquées ; de même l'eczéma scabiéique et les troubles de nutrition que provoque le trichophyton dans les parties accessibles aux médications locales guérissent souvent dès que le parasite a été détruit. On ne peut cependant appliquer aux processus l'axiome *sublata causa, tollitur effectus* ; nous en avons pour témoins ceux qui sont mis en jeu par l'action sur le tégument de substances irritantes : telle est, par exemple, une dermite pustuleuse déterminée par l'application d'huile de croton ; il faut, alors même que l'action irritante a été passagère, que l'inflammation suive son évolution ; de même on peut voir, après une simple application de teinture d'arnica,