

Les tumeurs volumineuses peuvent être extirpées au bistouri. Kaposi en a obtenu la disparition rapide par des lavages avec le savon noir auxquels fait suite l'application d'emplâtre soufré et salicylé. (L.)

DERMATOSES MICROCOCCIENNES

On peut prévoir que, dans un avenir prochain, les vieilles appellations attribuées aux dermatoses microbiennes feront place à des dénominations tirées de leur cause prochaine : dès à présent, nous sommes autorisés par les faits à établir une classe qui porte le titre de *dermatoses micrococciennes* (H.).

Il est avéré, en effet, que nombre d'éruptions reconnaissent pour cause prochaine l'invasion du tégument externe par des microcoques; leur rôle pathogénique est aussi manifeste pour nous qu'a pu l'être, pour Bazin, celui des champignons, lorsqu'il a reconnu la nature des teignes faveuse et trichophytique.

Nous aurons à considérer, d'après le contenu des soulèvements épidermiques, deux ordres de ces dermatoses : dans les unes, il est *séreux*, dans les autres, il est *purulent*; nous appelons les premières *séro-dermites micrococciennes*, les secondes *pyo-dermites micrococciennes*.

Nous ne pourrions cependant pas encore prendre pour têtes de chapitres les noms des microbes générateurs de ces diverses maladies; plusieurs raisons nous en empêchent : le même microbe peut donner lieu, suivant son degré de virulence et suivant le mode de réaction du sujet, à des éruptions de nature très diverse; c'est ainsi que le streptocoque peut être la cause prochaine d'érysipèles (1), de lymphangites, de phlycténoses, de suppurations localisées, que le staphylocoque peut se traduire par des suppurations superficielles ou profondes avec ou sans destruction des tissus, localisées ou ayant tendance à se généraliser; d'autre part, les espèces microbiennes ne sont pas encore suffisamment déterminées et l'on confond vraisemblablement sous la même étiquette des organismes de nature différente.

Nous devons donc nous en tenir aux grandes lignes indiquées précédemment.

SÉRO-DERMITES MICROCOCCIENNES

Nous étudierons sous ce titre l'*impétigo*, l'*eczéma*, la *phlycténose* et la *dermatite bulleuse épidémique des nouveau-nés*.

IMPÉTIGO

DÉFINITION. — Nous réservons ce nom à une *dermatose contagieuse et inoculable, caractérisée par la production de vésicules qui aboutissent*

(1) L'érysipèle et l'angioleucite étant décrits dans les traités de médecine générale, nous ne ferons que mentionner ici leur nature streptococcique.

rapidement à la formation de croûtes jaunâtres, mélicériques, guérissent sans laisser de cicatrices et sont dues à l'action d'un coccus spécial (1).

On doit à Tilbury Fox d'avoir distingué l'impétigo des autres affections croûteuses : il lui a donné l'épithète de *contagiosa*; Unna (2) a établi que l'impétigo dit *vulgaire* ne diffère pas du précédent. Cette dermatose a été particulièrement étudiée et séparée de l'eczéma par Vidal, R. Crocker, Stellwagon, Eichstedt, Leroux et d'autres auteurs.

ÉTILOGIE. — La cause essentielle de cette maladie est la *contagion*. Elle intéresse surtout les jeunes enfants, mais ils peuvent la transmettre à des adultes : c'est ainsi que Devergie cite l'exemple d'un domestique qui contracta un impétigo des lèvres après avoir embrassé un enfant atteint au visage de cette maladie.

Dans une famille, dans une école, la propagation se fait avec la plus grande facilité. L'impétigo se développe surtout dans les classes pauvres, où les soins de propreté sont insuffisants. Il se propage par auto-inoculation : nous verrons, en effet, que si ses lésions atteignent de préférence la face et le cou, il existe souvent, sur le corps, le cuir chevelu, les mains, des lésions moins confluentes, qu'explique l'ouverture de la peau soit par des traumatismes, soit par des parasites animaux, tels que des punaises, des acares, des pediculi (ceux du cuir chevelu surtout en peuvent favoriser le développement).

Des enfants sont plus sujets que d'autres à contracter l'impétigo : sans doute, leur tégument constitue, pour son contage, un terrain plus favorable. Les scrofuleux sont-ils, comme on l'a cru si longtemps sous l'influence de Bazin, plus aptes que les autres à être atteints de cette maladie? On peut en douter, car elle fait défaut chez la plupart de ceux qui sont atteints de tuberculose avérée, tels que les lupiques : l'on doit dire seulement que la suppuration prolongée de la peau et l'altération des muqueuses, dues aux parasites de l'impétigo, déterminent des adénopathies chroniques et l'aspect scrofuleux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions se développent autour d'un follicule pileux. Dans le derme, on constate la congestion, l'œdème du corps papillaire et de la zone péri-folliculaire et peu ou pas de leucocytose. Les couches profondes du corps muqueux présentent un œdème intense qui élargit les espaces intercellulaires et comprime les cellules, sans autre altération de celles-ci. Cet œdème devient excessif dans la couche épineuse de l'infundibulum pileux, et un

(1) En limitant ainsi le sens du mot *impétigo*, nous suivons la tendance actuelle de l'école de Paris à appliquer les anciennes dénominations dermatologiques, non à des affections multiples, mais à un seul et même type morbide constituant une véritable maladie. Nous en séparerons l'eczéma dit impétigineux, les pyodermites de Bockhardt et les phlycténoses streptococciques, ainsi que l'impétigo granulata, complication de la phthiriasis. (H.)

(2) UNNA, *Ausplitz Archiv.*, 1880.

liquide séreux, refoulant la substance cornée, remplit celui-ci ; bientôt il se mêle de fibrine.

Quand la croûte tombe spontanément, la peau sous-jacente est kératinisée ; lorsqu'elle est enlevée, on voit une surface qui présente transitoirement un aspect eczémateux et est parsemée de petites érosions.

On trouve, dans ces lésions, des cocci dont la signification a été très diversement interprétée : tandis que Balzer et Griffon (1) les considèrent comme des streptocoques, Sabouraud en fait des staphylocoques ; les recherches récentes d'Unna et de Schwenter-Trachsler établissent qu'il s'agit d'une variété particulière de cocci, offrant les caractères suivants :

Leurs chaînes sont constamment courtes ; elles ne comptent que de 4 à 6 éléments, tandis que l'on en trouve de 50 à 100 dans les streptocoques ; elles ne sont pas incurvées plusieurs fois, mais droites, ou très légèrement infléchies ; on ne les voit jamais s'entrelacer ; les éléments, de forme inégale et irrégulière, sont distribués suivant des axes différents ; leur contenu ne se colore pas uniformément ; s'ils forment des masses, elles sont irrégulières et l'on voit s'en détacher de courts prolongements qui semblent rompus ; au contraire, les éléments des streptocoques sont régulièrement arrondis, distribués suivant un même axe ; ils se colorent uniformément et leurs amas se dissocient en chaînes régulièrement incurvées. Les différences des cultures de cocci impétigineux avec celles des staphylocoques ne sont pas moins frappantes ; leur coloration est ocreuse et parfois blanchâtre ; elle se développe de suite et non tardivement ; elle est entourée d'une zone claire ; l'addition de sucre à l'agar de Koch arrête le développement de ces cultures ; inocuées à l'homme, elles donnent lieu constamment à des vésicules à contenu clair avec rougeur et ultérieurement aux croûtes caractéristiques, et non à des pustules comme celles de staphylocoques : elles n'engendrent jamais de furoncles.

Suivant ces auteurs, il s'agit donc bien certainement de cocci aussi distincts des staphylocoques que des streptocoques (2).

Il n'est pas rare de trouver, concurremment avec le microbe spécial à l'impétigo, des invasions secondaires de staphylocoques ou de streptocoques ; mais on ne les observe pas dans les cas typiques.

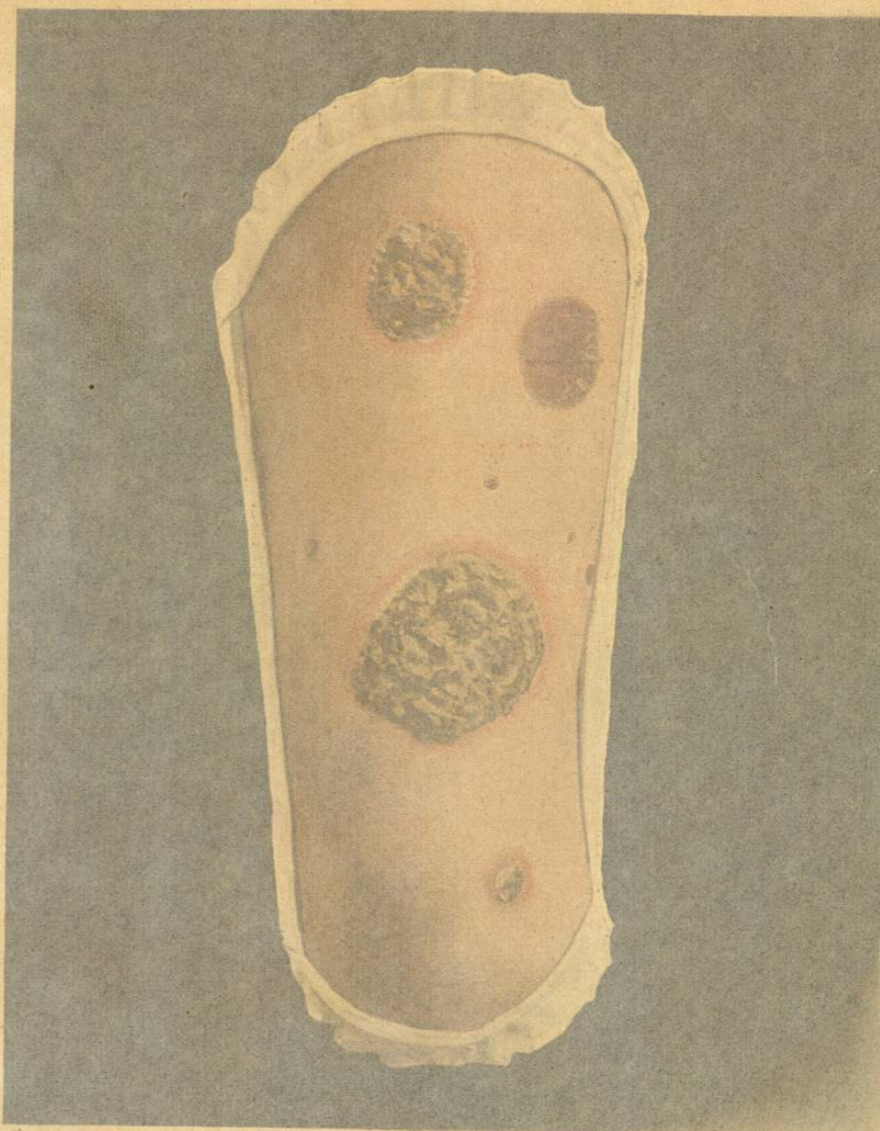
SYMPTÔMES. — L'impétigo s'observe surtout à la face ; il débute

(1) BALZER et GRIFFON, *Bull. méd.*, 1897.

(2) Cependant, il ne faut pas oublier que Widal et F. Besançon admettent l'unité spécifique de la plupart des microbes disposés en chaînettes ; pour ces bactériologistes, il existe, non des streptocoques, mais un streptocoque, et on peut observer dans la série des formes de ce microbe des variations plus étendues au point de vue culture, forme, etc., que celles qui séparent le coccus décrit par Unna et Schwenter-Trachsler du streptocoque habituel. La description de Unna ne suffit pas à établir qu'il ne s'agit pas du streptocoque vulgaire, ayant pris certains caractères différentiels ni même d'une variété de staphylocoques. (L.)

HALLÔPEAU ET LEREDDE.

PLANCHE VIII.



Librairie J.-B. Baillière et fils.

IMPETIGO

liquide, séreux, refoulant la matière cornée, remplit celui-ci; bientôt il se mêle de fibrine.

Quand la croûte tombe spontanément, la peau sous-jacente est kératinisée; lorsqu'elle est enlevée, on voit une surface qui présente transitoirement un aspect écymateux et est parsemée de petites érosions.

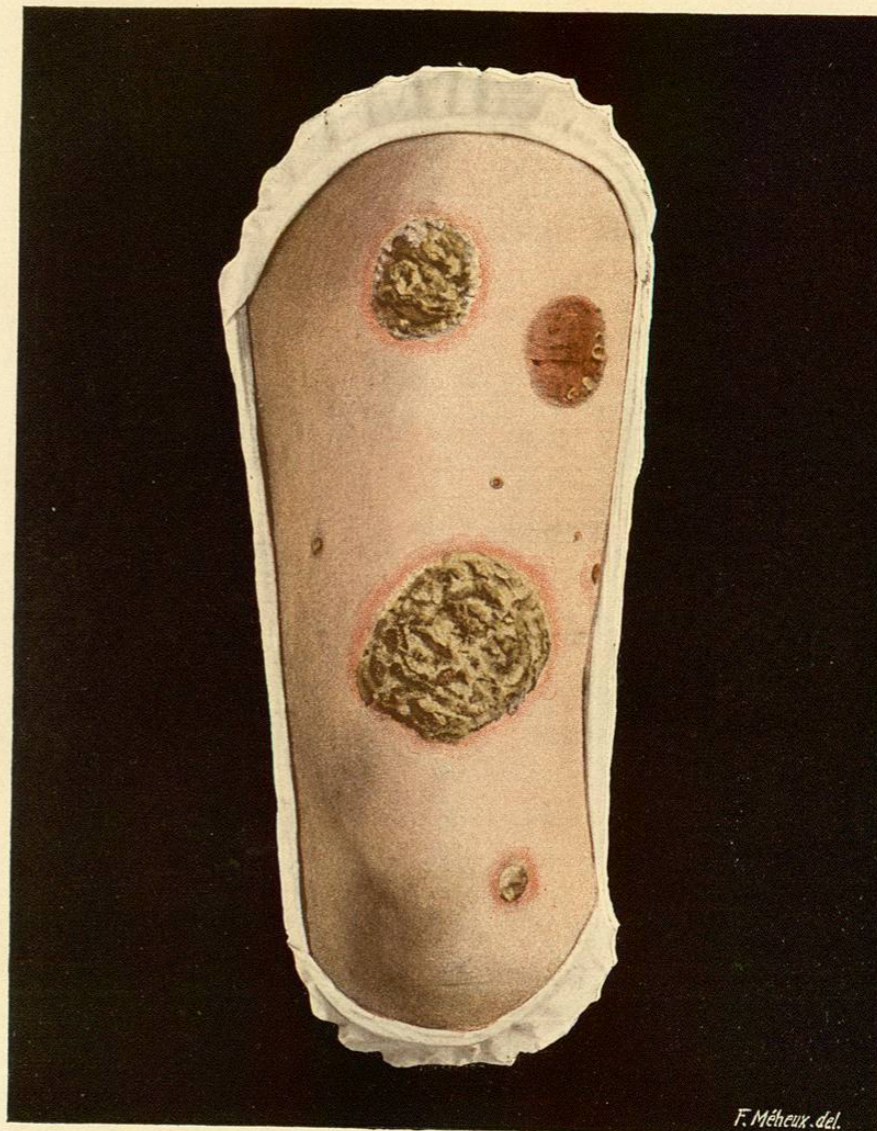
On trouve, dans ces lésions, des cocci dont la signification a été très diversement interprétée: tandis que Berger et Griffon (1) les considéraient comme des streptocoques, Sabatier en fait des staphylocoques; les recherches récentes d'Anna et de Schwenter-Trachsler établissent qu'il s'agit d'un cocci particulier de cocci, offrant les caractères suivants.

Leurs chaînes sont généralement courtes; elles ne comptent que de 4 à 6 éléments, tandis que l'on en trouve de 50 à 100 dans les streptocoques; elles ne sont pas incurvées plusieurs fois, mais droites, ou très légèrement inflechies; on ne les voit jamais s'entrelacer; les éléments, de forme inégale et irrégulière, sont distribués suivant des axes différents; leur contenu ne se colore pas uniformément; s'ils forment des masses, elles sont irrégulières et l'on voit s'en détacher de courts prolongements qui semblent rompus; au contraire, les chaînes de streptocoques sont régulièrement arrondies, distribués uniformément, se colorent uniformément et leurs amas se forment en masses régulièrement incurvées. Les différences des caractères des streptocoques avec celles des staphylocoques ne sont pas toujours évidentes; leur coloration est obscure et parfois incomplète; ils ne se colorent que tardivement; elle est empêchée par la présence de sucre à l'agar de Koch arrête leur développement; inoculées à l'homme, elles donnent lieu à des pustules à contenu clair avec rougeur et inflammation aux caractères caractéristiques, et non à des pustules comme celles de staphylocoques: elles n'engendrent jamais de abcès.

D'après ces auteurs, il s'agit donc bien certainement de cocci aussi différents des staphylocoques que des streptocoques (2).

On ne saurait pas trouver, concurrentement avec le microbe spécifique, des infections secondaires de staphylocoques ou streptocoques; on ne les observe pas dans les cas typiques. L'impetigo s'observe surtout à la face; il débute

(1) *Ann. méd.*, 1897.
 (2) Il ne faut pas oublier que Vidal et F. Besançon admettent l'unité des microbes disposés en chaînettes; pour ces bactériologistes, il s'agit de streptocoques, mais un streptocoque, et on peut observer le même microbe des variations plus ou moins importantes de vue de la forme des chaînettes qui séparent le coccus dans l'agar de Schwenter-Trachsler de l'habituel. La description de l'impetigo nous a permis d'établir que le microbe de l'impetigo n'est pas à établir comme un nouveau genre, mais qu'il est un streptocoque vulgaire, ayant des caractères différents de ceux des streptocoques.



F. Méheux del.

Librairie J.-B. Baillière et fils.

IMPETIGO

par des taches rouges, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois, arrondies, ovales ou irrégulières, parfois un peu saillantes.

En moins de vingt-quatre heures, des vésicules apparaissent dans leur partie centrale, sans prurit et sans cuisson. Le liquide, d'abord jaune-paille, doré ou verdâtre, se trouble, d'ordinaire rapidement; il peut se concréter en une croûte qui se détache sans laisser de traces: il s'agit alors d'une forme abortive (Unna). Plus souvent, se développe, avec ou sans rupture de la couche cornée, une croûte plus volumineuse, épaisse, infiltrée d'un liquide séreux, molle, d'un jaune brillant, dorée ou mélicérique; tantôt ces croûtes sont irrégulières, tantôt elles revêtent la forme de la vésico-pustule initiale, et restent bien limitées; tantôt elles figurent des gouttelettes; tantôt elles se disposent en masses plates, arrondies; quelquefois, elles revêtent des formes élégantes (Planche VIII). Ces croûtes s'enlèvent avec la plus grande facilité; autour et au-dessous d'elles, la peau est rouge. Dans certaines formes, elles sont déprimées et l'on y constate la présence de très fines cannelures concentriques, comme dans l'eczéma cannelé de Brocq. Elles peuvent s'altérer et prendre une couleur verdâtre ou brunâtre avec infiltration puriforme; elles peuvent s'étendre, soit par progression excentrique, soit par confluence: elles forment alors des masses de plusieurs centimètres de diamètre. L'accroissement de ces masses se fait par l'intermédiaire d'une aréole érythémateuse et d'un soulèvement épidermique par un liquide dans lequel on trouve les cocci spéciaux; si l'on arrache les croûtes par le grattage, elles se reproduisent rapidement. Les croûtes, au bout de dix à quinze jours, finissent par se détacher spontanément; elles laissent, à leur suite, des macules rouges ou brunâtres, parfois surélevées, qui ne s'effacent que lentement, mais non des cicatrices.

Lorsqu'une plaque éruptive s'affaisse dans sa partie centrale pour s'étendre excentriquement, elle prend le nom d'*impétigo circinata*; on peut voir, sur des moulages de Saint-Louis, cette éruption se développer aux dépens de l'impétigo vulgaire; l'aire ainsi circonscrite peut rester un certain temps colorée en rouge sombre.

Les localisations les plus habituelles de la maladie sont, en premier lieu, le pourtour des lèvres et le menton, puis les autres parties du visage, le cuir chevelu; la maladie se transmet souvent, par le grattage, aux extrémités digitales ainsi qu'aux faces dorsales des mains, parfois aussi sur le bras, aux genoux et aux pieds; les lésions s'accompagnent, aux extrémités des membres, d'une tuméfaction de la peau; au cuir chevelu, elles sont disséminées, sauf à la nuque; si on peut les observer au début, on les trouve constituées par une vésicule trouble autour d'un cheveu; elles s'ouvrent rapidement et il se forme des croûtes; à leur suite, elles laissent une macule rouge sans desquamation; les parties intermédiaires du cuir chevelu restent saines. La maladie peut se prolonger par le

fait des réinoculations ou du développement des lésions profondes.

Les réinoculations peuvent se produire à distance ou au voisinage des lésions initiales; parfois, elles se forment sur les points où les croûtes viennent de tomber.

Les lésions profondes qui accompagnent certains impétigos paraissent reconnaître des origines multiples.

Dans certains cas, une inflammation appréciable du derme accompagne le développement des premières vésico-pustules (impétigo eczémateux aigu de Leroux).

Des infections muqueuses peuvent précéder, accompagner ou suivre l'impétigo : nous signalerons la blépharite, la rhinite, la stomatite. Des érosions de la muqueuse labiale, à l'union des lèvres supérieure et inférieure, simulent des plaques muqueuses et, chez les enfants en bas âge, on peut penser à la syphilis.

Des furoncles, des pustules d'ecthyma peuvent se développer sur le corps au cours de l'impétigo.

L'impétigo de la face ou du cuir chevelu s'accompagne, surtout s'il se prolonge, d'adénopathies : c'est ainsi que l'on rencontre, dans la loge sous-maxillaire, la région sterno-mastoidienne ou à la nuque, des ganglions durs, multiples, dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une bille et dont la rétrocession est toujours des plus lentes.

DIAGNOSTIC. — Les lésions « impétiginisées » ne doivent pas être confondues avec l'impétigo (1). Sous les croûtes, on trouve des lésions qui ont des caractères propres : sous celles de l'impétigo vulgaire, on peut ne voir qu'une légère rougeur : cependant, chez des enfants mal tenus, des lésions persistantes d'impétigo peuvent se compliquer de dermite et même d'ulcérations, surtout au cuir chevelu ; dans ces conditions, des erreurs de diagnostic sont assez communes ; on croit à une syphilide ulcéreuse, par exemple, alors qu'il s'agit d'une dermite banale : l'erreur inverse est encore plus

(1) De l'impétiginisation. — De nombreuses dermatoses sont susceptibles de se compliquer de suppurations superficielles, tantôt abondantes et formant des croûtes épaisses au-dessous desquelles on trouve du pus, tantôt discrètes et se concrétant en croûtes minces. Ce sont des dermatoses « ouvertes » où l'intervention des micro-organismes pyogènes de la peau est possible.

Il en est ainsi par exemple dans la syphilis, le lupus, l'eczéma et surtout les prurigos. Cliniquement, on peut affirmer, pensons-nous, qu'il y a impétiginisation lorsqu'à la suite d'une aseptie superficielle les croûtes tombent et ne reparissent plus. On peut aussi parler d'impétiginisation lorsqu'à distance de la lésion initiale se développent des pustules qui paraissent l'effet d'auto-inoculations. Mais parfois, il ne se forme pas de pustules à distance, et la suppuration ne tarit pas par l'effet d'une aseptie passagère. Quel rôle jouent les parasites des impétigos dans ces cas ? Nous l'ignorons d'une manière générale et en particulier dans la syphilis.

Ils interviennent sans doute dans la formation de la plupart des croûtes, purulentes ou séro-fibrineuses, et modifient les caractères histologiques des lésions. Leur rôle dans l'évolution des altérations cutanées ne peut être déterminé d'une manière générale, et doit être étudié d'abord dans chaque cas particulier.

commune. Pratiquement, toute lésion qui ne guérit pas rapidement par les traitements que nous indiquerons n'est pas de l'impétigo.

Sous le nom d'*eczéma impétigineux*, on confond des eczémas avec infection impétigineuse vraie, surajoutée, et des eczémas qui s'accompagnent d'une sécrétion abondante, se concrétant en croûtes analogues à celles de l'impétigo : dans les deux cas, le prurit fréquent, la rougeur et l'état œdémateux des bords, la confluence des lésions permettront de reconnaître l'eczéma. Cet eczéma est-il compliqué d'impétigo vrai ? en deux jours, par l'asepsie de la surface, toute suppuration sera tarie. S'agit-il d'eczéma impétigineux avec formation croûteuse abondante ? les croûtes se reformeront dès qu'on aura supprimé les pansements humides.

Les lésions initiales de l'*ecthyma* sont plus volumineuses que celles de l'impétigo ; elles aboutissent à la formation de croûtes sous lesquelles on trouve des exulcérations ; elles sont entourées d'une aréole érythémateuse.

Il est rare de confondre un impétigo avec un *favus*, mais assez souvent on prend un *favus* pour un impétigo. Les caractères des croûtes faviques sont parfois ambigus : cependant, elles sont toujours plus sèches, plus cassantes que celles de l'impétigo ; la durée prolongée d'un impétigo du cuir chevelu doit toujours inspirer des doutes au médecin, et lui faire rechercher les *godets*, les *cheveux* et les *champignons caractéristiques du favus*.

On connaît des formes de *lupus* de la face qui se traduisent, à leur début surtout, par des pustules. Ces pustules ressemblent à celles de l'impétigo (*lupus impétigineux disséminé*), mais, sous le pus, on trouve une ulcération très petite, irrégulière, formée d'un tissu mou qu'on dilacère aisément avec une aiguille.

Les *syphilides impétigineuses* se reconnaissent encore plus facilement : fréquentes au visage, elles envahissent surtout les plis ; sous les croûtes, on trouve des ulcérations, ou tout au moins des érosions ; autour d'elles, on voit un tissu de couleur violacée ou rouge foncé, et, sans qu'il soit besoin de chercher les autres signes de syphilis, le diagnostic d'impétigo peut être éliminé.

PRONOSTIC. — Il peut être considéré comme bénin, sous réserve des infections secondaires qui peuvent résulter du défaut de soins.

TRAITEMENT. — a. *Impétigo des régions glabres*. — Il suffit d'appliquer sur les parties malades des compresses de tarlatane aseptique pliées en plusieurs doubles et imprégnées d'eau boriquée pour faire disparaître en peu de jours les altérations qui caractérisent cette maladie (H.). On peut recourir aussi, avant la période de formation des croûtes, à des lavages fréquents avec l'eau d'Alibour étendue de deux tiers d'eau (Sabouraud) :

Eau distillée.....	600 grammes.
Camphre à saturation.	
Sulfate de zinc.....	7 grammes.
Sulfate de cuivre.....	2 —
Safran.....	0gr,40

ou à la solution de laurénol à 3 p. 100.

Les vésicules et les pustules peuvent être ouvertes avec une aiguille flambée. A partir du moment où les croûtes se forment, le traitement consiste à débarrasser le plus rapidement possible la peau des produits de suppuration et à empêcher les réinoculations.

Des pulvérisations de dix ou quinze minutes, répétées trois fois par jour, avec de l'eau bouillie ou de l'eau additionnée de 5 p. 100 de borate de soude permettent de faire tomber rapidement les croûtes.

Dans de nombreux cas, l'eau d'Alibour, suivant la formule que nous avons indiquée plus haut, offre de grands avantages; son inconvénient est la fréquence des lavages nécessaires; il faut que le malade répète les lotions un très grand nombre de fois chaque jour; traité par des pansements permanents, l'impétigo dure quelquefois plus longtemps, mais le traitement est plus facile.

Si, par exception, la réparation des lésions se fait avec lenteur, il faut appliquer, soit une pommade à l'oxyde jaune de mercure (1 p. 30-1 p. 60), soit du nitrate d'argent à 1 p. 50.

Lorsque l'impétigo s'étend sur le corps, il faut prescrire des bains à l'eau bicarbonatée ou boratée. Les régions malades seront ensuite poudrées et couvertes d'une toile fine.

b. *Impétigo des régions pilaires.* — Chez les adultes mâles et les garçons, il conviendra d'abord de couper les cheveux; chez les petites filles, on agira de même lorsque les lésions seront étendues et deviendront persistantes.

Lorsque les croûtes n'occupent que des régions limitées, des lotions tièdes suffisent à les enlever; mais souvent des pulvérisations deviennent indispensables: on emploie les solutions que nous avons indiquées plus haut.

Souvent, il existe de la phtiriase; on se débarrasse des parasites par les moyens que nous avons indiqués (*Voy. Phtiriase*).

Si la dermite a été prolongée, si l'on constate des points de suppuration, on applique des pansements humides, après avoir fait couper les cheveux. Les plaies, ainsi que les régions où il se produit une suppuration diffuse doivent être touchées au crayon de nitrate d'argent.

Les impétigos de la moustache et de la barbe sont traités par les pulvérisations, les lavages à l'eau d'Alibour à 1/3 ou les compresses imprégnées de la solution biboratée, boriquée et salicylée. Souvent ces lésions sont le début d'un sycosis; si elles tendent à persister, on épèle le malade sans plus tarder.

ECZÉMA

HISTORIQUE ET DOCTRINES. — Willan et Bateman, Cazenave, Gibert, Devergie, ont classé l'*eczéma* parmi les affections vésiculeuses de la peau; Bielt et Cazenave ont séparé sa forme aiguë de sa forme chronique.

Bazin a montré le rôle considérable des causes externes dans sa production: c'est ainsi qu'il a établi l'existence d'*eczémas* artificiels parasitaires. Quant à l'*eczéma* de cause interne, c'était, pour lui, une maladie d'origine diathésique, et trois diathèses étaient susceptibles de le produire: l'herpétisme, l'arthritisme et la scrofule.

A l'époque de Bazin, les dermatologistes français étaient à peu près d'accord, non sur l'étiologie de l'*eczéma*, mais sur sa description clinique; ils connaissaient l'*eczéma* comme une maladie vésiculeuse, aiguë ou chronique; ils en avaient observé tous les stades et les principales formes. L'*impétigo* était considéré par tous, sauf Hardy, comme une dermatose distincte, mais ils admettaient un *eczéma* impétigineux.

L'école viennoise voulut donner à l'*eczéma* une définition anatomique précise: Hebra fit de cette maladie une *inflammation* superficielle de la peau et *essentiellement du derme*, classée dans le groupe des dermatoses inflammatoires prurigineuses, à côté du prurigo. Il admettait la multiplicité des réactions épidermiques, d'où la polymorphie de l'affection vésiculeuse, pustuleuse, érythémateuse ou squameuse; l'unité de la maladie était démontrée par la combinaison possible de toutes ses formes.

Le mot *eczéma* n'avait pas pour Hebra, et n'a pas pour Kaposi, le sens clinique que lui donnaient les dermatologistes antérieurs: par exemple, ce que ceux-ci appelaient *impétigo* est, pour ceux-là, une inflammation superficielle de la peau, pouvant se combiner aux variétés, vésiculeuse, érythémateuse, squameuse, de l'*eczéma* — c'est donc un *eczéma*. Le mot *eczéma* a pris ainsi un sens anatomique. Ce désaccord entre les dermatologistes sur la signification de ce terme a créé de longs malentendus qui durent encore. C'est ainsi que, pour Hébra, on pourrait réaliser à volonté un *eczéma*, chez tout individu, par l'application de substances irritantes: les dermatologistes français ne peuvent admettre cette proposition; l'inflammation de la peau que l'on provoque ainsi est pour eux une dermatite artificielle et non un *eczéma*.

Auspitz a compris l'*eczéma* comme un *catarrhe superficiel* à prédominance séro-purulente, classé dans le même groupe que les érythèmes, où l'hypérémie simple prédomine: il admettait l'existence d'*eczémas* typiques et paratypiques et en distinguait des variétés papuleuse, vésiculeuse, rhagadiforme, pustuleuse (*impétigo*) et squameuse.

En 1887, Unna étudia l'eczéma séborrhéique, synthèse de formes dermatologiques observées de longue date. Il fit de cette dermatose un eczéma, parce qu'il y reconnut l'existence d'une *inflammation* du derme et des glandes, qui, dans certaines formes, n'est appréciable que microscopiquement. C'est à ce titre que la séborrhée grasse est, suivant cet auteur, un *eczéma* séborrhéique.

Depuis Unna, beaucoup d'auteurs ont cherché à alléger le cadre de l'eczéma; avec la plupart d'entre eux nous sommes d'accord aujourd'hui pour en éliminer la dermatose décrite par Unna, et nous l'étudierons dans un chapitre spécial (*Voy. Séborrhéides*). L'impétigo, même en Allemagne, a retrouvé une place dans les cadres dermatologiques; les dermatites artificielles, qui, dans bien des cas, ont des caractères distincts, sont séparées de l'eczéma.

Besnier a encore cherché à donner un sens anatomique au mot *eczéma*, élimination faite de l'impétigo et des dermatites artificielles. L'*eczématisation* est, suivant lui, la réaction commune d'affections que nous ne sommes pas actuellement en mesure de classer: les « épidermodermes exsudatives du type catarrhal ».

Nous croyons au contraire que, séparé des séborrhéides, des dermatites artificielles, des trichophyties, de l'impétigo, du prurigo, l'eczéma vésiculeux constitue une maladie où l'on doit comprendre presque tous les faits que l'on dénomme eczéma d'après leurs caractères cliniques (1). Certains types en seront peut-être séparés plus tard, lorsque la bactériologie aura achevé l'étude des épidermites catarrhales.

ÉTIOLOGIE DE L'ECZÉMA. — Suivant nous, l'eczéma est une *maladie parasitaire*, survenant chez des sujets prédisposés.

Nous considérons la présence de parasites, dont certains ont des caractères spéciaux (morocoques d'Unna), dans les vésicules de l'eczéma aigu et les squames de l'eczéma chronique, l'auto-inoculabilité (L.), la transmission par contagion de l'eczéma séborrhéique (Perrin), l'identité des lésions dans les eczémas d'origine externe et d'origine interne (L.), l'action souvent curative de certains parasitocides (H.) tels que l'acide pyrogallique, l'huile de cade, l'acide salicylique et le nitrate d'argent, comme des arguments suffisants à l'appui de la théorie parasitaire (2).

Nous donnons ainsi au mot *eczéma* un sens étiologique; les dermatites artificielles en sont éliminées; l'impétigo est considéré comme une dermatose parasitaire qui en est distincte.

L'origine parasitaire de l'eczéma étant admise, le mode d'action

(1) LEREDDE, *L'eczéma, maladie parasitaire*. Masson; Coll. Critzman, 1898. — *L'origine parasitaire de l'eczéma*. (A. D., 1899).

(2) Est-il vrai, comme on l'a dit, que l'on ne puisse considérer comme absolument démontrée la nature parasitaire d'une maladie qu'à la condition de pouvoir en déterminer le parasite, le cultiver et reproduire cette maladie par son inoculation

des conditions dans lesquelles il se développe peut être conçu ainsi qu'il suit :

La peau devient un milieu de développement favorable pour le parasite et susceptible de réagir sous son influence suivant le processus eczémateux en raison de causes *externes* ou de causes *internes*.

A. ALTÉRATIONS PRÉALABLES DE LA PEAU. — Il est fréquent d'observer l'eczéma chez des sujets dont la peau offre des modifications générales de structure congénitales ou acquises, en particulier chez les ichtyosiques et chez les vieillards; il est tout au moins plus rebelle chez eux que chez les individus dont la peau est normale.

Certaines dermatoses se compliquent fréquemment d'eczéma; il faut signaler d'abord le prurigo de Hebra où l'eczéma est souvent la manifestation principale de la maladie. Rien de plus banal que de voir, dans le prurigo infantile, la face externe des membres supérieurs ainsi que les faces antérieure externe des cuisses couvertes de vastes plaques d'eczéma chronique.

L'eczéma vésiculeux se combine fréquemment aussi avec les séborrhéides. On peut observer, au cours de celles-ci, des poussées aiguës, avec vésiculation, suintement, en particulier au cuir chevelu, à la face, aux oreilles et au pubis.

Enfin, il faut mentionner des altérations profondes qui peuvent avoir une action sur la nutrition de la peau, en particulier les varices des membres inférieurs (eczéma variqueux), les hémorroïdes (certains eczémas de l'anus, l'œdème, etc.).

B. CAUSES EXTERNES. — L'action de la lumière (eczéma solaire), de la chaleur, a été incriminée par certains auteurs: bien plus importante est celle des traumatismes chimiques qui se révèle par la localisation ou la prédominance de l'eczéma aux régions irritées. Le nombre des corps eczématogènes est très élevé; mais ils ne provoquent pas un eczéma véritable chez tous les individus qui y sont exposés et le rôle du sol cutané reste considérable.

Nous citerons les acides minéraux, les sels à base de potasse et de soude, les essences, et en particulier l'essence de térébenthine, de nombreux savons, surtout le savon noir, l'arnica, les antiseptiques tels que l'acide phénique, le salol, les sels mercuriels, l'iodoforme, qui ont une action nocive pour le chirurgien (eczéma des chirurgiens) et pour certains malades dont la peau offre une susceptibilité particulière, les teintures pour cheveux, causes fréquentes de l'eczéma, surtout chez la femme, certaines substances employées en parfumerie, la chaux, le plâtre, le ciment, etc. Cet eczéma de cause chimique se développe fréquemment, associé ou non à une dermatite artificielle, chez des individus qui font un fréquent usage de substances irritantes

(nous n'en sommes pas encore là pour l'eczéma)? certainement non, car autrement on pourrait, contre toute évidence, la révoquer en doute en ce qui concerne les fièvres éruptives et la syphilis. (H.)