

foncée, très molles, non douloureuses; leur surface se recouvre de croûtes brunes, épaisses, ou est dénudée; on voit alors des pustulètes et des orifices multiples; à la pression, on obtient du pus et souvent du sang. Ces plaques ne s'accompagnent d'aucune infiltration profonde. Parfois, elles prennent un caractère inflammatoire; la peau est, tout autour, rouge et chaude. Elles se terminent par des macules.

Les plaques saillantes peuvent se rencontrer au visage, aux membres inférieurs.

Des ulcérations ont été décrites à la suite de l'acné bromique, ulcérations suintantes, à fond souvent papillomateux et végétant.

On a observé encore des lésions microbiennes de la peau, sans caractères propres, pustules d'ecthyma, furoncles, anthrax.

Des bulles volumineuses, occupant le dos des mains, ont été observées dans l'intoxication bromo-potassique comme dans l'intoxication iodurique, mais à titre exceptionnel (1).

Il existe d'autres formes éruptives rares: ce sont des lésions d'érythème parfois généralisé, de type rubéolique, douloureux, fébrile; des indurations violacées, siégeant surtout aux membres inférieurs, rappelant l'érythème noueux, quelquefois compliquées de vésicules et d'ulcérations, se terminant par desquamation; des pomphi urticariens. Voisin a observé la pigmentation de la face.

Le prurit est rare; cependant Besnier a observé des phénomènes de prurigo intense et persistant.

Rappelons que les éruptions bromuriques ne s'accompagnent que très rarement de manifestations du côté des muqueuses. L'haleine des malades est habituellement fétide.

Le *traitement* est le même que celui des éruptions ioduriques. Féré a insisté sur l'utilité de l'antisepsie intestinale.

QUININE. — Les éruptions dues à la quinine sont rares; ce sont surtout des érythèmes limités, souvent de type urticarien; la forme érythémateuse généralisée est exceptionnelle; dans un cas de Leggatt, tout le tégument était intéressé, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds. L'éruption peut être scarlatiniforme, s'accompagner d'œdème intense, et se terminer par desquamation.

Des formes bulleuses, rares également, peuvent simuler un érythème polymorphe. Le prurit y a été souvent signalé.

Brocq s'est demandé s'il n'existait pas des éruptions érythémato-pigmentées fixes, d'origine quinique, analogues à celles de l'antipyrine.

Le début des éruptions peut être marqué par des signes généraux (fièvre, malaise...), analogues à ceux des éruptions d'origine antipyrinique.

IODOFORME. — L'iodoforme étant beaucoup plus fréquemment employé à titre externe que par voie interne, les éruptions d'origine

(1) JACQUET, A. D., 1886 et 1889.

externe sont nécessairement les plus communes (Voy. *Dermatites de cause chimique* p. 247); cependant, on a observé à la suite de l'absorption par voie digestive ou de la respiration de vapeurs d'iodoforme (Touton), des accidents cutanés constitués par des papules, des vésicules et des bulles. Janovski a vu un cas de purpura. Ces accidents sont associés en général à des phénomènes d'intoxication générale grave, fièvre, troubles nerveux, troubles gastriques.

BALSAMIQUES. — (**COPAHU-CUBÈBE**). — Les éruptions dues aux balsamiques s'observent exclusivement chez des individus atteints de blennorrhagie; c'est là un fait des plus remarquables que Besnier, Perrin ont mis en lumière. D'autre part, les caractères des éruptions qui surviennent chez des blennorrhagiques n'ayant pris aucun balsamique peuvent rappeler de très près celles qui paraissent dues à ces agents.

Les éruptions se développent, en général, de deux à huit jours après le début du traitement par l'opiat. Les cas bénins sont de beaucoup les plus fréquents, et aussi les plus caractéristiques: on observe, autour des grandes articulations, surtout des genoux, des coudes, des poignets, des malléoles, particulièrement du côté de l'extension, ainsi que sur la face dorsale des mains et des pieds, des taches rosées ou rouges, prurigineuses, qui deviennent papuleuses, parfois nettement ortiiées. Bazin a signalé l'œdème des tissus sous-jacents.

Les saillies érythémateuses ont des bords précis ou irréguliers; souvent, elles deviennent confluentes et se disposent en plaques à contours déchiquetés. Elles peuvent se développer à distance des articulations, et l'éruption se généralise parfois de cette manière.

Les lésions persistent de deux à quatre jours, puis disparaissent; parfois, elles s'accompagnent d'une fine desquamation.

Des accidents cutanés plus graves ont été observés; on a signalé toutes les formes d'érythèmes, limités ou généralisés, de préférence scarlatiniformes morbilliformes, parfois purpuriques, aux membres inférieurs, ou bulleux (Hardy).

Dans leurs formes étendues, les éruptions balsamiques sont, en général, précédées par des prodromes, tels que de la fièvre, de la céphalée, de l'inappétence; au bout de deux jours, l'éruption apparaît, précédée ou accompagnée de prurit et de troubles oculaires, pharyngés, laryngés (conjonctivite, angine et laryngite superficielles).

Même sous cette forme intense, les éruptions sont sans gravité; elles sont souvent suivies de desquamation, leur durée est de huit à dix jours. La blennorrhagie n'est pas modifiée par ces complications.

Les éruptions balsamiques disparaissent spontanément, même si on continue l'emploi du copahu (Besnier). Lorsque le malade après l'avoir cessé, le reprend à une période ultérieure, il est exposé à une nouvelle éruption, mais souvent elle ne se produit pas.

Le *diagnostic* des éruptions balsamiques est facile dans les cas ordinaires, grâce au siège exclusif ou à la prédominance de lésions érythémateuses, papuleuses, ortiées sur certaines régions, et au prurit. Les autres formes n'ont aucun caractère spécial; le diagnostic ne se fait que par les commémoratifs.

Il est impossible de distinguer les éruptions dues au cubèbe de celles que produit le copahu, car les premières sont rares, mal déterminées.

En général, on a affaire à des éruptions mixtes, les deux médicaments ayant été associés sous forme d'opiat.

Le santal a été accusé de provoquer des éruptions analogues à celles du copahu.

MERCURE. — **SYNONYMIE :** *Hydrargyrie cutanée.*

ÉTILOGIE. — Quand elle est due à une cause externe (applications de pansements de sublimé), l'*hydrargyrie cutanée* se développe d'abord sur les régions qui ont été en contact avec les composés mercuriels; c'est ainsi que, consécutivement à des injections vaginales, elle se manifeste à la partie interne des cuisses; mais, rapidement, elle peut envahir de nouvelles régions. Les lésions sont alors aussi étendues que dans les éruptions de cause interne, tout en étant plus intenses sur les points qui ont été irrités à l'origine (1).

Tous les composés mercuriels, solubles ou insolubles, absorbés par voie digestive, pulmonaire, sous-cutanée, intra-musculaire, ou intra-veineuse, peuvent déterminer des réactions toxiques de la peau. La dose, la durée d'administration du mercure ont une importance secondaire: la susceptibilité individuelle joue le premier rôle.

L'absorption du calomel par l'intestin est une cause fréquente d'*hydrargyrie*.

Le mode d'administration et la variété des sels employés sont à considérer: tel individu, sensible au protoiodure, ne le sera pas aux frictions. Les récidives sont communes quand on reprend l'administration du mercure chez des sujets qui ont déjà eu des éruptions. Cependant, la sensibilité paraît moins durable pour cet agent que pour d'autres toxiques et peut disparaître chez certains individus.

Les lésions viscérales qui retardent l'élimination mercurielle (affections vasculaires et rénales) prédisposent aux accidents cutanés.

Fait remarquable, les accidents cutanés n'existent pas toujours dans les intoxications mercurielles même sérieuses, et ils ne sont pas toujours accompagnés d'autres accidents toxiques; la stomatite elle-même n'est pas constante. On a constaté, dans certains cas, l'élimination du mercure par la peau, bien que la sueur ne serve qu'accessoirement à l'élimination du médicament.

SYMPTÔMES. — Il existe des faits d'érythème rubéolique, d'urticaire,

(1) MOREL LAVALLÉE, *Hydrargyrie pathogénétique* (Revue de médecine, 1891).

de purpura, d'origine mercurielle; en général, ces accidents s'associent à ceux que nous allons décrire (1).

Dans l'intoxication d'origine interne comme dans celle d'origine externe, l'éruption suit souvent de près l'administration du mercure; souvent, elle apparaît d'abord sur les aines, la face interne des cuisses, la partie inférieure de l'abdomen, le scrotum; elle est précédée par un prurit intense, avec sensation de chaleur et sécheresse de la peau. Elle peut se limiter aux régions primitivement envahies ou s'étendre au tronc, en particulier aux aisselles, et se généraliser, en prédominant sur les faces de flexion et dans les plis.

On observe d'abord de petites taches rouges, légèrement saillantes, nettement arrondies, développées (Besnier) autour des orifices sébacéopilaires. L'exanthème, à ce moment rubéolique, devient scarlatiniforme par extension des taches qui entrent en confluence au moins sur le tronc: elle restent fréquemment isolées sur les membres; elles peuvent être purpuriques aux extrémités inférieures.

La peau a une couleur rouge sombre. Souvent, elle offre un pointillé analogue à celui de la scarlatine; elle est tendue, tuméfiée, épaissie. A la face, aux paupières surtout, et aux parties génitales, l'œdème devient apparent, parfois excessif.

La vésiculation est presque fatale: les vésicules sont extrêmement fines se rompent rapidement, et une période de suintement s'établit. Les phases anatomiques rappellent ainsi celles de l'eczéma, d'où le nom d'*eczéma mercuriel*. Des phlyctènes s'observent dans les cas graves, surtout dans les régions où la couche cornée est résistante, telles que les paumes des mains, les plantes des pieds. Le malade exhale une odeur fétide.

Le suintement est formé par un liquide séreux, poisseux, collant. Dans les plis, où il est très abondant, le corps muqueux est mis à nu. Dans les autres régions, la desquamation peut s'établir sans suintement appréciable; elle a lieu du huitième au dixième jour.

Sur les plis, les régions de flexion, les squames sont fines, irrégulières, minces; sur les faces d'extension, elles sont larges et plus épaisses. A la paume des mains, à la plante des pieds, la desquamation se traduit par la formation de véritables lambeaux cornés et de doigts de gant. Des exfoliations successives peuvent se produire; la peau peut rester dure et écaillée. On a observé la rougeur et la desquamation des muqueuses buccale et pharyngée.

Dans certains cas, peut-être par le mécanisme d'une infection secondaire, au lieu de squames, on observe des croûtes, minces ou épaisses, molles ou résistantes: le visage peut être ainsi couvert de produits impétigineux. Au cuir chevelu, on constate une desquamation séborrhéique ou un état impétigineux.

(1) HALLOPEAU, *Le mercure, action physiologique et thérapeutique* (Paris 1878).

A cette période où la peau est ouverte, on observe, dans les cas graves, chez les sujets profondément intoxiqués, des accidents d'infection cutanée plus sérieux, tels que furoncles, idrosadénites, abcès superficiels et profonds, ulcérations et gangrènes de la peau. La fièvre est commune. Les inoculations sont souvent le fait du grattage : le prurit se prolonge jusqu'à la disparition de toute rougeur cutanée.

La chute des poils et des ongles est fréquente. On a signalé des lésions unguéales, sans périonyxis (épaississement, déformation, effritement...).

Les accidents cutanés de l'hydrargyrisme peuvent persister pendant un temps extrêmement long après la suppression du médicament. La desquamation commence du deuxième au quarantième jour, et peut se prolonger pendant cinq mois (Morel Lavallée).

Des phénomènes généraux précèdent et accompagnent l'éruption dans les cas graves. La température peut s'élever à 40°, accompagnée de frissons, de sueur. L'anorexie est absolue; la prostration, très marquée, s'accompagne d'accidents nerveux graves d'ictère, de dyspnée...; nous n'avons pas à insister sur ces complications non plus que sur les autres accidents viscéraux de l'intoxication (1).

Alley (1804) a distingué, dans l'intoxication mercurielle, une forme bénigne limitée sans symptômes généraux, une forme fébrile limitée ou généralisée, et une forme maligne avec accidents généraux graves pouvant entraîner la mort.

DIAGNOSTIC. — Il importe de se rappeler, pour le diagnostic, que l'absorption d'une pilule mercurielle, une injection vaginale, une prise de calomel, peuvent être suivies d'hydrargyrie cutanée.

Au visage, les éruptions hydrargyriques peuvent simuler l'érysipèle; mais elles ne le font que dans les formes généralisées ou dans les hydrargyries d'origine externe, et, dans un cas, les lésions du corps, dans l'autre, les commémoratifs permettent le diagnostic. Du reste, la vésiculation et le suintement établis, aucune confusion n'est possible.

Les phases de vésiculation et de suintement n'appartiennent pas aux érythèmes scarlatiniiformes, mais on n'observe parfois le malade qu'à la période d'exfoliation : les commémoratifs permettent seuls alors de reconnaître l'hydrargyrie.

La scarlatine vraie ne débute pas dans les mêmes régions que l'hydrargyrie généralisée; elle ne s'accompagne ni de suintement, ni de vésiculation. La desquamation commence alors que la rougeur disparaît sur les régions où l'éruption a commencé (Besnier).

TRAITEMENT. — L'élimination du mercure sera favorisée par tous

(1) Les lésions sanguines dans les éruptions mercurielles sont parfois extrêmement marquées. Dans un cas, nous avons trouvé une leucocytose s'élevant jusqu'à 18000, avec des altérations importantes de l'équilibre leucocytaire (L.).

les moyens possibles, particulièrement par les purgatifs et les diurétiques en tête desquels il faut placer le lait.

Pour éviter les infections secondaires, les pansements humides, à l'eau bouillie, additionnée de 30 grammes de borate de soude par litre seront indispensables; les croûtes seront enlevées par des pulvérisations : en somme, la peau sera mise dans un état d'asepsie aussi parfait que possible.

NITRATE D'ARGENT. — Il existe un fait de Charcot où l'administration du nitrate d'argent fut suivie d'une éruption érythémato-papuleuse, prurigineuse. L'*argyrie* proprement dite est rare : elle est caractérisée par une pigmentation qui prédomine sur la face et les régions de flexion; les gencives sont également pigmentées; la pigmentation a une couleur ardoisée spéciale.

ARSENIC. — Parmi les éruptions toxiques, les éruptions arsénicales sont celles qui ont les caractères les plus particuliers.

Elles ont été étudiées surtout par Imbert Gourbeyre, Bazin, Rollet, Prince Morrow, Besnier, Rasch; G. Brouardel, Méneau (1).

ÉTILOGIE. — La peau est un des émonctoires essentiels de l'arsenic. Cependant, les éruptions arsénicales médicamenteuses ne sont pas très communes : la prédisposition individuelle joue ici encore le rôle de facteur prédominant.

Dans les intoxications aiguës, les accidents cutanés sont fréquents.

SYMPTOMES. — 1° *Éruptions par contact externe de l'arsenic et de ses composés.*

Les éruptions dues à l'action directe sur la peau des composés arsénicaux s'observent surtout chez les mineurs, les fabricants de couleurs arsénicales, les ouvriers en fleurs artificielles, en papiers peints (G. Brouardel).

Aux points de contact, survient de la rougeur, puis se développe une dermatite douloureuse, avec formation de vésicules de pustules, et parfois d'ulcérations : elle aboutit à une large desquamation. Méneau insiste sur la chute des poils.

Souvent, des lésions érythémateuses, vésiculeuses, pustuleuses se développent à distance, peut-être par transport direct, en particulier aux organes génitaux externes où l'extension est très fréquente.

Le contact des composés arsénicaux peut du reste amener une intoxication générale, suivie elle-même d'accidents cutanés semblables à ceux qui suivent l'ingestion par voie interne.

2° *Éruptions consécutives à l'absorption par voie interne.*

Les intoxications aiguës déterminent des accidents assez comparables à ceux que provoque le contact des composés arsénicaux, mais plus graves. Ce sont fréquemment des lésions érythémateuses, érysypélateuses, vésiculeuses et vésiculo-pustuleuses; quelque-

(1) RASCH, *D. arsenicales* (A. D., 1893). — G. BROUARDEL, *Thèse de Paris*, 1897. — MÉNEAU, *Éruptions arsénicales* (A. D., 1897).

fois, des papules, rappelant les syphilides, mais moins cuivrées, atteignant le cou, le visage, les mains (Méneau); quelquefois, de l'urticaire, du purpura, et même des lésions gangréneuses, par exception, une éruption bulleuse aiguë.

Les sièges préférés de ces éruptions sont le tronc, la racine des membres et les organes génitaux. Elles s'accompagnent habituellement d'un prurit quelquefois très intense. Souvent, elles aboutissent à la desquamation; on a signalé même des lésions de desquamation sans lésion apparente sous-jacente.

Tous les accidents cutanés de l'intoxication aiguë peuvent s'observer dans l'intoxication lente, d'origine criminelle, professionnelle, ou médicamenteuse. D'autre part, lorsque l'intoxication aiguë guérit, elle peut se terminer par les accidents plus particuliers à l'intoxication chronique (kératose, mélanodermie).

On a vu survenir des érythèmes rubéoliques, scarlatiniformes ou même exfoliants (Rasch), des lésions vésiculeuses, pustuleuses, bulleuses, urticariennes, du purpura. Nielszen a observé fréquemment le zona signalé par Hutchinson.

Nous devons une mention spéciale aux œdèmes, à la mélanodermie, à la kératose et aux lésions des phanères.

Les œdèmes, en l'absence de néphrite, ont été fréquemment remarqués. Ils sont limités à une région quelconque du corps ou généralisés, passagers en général.

La mélanodermie généralisée, qui peut être consécutive à l'emploi de doses faibles, peu prolongées; c'est un accident rare; G. Brouardel n'en a réuni que 24 cas; mais souvent, il existe des pigmentations limitées.

Ce sont des taches bronzées qui s'étendent peu à peu et peuvent confluer. Au degré le plus élevé, la peau peut devenir aussi noire que celle d'un nègre (Méneau). L'intensité n'est pas uniforme; les régions exposées au contact de l'air sont beaucoup moins foncées que les autres, au contraire de la maladie d'Addison. La plante des pieds, la paume des mains restent indemnes dans les cas les plus généralisés (Schlesinger).

Mathieu a observé des formes où la pigmentation était parsemée de taches moins sombres, ou même de parties au niveau desquelles la peau avait sa coloration normale.

Parfois, la distribution de la pigmentation est commandée par des altérations de la peau: c'est ce qu'on peut observer chez des psoriasis traités par l'arsenic; on a vu la pigmentation se localiser au niveau de plaques psoriasiques en évolution ou guéries.

La pigmentation disparaît lentement lorsqu'on cesse l'administration de l'arsenic; elle peut aboutir à la desquamation.

La muqueuse buccale peut présenter diverses lésions dues à l'arsenicisme-telles que de la gingivite, des ulcérations. Sa pigmentation

est exceptionnelle; cependant, dans un fait récent, Enriquez et Lereboullet (1) ont observé une teinte ardoisée de la face interne des lèvres.

La *kératodermie* a été décrite par E. Besnier: elle se traduit par l'épaississement de la couche cornée à la paume des mains et à la plante des pieds; quelquefois, la couleur est foncée avec quelques points d'hyperpigmentation; parfois se développent des saillies cornées verruqueuses; dans un cas de Juliano Hereira, elles avaient pour centre les orifices sudoripares. Hardaway a signalé la coexistence de saillies brunes et rugueuses au niveau des articulations sur la face dorsale des doigts. Radcliffe Crocker rattache l'hyperkératose à l'hyperhidrose plantaire et palmaire, fréquente au cours des empoisonnements par l'arsenic.

Enfin, Hutchinson a rapporté plusieurs cas où les lésions kératomiques étaient devenues papillomateuses et avaient abouti à l'épithéliome avec mort consécutive.

Les lésions des phanères telles que l'alopécie totale ou partielle des altérations des ongles sont fréquentes.

SALICYLATE DE SOUDE. — Rathery (2) et Vulpian ont vu ce médicament provoquer des éruptions pemphigoïdes, sur le tronc et les extrémités.

ACÉTATE DE THALLIUM. — Jeanselme (3) a vu ce médicament, à la dose de 0,27 centigr. ingérés pendant trois jours, donner lieu à une alopécie des plus prononcées; elle a pu être évaluée au tiers de la chevelure; elle débuta au bout de quinze jours et persista pendant plusieurs mois (H.). Les cheveux conservés présentaient un étranglement à quelque distance de leur émergence. Ce poison paraît concentrer ses effets sur la racine des cheveux. Les poils des sourcils deviennent également caducs (L.). Dubreuil a signalé un fait semblable.

ÉRUPTIONS PAR SUBSTANCES ALIMENTAIRES

Si diverses éruptions médicamenteuses ont, parfois, des caractères qui permettent de remonter à leur cause, il n'en est pas de même des vénéneuses, surtout des éruptions d'origine alimentaire, et nous n'avons qu'à énumérer les formes sous lesquelles elles se présentent et les principales substances qui peuvent les déterminer. Tout au plus peut-on observer que certaines substances, telles que les moules, donnent plus volontiers lieu à l'urticaire, d'autres à des érythèmes.

(1) ENRIQUEZ et LEREBoullet, *Soc. méd. des hôp.*, juin 1899.

(2) RATHERY, *Soc. méd. des hôp.*, 1881.

(3) JEANSELME, *Sur le mécanisme de l'alopécie produite par l'acétate de thallium* (S. F. D., 1898).

Les éruptions alimentaires se présentent sous forme d'érythèmes limités ou généralisés, rubéoliformes ou scarlatiniformes, parfois vésiculo-bulleux, d'œdèmes ortiés, d'urticaires, de purpura même; parfois, elles revêtent le type eczématisé.

Les aliments qui leur donnent lieu le plus fréquemment sont certains fruits, surtout les fraises, les framboises, les fromages fermentés, la charcuterie et tous les aliments conservés, les choux, les concombres, les truffes, le gibier sous toutes ses formes, les crustacés (homards, langoustes, écrevisses), de nombreux poissons de mer (harengs, sardines, dorades, maquereaux, saumons), les mollusques marins et, en particulier, les moules.

Il faut même signaler des substances telles que le café et le thé, certaines liqueurs, le vin de quinquina, etc.

Dans toutes ces éruptions, la sensibilité individuelle joue un rôle aussi considérable que dans les éruptions médicamenteuses.

Tel sujet a une éruption pour avoir mangé des fraises, et en aura dès qu'il recommencera, mais ni les moules, ni les truffes, etc., ne déterminent d'accidents chez lui; inversement, d'autres sujets sont sensibles aux moules, et aux moules seules, etc.

Les individus chez lesquels ces éruptions s'observent sont souvent des sujets parvenus à l'âge moyen de la vie, appartenant aux classes aisées, ne dépensant que d'une manière insuffisante au point de vue physique, gros mangeurs, légèrement obèses et chez lesquels existe l'ensemble de troubles de la nutrition qu'on a synthétisé sous le nom d'arthritisme (L.).

ÉRUPTIONS D'ORIGINE TOXI-INFECTIEUSE DU ES AUX DIASTASES ET AUX SÉRUMS

1° ÉRUPTIONS D'ORIGINE TOXI-INFECTIEUSE

Nous ne sommes pas fixés, en l'absence de données bactériologiques précises, sur la cause directe des éruptions qui caractérisent la rougeole, la rubéole, la scarlatine, la variole et la varicelle.

Les lésions cutanées de la variole et de la varicelle, à tous leurs stades, sont contagieuses; il faut donc admettre qu'elles résultent de la présence dans le tégument des agents pathogènes qui déterminent ces maladies; par contre, dans la rougeole, la scarlatine, la rubéole, ces lésions ne sont peut-être pas contagieuses pendant toute leur durée; on peut se demander si elles ne se rapprochent pas, à une certaine époque, des érythèmes infectieux que nous allons étudier (L.).

Les rash rubéoliques ou scarlatiniformes qui précèdent l'éruption de la variole sont vraisemblablement en raison de leur mobilité, d'origine toxique.

En dehors de ces fièvres éruptives, il n'est peut-être pas de maladie

infectieuse où l'on n'ait observé d'accidents cutanés, en particulier, l'érythème et le purpura.

Dans les *septicémies puerpérale, chirurgicale*, dans la *pyohémie*, on a signalé des érythèmes limités ou généralisés, pouvant prendre le type scarlatiniforme. Les *scarlatines puerpérales*, quand elles ne sont pas dues à l'intoxication mercurielle, sont considérées aujourd'hui comme d'origine toxi-infectieuse et dues sans doute au streptocoque.

Des érythèmes ont été signalés également au cours de la *scarlatine*, de *suppurations diverses*, de la *méningite cérébro-spinale épidémique*, de l'*endocardite infectante*, de l'*érysipèle*, de l'*ictère grave* et des *ictères infectieux*.

La fréquence de l'érythème polymorphe au cours de la *syphilis secondaire* a été remarquée par plusieurs auteurs.

Les taches rosées de la *fièvre typhoïde* ne sont peut-être pas d'origine toxique, car on y a signalé la présence du bacille d'Eberth. Il en est peut-être de même de l'éruption généralisée, papuleuse, puis pétéchiale du *typhus exanthématique*.

Au cours de la *vaccine*, on a signalé un érythème qui survient au troisième jour, au niveau du bras, puis se généralise et disparaît en quelques jours.

Nous n'insisterons que sur les éruptions liées à la *fièvre typhoïde*, à la *diphthérie*, au *choléra*, au *paludisme*, à la *blennorrhagie*.

Dans la *fièvre typhoïde*, il existe, d'après Hutinel et Martin de Gimard (1) deux formes d'érythème. L'une est bénigne, apyrétique. L'érythème envahit surtout les mains, les poignets, les coudes, les genoux et les fesses; il revêt le type rubéolique ou scarlatiniforme; quelquefois, ce type est hydroïque; on peut même observer des vésicules. Cet érythème se généralise parfois à tout le tronc, respectant en général la face, et se termine par desquamation; parfois, il se complique de taches purpuriques; il s'accompagne d'un léger prurit. L'autre forme ne se distingue au point de vue dermatologique que par un grand nombre de vésico-pustules, mais s'accompagne de fièvre, de diarrhée profuse, et aboutit à la mort.

Dans l'*érysipèle* (Chantemesse et Sainton) (2), on peut voir survenir, d'une manière précoce ou tardive, soit des érythèmes simples, papuleux, diffus, scarlatinoïdes, ortiés, soit des érythèmes purpuriques, soit des éruptions polymorphes. Ces éruptions se limitent parfois aux extrémités, en forme de paires de gants et de brodequins. La rougeur est plus accentuée au niveau des articulations phalangiennes; les régions olécrâniennes et malléolaires peuvent également être intéressées. On peut voir également, en pareil cas, un érythème scarlatiniforme qui, parfois, envahit la langue et le voile du palais.

(1) HUTINEL et M. DE GIMARD, *Méd. mod.*, 1890.

(2) CHANTEMESSE et SAINTON, *Soc. méd. des hop.*, 1896.