

La guérison se fait enfin, mais les régions atteintes resteront des parties de moindre résistance et de nouvelles poussées s'y produiront aisément.

La *durée* de l'eczéma aigu, correctement traité, est de quelques semaines, sauf chez des individus d'une susceptibilité exagérée. Quand il se prolonge, c'est sous forme de poussées nouvelles sur les parties déjà malades ou à distance, survenant parfois sous l'influence d'une thérapeutique trop active, parfois sans cause connue. Le passage à l'état chronique se produit parfois, bien qu'en général l'eczéma chronique le soit d'emblée.

B. Eczéma chronique. — Quoique certaines différences histologiques séparent les réactions eczémateuses chroniques des réactions aiguës, on y retrouve cliniquement tous les symptômes de celles-ci : la rougeur, l'œdème, les vésicules, les croûtes, le suintement; les squames appartiennent aux unes et aux autres.

Mais, dans l'eczéma chronique, il n'y a plus de succession régulières, de poussées aiguës et subaiguës, au sens légitime du mot *eczéma aigu*; de véritables récurrences se produisent sur tel point, tandis que sur d'autres on assiste à la phase de régression. Les altérations sont disséminées sans aucun ordre; les plus récentes ne se rencontrent pas toujours à la périphérie; il existe cependant des formes presque figurées, à évolution excentrique, où l'on voit le centre des placards eczémateux en régression, tandis qu'à la périphérie évoluent les lésions initiales (*eczémas trichophytoïdes*).

Il faut encore noter, chez un eczémateux, les différences d'âge et d'évolution qui distinguent certains foyers de certains autres. Ainsi on observe, d'une manière banale, des lésions torpides, chroniques, aux mains et des lésions subaiguës à la face; celles-ci guériront beaucoup plus rapidement que les autres, qui leur sont cependant antérieures.

Aux réactions épidermiques de tout eczéma s'associent, dans les formes chroniques, des altérations nouvelles. La peau ouverte est facilement envahie par des infections externes. Le siège de l'eczéma modifie d'une manière considérable son aspect; nous aurons à étudier en détail les variétés régionales de la maladie; nous pouvons dès à présent signaler l'eczéma des plis (*E. intertrigo*) où la macération détermine un décapage continu, qui fait disparaître les croûtes et met le corps muqueux à nu; les infections secondaires y sont faciles. Signalons encore l'eczéma *hyperkératosique* de la paume des mains et de la plante des pieds, l'eczéma du cuir chevelu, etc.

Mais les caractères propres à l'eczéma chronique résultent également des modifications qu'il détermine dans le derme. L'infection eczémateuse permanente peut s'accompagner d'hypérémie et d'œdème persistants, de plus en plus profonds, qui amènent des altérations épidermiques secondaires de forme spéciale, comme on les observe

dans les eczemas variqueux chroniques. Ailleurs se développent des lésions de plus en plus profondes et de plus en plus graves (*eczéma lichénifié*).

Les parties eczématisées se confondent peu à peu avec les parties saines; leurs lésions ne sont généralement pas limitées par un bord; leur coloration s'atténue; quelques croûtes disséminées, implantées sur de légères saillies se retrouvent à leur pourtour, indiquant des lésions vésiculeuses aberrantes.

L'absence de bords est une règle qui comporte des exceptions: parfois, on observe des placards bien limités, même dans des formes qu'il faut rattacher à l'eczéma vulgaire. Nous avons déjà cité l'eczéma trichophytoïde. Des bords nets s'observent dans les eczemas des régions sudorales, dans certaines formes surélevées, dans certains eczemas lichénifiés. Quelquefois, on observe à la périphérie, en quelques points, une fine bordure épidermique adhérente par son bord externe à la peau saine, analogue à celle qui est d'observation banale dans l'ecthyma, mais qu'on retrouve dans une foule de lésions parasitaires de la peau, même le psoriasis (L.).

La saillie des lésions est ordinairement nulle, quoique, en prenant la peau entre les doigts, on puisse souvent en constater un léger épaissement. Cependant, lorsque l'eczéma est rouge, œdémateux et qu'il existe des poussées aiguës subintrantes, les lésions deviennent surélevées.

L'analyse des symptômes est des plus difficiles. Il faut chercher le type des lésions eczématisées chroniques dans les formes où il n'y a pas d'infection secondaire, sur les membres supérieurs en dehors des plis, sur le tronc, sur les membres inférieurs quand il n'y a pas de varices.

a. Lésions dermiques. — La rougeur appartient à toutes les formes: elle est plus ou moins vive et s'exagère à l'occasion des poussées aiguës. Parfois elle disparaît, il n'existe que des lésions épidermiques, même des vésicules; alors on touche à la guérison. Dans l'eczéma de la paume des mains et de la plante des pieds, la rougeur manque presque toujours. Aux membres inférieurs variqueux, la teinte est souvent foncée, violacée, même purpurique.

L'œdème chronique se traduit par l'épaississement de la peau, résultat de l'infiltration dermique plus que de l'« acanthose ». Comme dans tout œdème limité du derme, il ne s'agit pas d'un œdème mou, la peau résiste comme une peau normale. Lorsque la résistance de la peau augmente, lorsque le plissement de la peau entre les doigts devient difficile, il y a *lichénification*.

L'un de nous (H.) a observé plusieurs fois, particulièrement au visage et aussi au pourtour des mamelons, une forme *végétante* d'eczéma caractérisée par des saillies plus ou moins considérables qui surmontent les altérations caractéristiques de la maladie (moulage du musée de Saint-Louis).

β. Lésions épidermiques. — La surface des lésions eczémateuses est des plus irrégulières. Rarement on constate des *croûtes* généralisées, épaisses et molles: elles appartiennent, soit à une poussée aiguë, soit à une impétiginisation secondaire. Presque toujours, les croûtes sont discrètes, partielles, limitées à quelques points où elles entraînent une vésiculation ou un suintement plus intense.

Sous le nom d'*eczéma cannelé*, Brocq a décrit une forme assez commune où l'on constate, à la limite des croûtes qui couvrent les plaques disséminées, des cannelures fines, concentriques (1).

Enlevées, les croûtes laissent voir des *érosions* très petites, punctiformes (état ponctué), plus rouges que la surface eczématisée voisine. Ces érosions se voient à la suite d'une dénudation spontanée du corps muqueux.

Tout *suintement* un peu abondant répond à des poussées aiguës. Il est facile cependant de le déterminer par des applications de caoutchouc et de montrer ainsi son existence dans l'eczéma chronique. Il est normalement imperceptible, mais continu; il détermine la formation des croûtes.

La *vésicule non ouverte* est d'observation rare. Elle se traduit par de petites saillies acuminées. Parfois elle s'exagère, et c'est ainsi qu'on peut voir, aux pieds et aux mains, de véritables phlyctènes dues à la fusion des vésicules les unes dans les autres, ou même des bulles hémisphériques tendues, remplies de liquide citrin.

Les *squames* sont sèches, minces, très irrégulières. Parfois la desquamation se poursuit longtemps et l'eczéma peut prendre à sa terminaison un aspect séborrhéique qu'il n'offrirait pas au début.

A la période de guérison, les squames peuvent se limiter à la périphérie des placards. Leur centre offre parfois *temporairement* un aspect *cicatriciel*; il est déprimé, de couleur violacée; l'épiderme y est lisse. Nous avons surtout observé cet aspect, sur lequel les auteurs classiques n'insistent pas suffisamment, à la face dorsale des mains (L.).

Le prurit, les sensations de brûlure appartiennent à l'eczéma chronique comme à l'eczéma aigu, mais, en général, sont moins intenses. Lorsqu'ils sont très marqués, c'est qu'il existe un état nerveux, et surtout, croyons-nous, une intoxication d'origine gastrique (L.).

Il est impossible, et c'est ce qui explique les difficultés du pronostic, de prévoir la durée d'un eczéma chronique dont on ignore et dont on ne peut traiter la cause; tout placard peut être le siège de nouvelles poussées; toujours de nouveaux foyers peuvent se développer.

C. Eczéma lichénifié. — L'eczéma lichénifié est un eczéma chronique dont on ne peut expliquer la permanence par des fautes thérapeutiques ou d'hygiène cutanée, et qui ne s'accompagne guère

(1) La présence de ces cannelures à la limite des lésions eczématisées est des plus fréquentes; il faut la rechercher à la loupe; on les observe souvent dans des formes vulgaires. (L.)

de poussées aiguës locales. Ici, les lésions épidermiques passent au second plan, et la lésion dermique persistante domine le processus anatomo-clinique. Ces lésions de l'eczéma lichénifié sont essentiellement prurigineuses; on observe fréquemment des croûtes sanguines provoquées par le grattage. Cet eczéma se caractérise cliniquement par l'épaississement et l'induration, plus ou moins prononcée, de la peau, par sa sécheresse superficielle et par sa durée. La lichénification est attribuée par Brocq et Jacquet au grattage; nous pensons que celui-ci peut exagérer les lésions, mais que la sclérose lichénienne est due à des causes beaucoup plus complexes (dermite chronique artificielle ou lichénification d'origine interne, analogue à celle du lichen simple chronique).

FORMES RÉGIONALES DES ECZÉMAS. — Aucune dermatose n'est modifiée au même degré que l'eczéma par le siège qu'elle affecte, par les conditions anatomiques spéciales aux régions pilaires, aux régions sudorales, aux téguments de la face, aux plis de contact de la peau, etc. Peut-être, parmi les formes que nous allons étudier, certaines ne méritent-elles pas le nom d'eczéma et sont-elles dues à des infections eczématoïdes de la peau; cependant, en général, des infections eczématoïdes secondaires à distance viennent montrer qu'il s'agit bien d'éruptions eczémateuses légitimes.

L'eczéma aigu, les poussées aiguës au cours d'une forme chronique, déterminent, au cuir chevelu, de l'œdème, de la rougeur, des croûtes, et un suintement, parfois assez abondant pour agglutiner les cheveux. En général, la face, les oreilles sont envahies dans la suite. Parfois, le début se fait par ces régions et le cuir chevelu n'est atteint que secondairement. La chute des cheveux peut s'observer dans les eczémas graves. Des infections secondaires, diverses formes d'impétigo sont d'observation banale; elles sont favorisées par la rétention, sous les croûtes, des produits de suintement.

Il nous paraît impossible de déterminer exactement ce qu'on doit entendre par eczéma chronique du cuir chevelu: le critérium pratique, qui distingue les eczémas, lésions cliniquement hypérémiqes, d'autres infections superficielles de la peau, manque ici. Il faut, sur le cuir chevelu, une hypémie intense pour produire une rougeur à peine perceptible; de nombreuses lésions, dont la nature eczématoïde se juge par les caractères qu'offrent les foyers d'extension sur la face, n'y présentent aucune rougeur, et ne s'y traduisent que par des réactions épidermiques.

La forme banale de l'eczéma chronique du cuir chevelu appartient à l'eczéma séborrhéique (Voy. *Séborrhéide eczémateuse*). Le suintement vient quelquefois s'associer à ces lésions; on peut le constater en enlevant avec le doigt les croûtes qu'il détermine.

L'eczéma auriculaire devient aisément rebelle. La rougeur, la tuméfaction sont intenses, la peau est tendue, ses plis sont effacés, la vé-

culatation est en général discrète. Des fissures se produisent souvent, dans le sillon rétro-auriculaire, où elles peuvent persister à l'état suintant et croûteux et amener des récives de l'eczéma sur les régions voisines. Signalons enfin la surdité par accumulation de squames dans le conduit auditif externe, due à l'eczéma quelquefois limité de ce conduit; il s'agit, en général, d'un eczéma sec, à squames grasses, d'essence séborrhéique.

Chez l'enfant, l'eczéma facial est presque toujours généralisé; Unna en distingue trois formes, l'eczéma de dentition, l'eczéma tuberculeux et l'eczéma séborrhéique.

L'eczéma de dentition est fréquent. En réalité, il se rattache à des troubles digestifs. Il respecte généralement les plis et prédomine dans les parties centrales du visage, particulièrement aux joues. Les lésions y sont très rouges, très vésiculeuses, très suintantes, très prurigineuses. Il résiste aux divers modes de traitement.

Cette forme est souvent liée au prurigo de Hebra, qui se présente sur le corps sous une forme quelconque, discrète, ou associée à des plaques d'eczématisation chronique. Dans ces cas, l'eczéma de la face est généralement très œdémateux: les téguments sont épaissis, lichénifiés, mais la lichénification est plus diffuse que dans les eczémas du reste du corps; la peau est plus épaisse, et moins résistante au doigt que sur les bras, par exemple.

L'eczéma tuberculeux de Unna est à proprement parler un eczéma des lymphatiques. Consécutivement à des inflammations chroniques de la conjonctive, du nez, de l'oreille moyenne ou simultanément, on voit, dans les plis de la face, un état rouge, avec œdème vague de la peau, des croûtes, un léger suintement; s'il existe des vésicules, elles sont volumineuses; on constate des polyadénopathies; le bord libre des paupières est souvent intéressé. Cet eczéma est peu prurigineux. S'agit-il réellement d'eczéma ou de dermite impétigineuse? Souvent on trouve sur la face, en dehors des plis malades, des foyers d'impétigo vulgaire; souvent l'affection a été mal traitée, ou respectée par les parents imbus des préjugés populaires.

L'eczéma séborrhéique atteint, de préférence, les plis, le front, les paupières, les parties postérieures des yeux; il coexiste avec des croûtes et des squames sur le cuir chevelu, des lésions des oreilles et surtout du sillon rétro-auriculaire (Voy. *Séborrhéide eczémateuse*).

Chez l'adulte, l'eczéma généralisé de la face est, en général, aigu; chronique, il se limite, se systématisé à certaines régions; souvent, il complique la séborrhée grasse et l'acné.

L'eczéma aigu des paupières y amène une rougeur intense, du gonflement, parfois même l'occlusion de la fente et l'ectropion. Par la fente s'écoule un liquide jaunâtre qui se concrète en croûtes.

Deux formes d'allure chronique méritent une mention spéciale: ce

sont l'eczéma conjonctivo-palpébral, qui s'associe souvent à l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu (Leloir), et l'eczéma ciliaire. Celui-ci se traduit par de la rougeur, ou simplement quelques croûtes et la chute fréquente des cils ; les auteurs insistent sur son association fréquente avec l'eczéma chronique des régions occupées par les moustaches et par la barbe ; nous ajouterons à cette liste la rhinite chronique.

Besnier distingue quatre formes d'eczéma des lèvres : une orbiculaire, une hypertrophiante, une pileire sous-narinaire et une séborrhéique de la partie rouge des lèvres.

La première est une affection suintante ou sèche, fissurée, fendillée, dessinant de fines rhagades qui rayonnent autour de l'orifice buccal, se localisant aux commissures où il s'éternise, et où il peut simuler des plaques syphilitiques commissurales, — très pénible, en raison de la défiguration et des douleurs ou de la gêne fonctionnelle, que renouvelle incessamment l'écartement des fissures dans tous les mouvements de la bouche.

Cet eczéma est souvent dû à des altérations de la salive, à l'usage de dentifrices irritants, en particulier de ceux qui contiennent du salol.

L'eczéma hypertrophiant des lèvres supérieure ou inférieure est lié à une lymphangite chronique de ces régions, due elle-même à des infections nasales chroniques : les lèvres sont tuméfiées ; les lésions eczématisées y présentent une teinte un peu violacée ; elles sont torpides, peu suintantes.

Sous le nom d'eczéma séborrhéique de la partie rouge des lèvres, on comprend des lésions vues par Bateman, décrites par Rayer, et sur lesquelles Besnier et l'un de nous (H.) (1) ont attiré à nouveau l'attention. A la surface de la partie rouge des lèvres, se produisent et se renouvellent des squames plus ou moins larges, adhérentes à leur centre, tandis qu'elles se détachent sur les bords. Cette affection, très rebelle, s'accompagne d'une tension gênante ; de temps à autre, surviennent des poussées aiguës, accompagnées de rougeur et de gonflement. Fréquemment, on constate autour de la bouche des lésions d'eczéma séborrhéique vrai.

Nous ne sommes pas bien fixés sur la nature, les lésions, la définition précise des « *eczémas pileires* » qu'on observe aux lèvres et sur la région de la barbe. On comprend, sous ce nom, toutes les infections accompagnées de rougeur, non suppuratives en surface ou en profondeur, et ne formant pas de nodules ; mais, souvent, elles s'associent à des lésions de suppuration superficielle, ou à des infiltrations profondes, que l'on désigne sous le nom de sycosis ou de folliculites suppuratives (*ubi infra*).

(1) HALLOPEAU. S. F. D., 1891.

L'eczéma pileire de la lèvre supérieure est toujours lié à un coryza, parfois aigu, généralement chronique. Nous l'avons vu unilatéral dans un cas où une seule narine était prise du même côté, et associé à une conjonctivite (L.). Le début peut se faire par de petites vésicopustules à centre pileire (Besnier). On observe de la rougeur, de la tuméfaction, que masquent les sécrétions retenues dans les poils de la moustache. La région épilée paraît rouge, non suintante. Cet eczéma s'étend, dans quelques cas, au menton, après avoir envahi toute la région de la moustache.

A la barbe, on observe, souvent chez les individus rasés qui s'adressent au coiffeur, exceptionnellement chez ceux qui se rasent eux-mêmes, de petits foyers disséminés, vésiculeux, offrant des croûtes jaunâtres. Ces lésions peuvent être considérées comme de l'impétigo, mais elles sont parfois suivies d'une eczématisation rebelle, chez les sujets qui sont mal traités et chez les prédisposés. Souvent, elles sont le début du sycosis.

L'eczéma vésiculeux prend, au cou, des caractères précis et on peut y distinguer en général l'eczéma vrai, rouge, très œdémateux, prurigineux, suintant, en collier, de l'eczéma séborrhéique, qui occupe la partie postérieure du cou et est en relation avec un eczéma semblable du cuir chevelu.

La première forme présente deux caractères importants : son irritabilité, et la faculté avec laquelle elle se lichénifie, lorsqu'elle persiste.

L'eczéma des aisselles s'observe chez des sujets gras, surtout chez la femme ; il est lié à l'hyperhidrose et à toutes les causes qui amènent le séjour de la sueur dans cette région, telles que les plis des vêtements, les gilets de flanelle, etc. Il se complique d'infections secondaires profondes, de furoncles et d'abcès de l'aisselle.

L'eczéma des membres supérieurs atteint de préférence les régions antérieure et interne ; souvent, il se localise ou prédomine aux plis des coudes. Aux mains, il atteint surtout la face dorsale, les faces de contact des doigts, même en dehors de la gale.

L'eczéma de la paume des mains forme parfois de larges vésicules qui soulèvent à peine la couche cornée ; à la fin, celle-ci s'exfolie à leur niveau. En général, on dénomme *eczéma palmaire* des lésions squameuses dont la nature ne peut être toujours établie par la présence de lésions eczématisées légitimes à la face dorsale, et on confond sous ce terme, outre l'eczéma vrai, des lésions de dermatite artificielle (L.) et des kératoses variées.

L'eczéma *péri-onyxique* est caractérisé par la présence des lésions eczématisées de la peau qui entoure la base de l'ongle ; elle est œdémateuse, rouge, suintante ; l'ongle peut se décoller et tomber ; on constate alors l'eczématisation de son lit.

Chez les eczémateux invétérés, on peut observer des altérations de

L'ongle lui-même : il s'épaissit, se dessèche, s'exfolie parfois; l'altération la plus légère est constituée par des stries et des ponctuations de la surface. Lorsque ces lésions s'observent en dehors de l'eczéma ancien ou actuel, le terme eczéma unguéal n'a aucune valeur clinique, car on constate des lésions analogues dans le psoriasis, et même, si elles sont intenses, dans la trichophytie, le favus de l'ongle, et diverses dystrophies congénitales ou acquises, de nature indéterminée.

L'eczéma du mamelon et de l'aréole, qui peut s'étendre à une plus ou moins grande partie de la surface des seins, a surtout pour étiologie la lactation, et la gale : il est en général fissuré, couvert de croûtes, modifié par les infections secondaires au niveau du mamelon ; sur le sein, on trouve les vésicules, les squames fines, la rougeur qui sont le propre de l'eczéma.

L'eczéma intertrigineux sous-mammaire est fréquent chez les femmes obèses dont les seins ne sont pas suffisamment relevés.

L'eczéma du nombril est souvent latent ; on l'observe en dépliant la peau, chez des sujets gras, caractérisé par un peu de rougeur avec des croûtes indurées ; il peut s'étendre au pourtour de la région et même se généraliser.

L'eczéma de la région pubienne peut être l'une des localisations d'un eczéma disséminé, ou résulter de l'extension d'un eczéma vulvaire ; il est prurigineux au plus haut degré et présente fréquemment des complications de folliculite pileaire. C'est le plus souvent une séborrhéide (H.).

On observe, le plus souvent chez des enfants ou des vieillards dont le prépuce est trop développé et lorsque, pour une raison ou pour une autre, quelques gouttes d'urine restent, après chaque miction, sur sa face interne, particulièrement chez des diabétiques, des lésions qui prédominent à la face interne de cette membrane ; la peau est rétractée, épaissie ; on y constate des fissures plus ou moins profondes, plus ou moins suintantes ; ce sont des lésions de dermatite artificielle chronique ; elles peuvent s'associer à une eczématisation légitime qui s'étend sur le fourreau. L'eczéma du gland, qui se présente sous forme diffuse ou en disques isolés, est habituellement non suintant, et, si le gland est découvert, d'aspect ambigu, psoriasiforme ou syphiloïde. Il est des plus rebelles (Besnier).

Sauf dans l'eczéma aigu, où la rougeur et la tuméfaction sont vives, l'eczéma du scrotum ne s'accompagne pas de lésions très visibles, mais il tourmente le malade par un prurit intense. Souvent il se lichénifie. Cet eczéma s'étend facilement sur le périnée et la face interne de la cuisse. Fréquemment, l'eczéma du scrotum est dû au séjour de l'urine qui tombe sur les bourses chez les rétrécis et les prostatiques dont l'urètre se vide mal (1).

(1) Diabétides de Fournier. — Ce sont des lésions eczématoïdes, quelquefois des plaques érythémateuses qui surviennent chez les diabétiques. En

L'eczéma vulvaire est dû d'ordinaire, soit à une vaginite ou une urétrite, soit à une altération de l'urine.

Lorsque l'eczéma péri-anal n'a pas pour origine un eczéma du périnée antérieur, il est dû à des lésions de l'anus, aux hémorroïdes enflammées, à des soins de propreté insuffisants, à l'irritation que produisent des matières diarrhéiques. Parfois aigu, il est généralement chronique ; il est très prurigineux, surtout la nuit, et se lichénifie facilement ; les plis radiés de la région sont alors indurés et épaissis ; parfois ils deviennent le siège d'excoriations très douloureuses au moment de la défécation qui se trouve ainsi singulièrement gênée.

Les eczemas de la partie supérieure des cuisses se rattachent souvent à un eczéma scrotal, vulvaire, ou périnéal. Ils reconnaissent les mêmes causes que ceux-ci et se lichénifient aisément. L'obésité, l'hyperidrose sont des conditions qui en favorisent le développement.

Besnier insiste sur la vulnérabilité du creux poplité par rapport à l'eczéma, et sur la fréquence des cas dans lesquels cette région devient le siège d'un premier foyer ou le reliquat d'un eczéma généralisé ; il explique cette susceptibilité par la finesse qu'y présente la peau, ainsi que par les mouvements incessants et l'hyperidrose dont elle est le siège.

Parmi les lésions comprises sous le nom banal d'eczéma variqueux, un grand nombre sont des lésions de lymphangite chronique (Leredde) qui, quelquefois, sont eczématisées à leur surface, et qu'on confond à tort dans la description de l'eczéma. Cependant, on observe souvent des lésions initialement eczématoïdes chez des variqueux ; ce sont des plaques souvent presque sèches, squameuses, fortement pigmentées, qui persistent, sans tendance à la rétrocession, le malade continuant à marcher ; puis, pour des raisons qui paraissent insignifiantes, elles suintent ; la rougeur, l'œdème local s'accroissent. L'eczéma s'étend parfois, au membre et sur le corps et peut s'y généraliser.

L'eczéma des pieds s'observe surtout chez des hyperidrosiques. Il peut se présenter sous une forme banale entre les orteils, et à la face dorsale ; à la face plantaire, il se caractérise surtout par de l'hyperkératose, parfois excessive, et des fissures plus ou moins marquées.

DIAGNOSTIC. — Affection polymorphe, et susceptible de se combiner à des altérations et à des infections multiples de la peau, l'eczéma peut être confondu avec un grand nombre de dermatoses.

À la période érythémateuse, sur la face, il peut être pris pour un érysipèle : dans celui-ci, l'œdème est plus considérable, les limites sont mieux marquées, la température locale et générale est plus élevée, il se produit souvent des adénopathies, il peut exister une angine, etc.

général, elles s'accompagnent de suintement et d'œdème ; le prurit y est intense et leur lichénification s'observe fréquemment.

Elles atteignent les parties génitales et peuvent s'étendre sur les aines. Chez l'homme, le gland et le prépuce sont surtout intéressés ; à l'état chronique, c'est une véritable balano-posthite avec épaississement du prépuce et phimosis.

Aux mains, et même sur le reste du corps, à la suite d'applications irritantes, on peut confondre l'eczéma aigu avec une *dermite artificielle*. Lorsque celle-ci est aiguë, l'œdème est intense ; souvent la forme des lésions, régulière et géométrique, révèle une application externe ; enfin les commémoratifs permettent en général de remonter à l'origine.

Lorsqu'on hésite entre une dermatite artificielle et un eczéma, c'est que les deux affections sont associées.

A la période vésiculeuse, l'eczéma aigu peut rappeler la *miliaire sudorale* : celle-ci occupe le tronc et les bras, les vésicules y sont très fines comme dans l'eczéma, mais, en général la rougeur se limite autour d'elles et n'est diffuse que dans des cas rares. Du reste, les lésions n'aboutissent pas au suintement eczématisé.

La *dysidrose* est une affection assez mal limitée nosologiquement et qui est souvent confondue avec l'eczéma. Dans son type clinique pur, la maladie se caractérise par des vésicules ou des bulles assez volumineuses, qui se reproduisent surtout aux paumes des mains, à la face interne des doigts, à la plante des pieds et se développent sans rougeur ni prurit. Elles aboutissent, soit à la rupture sans suintement consécutif, soit à l'exfoliation.

La limitation nette des groupes de l'*herpès fébrile*, leur siège habituel autour de l'orifice buccal, leur durée éphémère ne permettent pas de les confondre avec l'eczéma.

L'*impétigo* diffère cliniquement de l'eczéma par le caractère mélicérique des croûtes, leur chute rapide, l'absence de lésions eczémateuses consécutives. Nous rappelons que cette maladie et l'eczéma peuvent s'associer (Voy. *Eczéma impétigineux*).

Les *dermatites exfoliatrices*, à leur début, sont souvent confondues avec l'eczéma aigu généralisé. Au bout de quelques jours, le diagnostic se fait, par l'absence du suintement et l'exfoliation.

Lorsque l'eczéma est parvenu à la période chronique, ou lorsqu'il s'agit d'un eczéma chronique d'emblée, le diagnostic est généralement facile, si la surface eczématisée a ses caractères bien nets, ou si tout au moins l'on prend soin de la débarrasser des croûtes, des infections superficielles qui peuvent en modifier l'aspect. Le suintement, que l'on peut exagérer par le caoutchouc, la présence de points rouges répondant aux vésicules, la limitation peu précise des bords, sont les éléments essentiels du diagnostic.

Cependant, certains eczématisés figurés, à bords nets, sont très difficiles à diagnostiquer de certaines *trichophyties* : dans le doute, le diagnostic ne peut être établi que par l'examen microscopique.

L'eczéma ne peut guère être confondu avec le *psoriasis*, au contraire des séborrhéides squameuses.

On peut considérer les *lésions eczématisées du mycosis fongique* comme résultant d'infections superficielles développées sur la peau atteinte par le mycosis. Quoi qu'il en soit, celui-ci peut se révéler

simplement par des plaques diffuses d'eczéma sec. Le prurit plus intense que dans les eczématisés non suintants, l'épaississement de la peau, le volume considérable des adénopathies, et surtout l'examen histologique permettront le diagnostic. Mais, en général, on trouve dans le mycosis d'autres caractères tels que des infiltrations dures, des lésions érythémateuses, des formes figurées, qui le font reconnaître sans même qu'il soit nécessaire d'observer les tumeurs.

L'*eczéma lichénifié* doit être distingué des lichénifications primitives. On sait que le lichen circonscrit de Vidal, Brocq et Jacquet comprend, dans les cas complets, trois zones, une de pigmentation, une de papules isolées, une de papules confluentes, séparées par des plis dessinant un quadrillage plus ou moins régulier ; sa surface est sèche ; souvent, on y trouve des lésions de grattage qui n'appartiennent pas à l'eczéma (1). Les plaques d'eczéma lichénifié se rencontrent surtout sur la main ; elles sont mal limitées, sans papules isolées ni pigmentation périphérique ; on trouve des lésions eczématisées légitimes en dehors d'elles. Dans d'autres régions, le diagnostic devient souvent difficile ; en réalité, on a souvent, *peut-être toujours*, affaire à du lichen circonscrit avec eczématisation superficielle.

Certaines formes locales d'eczéma donnent lieu à des erreurs assez communes : nous mentionnerons, par exemple, l'eczéma du sein, qu'on peut confondre avec la *maladie de Paget* du mamelon (épithéliomatose superficielle du mamelon, de l'aréole et de la peau voisine). Ici les bords sont nettement dessinés et légèrement saillants (H.) (2), la rougeur est plus prononcée ; la peau offre une « infiltration papyracée » (Wickham) ; enfin, peu à peu, le mamelon se rétracte. Du reste, l'eczéma chronique du sein est rare en dehors de la gale et de la lactation. Dans le doute, on pratiquerait une biopsie.

L'*eczéma folliculorum* de M. Morris est caractérisé par des plaques arrondies disséminées, où l'on trouve des petites taches rouges, périfolliculaires avec desquamation centrale. Ces plaques guérissent du centre à la périphérie. Il est probable qu'il s'agit d'une infection cutanée différente de l'eczéma vrai.

PRONOSTIC. — Il est des plus variables : alors que, chez certains sujets, les poussées eczémateuses sont de courte durée et ne se renouvellent pas, chez d'autres, au contraire, la maladie s'installe pour ainsi dire en permanence et dure des mois, des années ou même toute la vie : la question de *terrain* est, à cet égard, prédominante.

(1) Tenneson insiste sur l'absence des lésions de grattage dans l'eczéma vrai. Toutes les fois, dit-il, qu'il existe des lésions de grattage chez un eczématisé, le grattage est dû à une autre cause, à un prurigo de cause externe (gale, phthiriose, etc.), ou interne. Il en est donc de même, à cet égard, pour l'eczéma que pour l'érythrodermie mycosique et le lichen de Wilson ; l'un de nous (H.) a admis qu'il se produit, dans ces dermatoses, une modification du corps papillaire qui l'empêche de réagir, comme chez les sujets sains, par la production de papules prurigineuses.

(2) HALLOPEAU, Mal. de Paget (*Réunion des médecins de l'hôpital Saint-Louis, 1889*).