

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 DUES AUX DIASTASES ET AUX SÉRUMS

1^o 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.

Le *choléra*, au moment de la convalescence, peut s'accompagner d'érythème, en plaques isolées, identique à l'érythème polymorphe, ou d'érythème morbillieux ou scarlatiniforme : celui-ci prédomine autour des articulations et aux membres (1).

Dans la *diphthérie*, Mussy a décrit des érythèmes polymorphes rubéoliques, scarlatinoïdes, scarlatiniformes et desquamatifs, purpuriques, papulo-pustuleux (2).

L'érythème polymorphe peut se présenter sous tous les types connus; le type scarlatinoïde respecte en général la face; le type papulo-pustuleux a été observé par Unna; il s'agissait d'un érythème des mains et des pieds, qui s'étendit aux avant-bras et aux bras; les lésions se compliquèrent de pustules en nombre modéré.

Tous ces érythèmes sont récidivants. On les observe dans tous les types de diphthérie. Pour Mussy, ils auraient leur point de départ dans une infection pharyngée, ajoutée à la diphthérie, surtout d'origine streptococcique; mais la notion que nous avons actuellement d'éruptions dues au sérum antidiphthérique permet d'en rapprocher les éruptions observées au cours de la diphthérie.

Les éruptions liées à la *malaria* peuvent se développer au moment des accès : on y a signalé l'herpès, l'urticaire, l'érythème noueux, le purpura. Des accidents analogues surviennent chez des paludéens qui n'ont aucun accès; ils constituent une manifestation larvée d'impaludisme, sujette parfois à des poussées et à des rémissions qui ont la même régularité que les accès fébriles. Brocq a rapporté récemment un fait d'érythème papulo-vésiculeux développé sur la partie latérale du nez, qui subissait, un jour sur deux, le matin, une poussée, suivie d'une accalmie : cette affection guérit par le sulfate de quinine.

La cachexie paludéenne s'accompagne fréquemment de pigmentations.

Pendant longtemps, l'existence d'éruptions dues à la *blennorragie* a été niée, et celles qu'on observait chez les malades étaient attribuées aux balsamiques, mais on sait aujourd'hui que des éruptions peuvent s'observer chez des sujets atteints de chaudepisse qui n'ont pris aucun médicament. L'origine infectieuse de la blennorragie étant établie, ces éruptions doivent être rapprochées aujourd'hui de celles que déterminent les autres toxi-infections.

On y a signalé le purpura; cependant L. Perrin fait des réserves à cet égard (3) : presque toujours, il s'agit d'érythèmes, qui peuvent être noueux, polymorphes, scarlatiniformes, rubéoliformes.

Les muqueuses sont parfois atteintes.

L'éruption est souvent précédée par des phénomènes généraux,

(1) DUFLOCQ, *Thèse Paris*, 1886. — QUEYRAT et BROCA, *Revue de méd.*, 1887.

(2) MUSSY, *Thèse Paris*, 1892.

(3) L. PERRIN, *Des déterminations cutanées de la blennorragie (A. D., 1890)*.

fièvre, céphalée, courbature, qui disparaissent lorsque l'éruption a atteint son acuité.

La durée des éruptions est en moyenne d'un septénaire et ne dépasse guère huit à dix jours (Perrin); parfois, elles sont suivies de desquamation; on en a observé des formes éphémères.

Elles peuvent apparaître au début ou à la fin de la blennorragie, mais c'est surtout à la période d'état qu'elles se produisent de préférence.

On les observe beaucoup plus rarement chez la femme que chez l'homme; peut-être aussi leur cause est-elle plus facilement méconnue chez la première.

L. Perrin insiste sur une série de causes accessoires de ces éruptions, les excès, les fatigues; souvent, elles surviennent au moment de complications, telles que des épидидymites, ou des arthropathies.

On peut admettre, avec Besnier, que les éruptions attribuées aux balsamiques et qu'on observe chez les blennorragiques sont liées en partie à l'infection gonococcique, puisque les balsamiques ne provoquent pas d'éruptions lorsqu'ils sont prescrits chez des malades atteints d'autres maladies.

Hyperkératose blennorragique. — Jacquet, Jeanselme, Vidal, ont décrit, chez certains blennorragiques, des altérations remarquables de la peau de l'extrémité des membres; elles s'observent surtout à la suite de blennorragies graves, infectantes, trois à cinq semaines après le début.

Il s'agit de productions hyperkératosiques, diffuses ou limitées, qui prédominent à la face plantaire des pieds. Elles forment fréquemment des élevures coniques dont le diamètre varie de deux à dix millimètres; parfois très petites, elles peuvent atteindre un centimètre de haut; tantôt, ce sont des saillies coniques pourvues de plusieurs sommets, tantôt des bandes allongées. Leur couleur est celle qu'affectent toutes les productions cornées transparente. Quand elles sont anciennes, elles peuvent prendre des colorations sales dues à la pénétration des poussières atmosphériques. Leur consistance est dure. Elles sont souvent formées de couches stratifiées qu'on peut séparer les unes des autres; on peut les enlever. Au-dessous du talon, elles sont verruqueuses, souvent rouges, parfois villeuses. Elles peuvent se développer au-dessous des ongles et en provoquer la chute.

A la face palmaire des mains, les lésions sont de même ordre, mais moins intenses, moins exubérantes. Des lésions hyperkératosiques atténuées ont été observées dans toutes les régions du corps, et même à la face, au cuir chevelu et aux organes génitaux (Le Damany).

Ces lésions peuvent se développer en l'absence de tout rhumatisme blennorragique (Chauffard) (1).

Elles guérissent lentement, et récidivent presque toujours à l'occasion de nouvelles blennorragies (L.).

(1) CHAUFFARD, *Soc. méd. hóp.*, 1897.

2° ÉRUPTIONS DUES AUX SÉRUMS ANIMAUX

Les éruptions consécutives à l'injection de sérum antidiphthérique sont assez fréquentes et ont été signalées par Roux (1). Il s'agit surtout d'éruptions d'érythème polymorphe ou d'urticaire; Asch a observé un exanthème scarlatiniforme; d'autres ont vu des érythèmes rubéoliformes. Les éruptions intenses s'accompagnent souvent de symptômes généraux, de fièvre, de phénomènes articulaires, de diarrhée.

Parfois, l'éruption ne survient que dix à quinze jours après l'injection (2).

Il est certain aujourd'hui que les injections du sérum normal de divers animaux déterminent fréquemment des accidents cutanés, et on peut se demander si les substances antitoxiques interviennent réellement dans leur production.

D'après Héricourt (3), les éruptions sont dues uniquement à la pénétration dans l'organisme humain d'un sérum appartenant à une espèce animale différente. Ces sérums sont du reste toxiques, et leur toxicité se manifeste par d'autres phénomènes que les accidents cutanés.

SYMPTÔMES. — Les éruptions consécutives à l'injection de sérums se présentent en général sous une forme légère qui est presque constante lorsqu'on fait plusieurs injections successives; il s'agit d'urticaire surtout marqué au voisinage du point d'injection; l'éruption ne s'accompagne alors d'aucun symptôme général. Dans les formes sérieuses, l'urticaire se généralise; parfois, on observe simultanément ou isolément une rougeur universelle de la peau. L'éruption s'accompagne de prurit intense et de signes généraux graves, de nausées ou de vomissements, et même d'une tendance syncopale (Héricourt).

Ces troubles ont leur maximum vers le troisième jour après l'injection et se prolongent en général pendant une semaine.

Souvent, lorsque les éruptions sont disparues, on peut reprendre les injections de sérum, et en introduire ainsi de 150 à 200 centimètres cubes sans aucun accident. Il y a alors une véritable vaccination. Quelquefois, au contraire, les accidents reparaissent et même augmentent d'intensité.

Les jeunes enfants (Pinard) et les vieillards (Héricourt) seraient à l'abri de ces accidents.

Il faut, dans la pathogénie de ces éruptions, tenir compte de plusieurs facteurs: les sérums de certaines espèces animales produisent plus souvent des éruptions que le sérum de certaines autres; le sérum d'une espèce animale donnée n'a pas toujours les mêmes propriétés; celui d'un animal ne donne pas d'éruption, celui d'un autre en déter-

(1) ROUX, MARTIN et CHAILLOU, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1894.

(2) DUBREUILH, *Congrès de médecine*, 1895.

(3) HÉRICOURT, *Action thérapeutique des sérums* (*Méd. mod.*, 8 juillet 1899).

mine. Enfin l'éruption est encore conditionnée par la sensibilité individuelle; tel sérum ne détermine aucune éruption chez un individu, et le même sérum, provenant du même animal, en détermine chez un autre.

Les éruptions dues à la *tuberculine de Koch* sont des érythèmes, de véritables rash en général scarlatiniformes, mais parfois papuleux, hémorragiques, et même phlegmoneux et pustuleux (H.) (1). Son inoculation peut aussi déterminer la formation de papules cliniquement semblables à celles du lichen scrofulosorum (Schweninger) (L.).

ÉRUPTIONS TOXIQUES D'ORIGINE INDÉTERMINÉE.
PURPURAS TOXIQUES

Sous le nom de *purpura*, on désigne des lésions cutanées produites en général par l'issue de globules rouges hors des vaisseaux du derme, quelquefois par la dilatation paralytique excessive de ces vaisseaux. Les hémorragies d'origine traumatique en sont éliminées. Ces lésions sont fréquentes; leur étiologie et leur pathogénie sont complexes. En dehors des purpuras d'origine toxique, auxquels est consacré ce chapitre, il existe des purpuras d'origine nerveuse, déjà signalés (*Voy. Dermorragies*, p. 51); on observe encore des hémorragies de la peau qui ne reconnaissent ni une origine nerveuse, ni une origine toxique; ainsi, chez les épileptiques, on peut voir survenir des ecchymoses cutanées à la suite de l'attaque; de même, il s'en produit chez les coquelucheux à la suite de quintes prolongées; ces hémorragies paraissent reconnaître simplement une origine mécanique et être dues à la rupture des capillaires, ne pouvant résister à une pression sanguine brusquement modifiée. Un mécanisme analogue peut déterminer les taches sanguines qui suivent parfois une compression prolongée. Il suffit de signaler ces hémorragies: l'évolution des taches qu'elles produisent est celle des taches purpuriques liées à d'autres causes plus complexes.

ÉTILOGIE. — 1° *Causes locales*. — Le siège constant du purpura aux membres inférieurs démontre le rôle de la gêne circulatoire dans sa genèse; ce n'est là du reste qu'une cause adjuvante; mais, lorsque les conditions qui engendrent le purpura sont réunies, c'est surtout chez des individus qui ont des varices, qui sont soumis à des marches prolongées, à la station debout, que les hémorragies des membres inférieurs se développeront.

2° *Causes générales*. — Les purpuras toxiques peuvent être dus à une *ingestion médicamenteuse*; nous avons signalé ceux que produisent l'*antipyrine*, l'*iode de potassium*, l'*arsenic*, le *chloral*, le *copahu*.

(1) HALLOPEAU, *Rapport sur l'action de la tuberculine* (S. F. D., 1891).

Un grand nombre de corps toxiques, en dehors de ces agents médicamenteux, déterminent le purpura : tels sont le *phosphore*, l'*alcool*, l'*ergotine* (Lailler), le *sulfure de carbone* et l'*arsenic*. Le purpura a été observé chez des individus mordus par des serpents venimeux.

L'injection de *sérum antidiphthérique* peut être suivie de purpura. L'éruption, tardive, s'observe quinze, dix-huit jours, après l'injection.

Il est admis aujourd'hui que les hémorragies cutanées qui surviennent dans les *maladies infectieuses* sont dues, non à la présence d'agents microbiens dans la peau, présence tout à fait occasionnelle, mais aux sécrétions toxiques de ces microbes (*purpura toxi-infectieux*). Tantôt, le purpura accompagne ou suit une grande maladie infectieuse (*p. toxi-infectieux secondaire*), tantôt il s'accompagne de symptômes infectieux dus à une septicémie ou à une toxi-infection dont il est la manifestation clinique la plus importante (*p. toxi-infectieux primitif*).

a. Le *purpura toxi-infectieux secondaire* a été observé dans presque toutes les maladies infectieuses, sinon toutes.

Dans le *typhus exanthématique*, le purpura n'est pas une complication, mais un symptôme, les taches primitivement érythémateuses devenant normalement purpuriques.

Dans les infections qui s'accompagnent régulièrement d'un exanthème, la *variolo*, la *rougeole*, la *scarlatine*, la *dermorragie* peut accompagner, suivre, ou même précéder l'éruption (variolo). Ces fièvres éruptives revêtent alors la forme hémorragique ; il est de règle, en effet, que des hémorragies à la surface des muqueuses ou des séreuses accompagnent celles de la peau. La *fièvre typhoïde* offre plus rarement le type hémorragique ; le purpura s'y observe, sans autres hémorragies, au début, accompagné de douleurs vives.

La *tuberculose aiguë* (Charcot), la *grippe*, la *coqueluche*, toutes les *septicémies*, *médicales*, *chirurgicales*, *puerpérales*, la *blennorragie*, l'*érysipèle*, la *pyohémie*, la *peste* se compliquent parfois de purpura. A cette liste déjà longue, il faut ajouter toutes les infections générales qui se révèlent par des lésions limitées, l'*endocardite infectieuse*, la *pleurésie purulente*, les *phlegmons*, ou qui ont pour point de départ une lésion viscérale, les *angines de tout ordre*, mais surtout la *diphthérie* ; les *infections hépatiques* : *ictères graves*, *ictères infectieux*, *angiocholites*, les *néphrites aiguës*, l'*infection bronchique*, le *choléra*, le *charbon intestinal* ou *pulmonaire*, les *pseudo-rhumatismes infectieux*.

b. Le *purpura toxi-infectieux primitif* se relie par tous les intermédiaires au purpura toxi-infectieux secondaire. On ignore le point de départ de l'infection, et, au milieu des signes d'infection générale, l'hémorragie cutanée est le phénomène le plus saillant. Il semble aujourd'hui que ces purpuras aient souvent un point de départ pharyngé ; on peut observer, à leur début, une angine d'allure

bénigne ; cependant, l'infection peut avoir une tout autre origine, gastro-intestinale (1), bronchique, cutanée.

Purpuras dans les maladies viscérales et les cachexies. — Il est fréquent d'observer le purpura chez des individus ayant des lésions viscérales qui, de toute évidence, jouent le rôle de causes prédisposantes en altérant le milieu sanguin, en créant un état d'auto-intoxication. Souvent, la cause toxique ou toxi-infectieuse qui provoque directement le purpura passe alors inaperçue et les hémorragies de la peau semblent reconnaître comme cause unique une lésion viscérale.

La plupart des maladies des organes hémato-poiétiques, moëlle osseuse, rate, ganglions, comptent le purpura parmi leurs accidents fréquents : telles sont les *lymphadénies ganglionnaire* et *splénique*, l'*anémie pernicieuse progressive*, toutes les formes de *leucémie* et surtout la *leucémie aiguë* (forme hémorragique de Gilbert et Weil). Parmi les affections de la rate, il convient encore de signaler la *mégalo-splénie primitive* de Debove et Brühl, la *maladie de Banti*. L'*hémophilie* peut se révéler surtout par le purpura.

De toutes les maladies viscérales, ce sont les *maladies du foie* qui paraissent le plus volontiers s'accompagner de purpura, soit à cause de l'action spéciale du foie sur le milieu sanguin, soit parce que l'insuffisance hépatique ne permet plus l'arrêt de toxines gastro-intestinales. Les infections hépatiques que nous avons déjà signalées donnent lieu plus fréquemment à cette affection que toutes autres ; le purpura est un des symptômes de l'*ictère grave*, de la *rétenion biliaire*. Ainsi que toutes les *cirrhoses*, le *cancer*, la *tuberculose* et la *syphilis du foie* donnent lieu au purpura, surtout dans les poussées aiguës où s'exagère l'insuffisance hépatique. Il est à peu près certain aujourd'hui que le *purpura des cardiaques* est réservé à ceux dont le foie est en état de congestion passive persistante ou de cirrhose d'origine cardiaque.

Le purpura est assez commun dans toutes les formes de *néphrites*, soit qu'elles suivent l'élimination des corps toxiques, soient qu'elles s'associent à des lésions hépatiques, soit qu'elles s'accompagnent des lésions artérielles disséminées (*artério-sclérose*) qui sont encore une des conditions favorisantes des hémorragies cutanées. Certaines *éruptions urémiques* peuvent avoir le caractère purpurique.

On a signalé, à titre exceptionnel, le purpura dans l'*hémoglobiurie paroxystique*.

Mentionnons encore, parmi ses causes, les maladies générales, telles que le *diabète*, le *rachitisme* surtout dans sa forme *aiguë* : la *maladie de Barlow*.

Par quel mécanisme les cachexies favorisent-elles le purpura ?

(1) HUTINEL, *Leçons cliniques des Enfants-Assistés*, 1896.

Nous l'ignorons d'une manière complète. L'un de nous (L.) admet comme probable que les altérations sanguines, régulières dans les cachexies, peuvent amener des altérations des cellules des capillaires de la peau : le purpura qui peut en être la conséquence se rapproche ainsi des purpuras toxiques. On l'observe en particulier dans la *tuberculose avancée*, chez les *cancéreux*, dans le *paludisme chronique*, la *syphilis héréditaire du nouveau-né* (1), la *cachexie pellagreuse*.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions du purpura sont, à proprement parler, des plus simples : elles se caractérisent par la présence de globules rouges en dehors des vaisseaux superficiels du derme. Lorsque l'examen porte sur des taches datant de plusieurs jours, on constate des altérations régressives des hématies, qui, peu à peu, aboutissent à la formation de pigment.

Parfois, on ne constate aucune autre lésion : les parois des capillaires et des vaisseaux de calibre ont leurs caractères normaux. On a admis autrefois que, dans ces cas, les globules rouges sortent du vaisseau par diapédèse, comme des globules blancs ; cette théorie n'a plus de fondement, car, aujourd'hui, le mécanisme de la diapédèse est cherché dans l'activité propre des leucocytes, cellules vivantes, mobiles, attirées hors des vaisseaux par des substances qui ont une action chimiotactique. Les globules rouges, au contraire, n'ont pas de mobilité propre, ne paraissent pas doués de sensibilité à l'égard des substances chimiotactiques. Il est beaucoup plus simple d'admettre que l'action des filets nerveux vasomoteurs, ou la paralysie d'origine toxique des endothéliums vasculaires (Leredde) (2), amène la disjonction des cellules des capillaires, d'où l'hémorragie. On s'explique que cette disjonction, passagère, peu prononcée, ne soit pas perceptible à l'examen microscopique.

Mais, très souvent, en dehors des hémorragies, on trouve des lésions vasculaires et extra-vasculaires ; les unes ont joué le rôle de conditions prédisposantes ou déterminantes *locales* du purpura, les autres résultent des causes qui engendrent celui-ci. S'il existe des microbes au niveau des plaques purpuriques, on comprend que des lésions inflammatoires puissent s'associer à l'hémorragie ; d'autre part, les causes toxiques, qui engendrent celle-ci, provoquent souvent diverses réactions des tissus, œdème et même diapédèse.

Il est absolument impossible de distinguer des types anatomiques. Nous nous contenterons d'énumérer les lésions qui peuvent se présenter.

a. *Lésions vasculaires* : dilatation des vaisseaux, prolifération endothéliale (Leloir), endartérite (Hayem), accumulation de globules blancs, infarctus fibrineux, embolies microbiennes. On a noté la

(1) P. CLAISSE, art. PURPURA du *Manuel de Médecine*, 1897.

(2) LEREDDE, *Le rôle du système nerveux dans les dermatoses* (Arch. gén. de méd., 1899).

dégénérescence graisseuse et la dégénérescence amyloïde des vaisseaux de la peau ;

b. *Lésions péri-vasculaires* : diapédèse, œdème, prolifération des cellules fixes, nécrose ;

c. *Lésions épidermiques* : phlyctènes hémorragiques, ulcérations.

Dans le purpura hémorragique (Leloir), les extravasations sont larges et diffuses et envahissent le derme moyen, le derme profond et le tissu sous-cutané en dissociant les faisceaux conjonctifs.

Dans le purpura gangreneux, les lésions de gangrène, de nécrose, viennent s'ajouter aux lésions que nous venons d'énumérer.

Les microbes jusqu'ici trouvés dans les lésions du purpura sont le streptocoque (Hanot et Legry, Lannois et Courmont, Widal et Thérèse, Legendre et Claisse), le pneumocoque (Claisse, Voituriez, Claude), le colibacille (Michel Dansac, Monnier), la bactérie charbonneuse (Janowski et Beneke), le pyocyanique (Neumann).

Une forme de purpura tout à fait différente est le *purpura ectasique*, décrit par Cornil et Leloir. On constate au microscope une dilatation excessive des vaisseaux : c'est une véritable paralysie. Ils sont bourrés de globules rouges. L'aspect clinique qui en résulte est le même que dans le purpura vulgaire.

Nous n'insisterons pas sur les lésions viscérales qui existent régulièrement à l'autopsie ; elles peuvent porter sur tous les organes, poumons, cœur, reins, foie surtout et dépendent, non du purpura, mais des causes qui l'ont engendré, ou sont elles-mêmes la cause du purpura. Dans les formes hémorragiques de cette affection, il est de règle de trouver des infarctus et des hémorragies viscérales diffuses, dans le tube digestif, les poumons, les méninges, l'encéphale, et même les organes hématopoiétiques. Les lésions de ceux-ci devront à l'avenir être étudiées avec le plus grand soin.

Lésions sanguines. — L'étude des altérations sanguines dans le purpura est loin d'être complète et mériterait d'être reprise à de nombreux points de vue. Ce que nous savons, c'est que les résultats varient suivant les cas auxquels on s'adresse, le purpura étant le symptôme commun d'un nombre extrême d'intoxications qui agissent de la manière la plus complexe et la plus variable sur le milieu sanguin.

Ce que nous connaissons des altérations sanguines dans les éruptions toxiques nous permet, du reste, de croire que l'action directe de ces intoxications sur le sang est tout à fait accessoire et qu'à vrai dire elles agissent sur lui grâce aux réactions qu'elles provoquent dans les organes hématopoiétiques (L.).

La *diminution du nombre des globules rouges* est extrêmement fréquente ; on a souvent constaté des variations dans leurs formes et leurs dimensions et toutes les variétés de poikilocytose. La réaction de la moelle osseuse peut se traduire par la présence d'hématies nucléées (Lenoble).

La diminution du nombre des hémato blasts appartient surtout aux formes hémorragiques (Hayem et Bensaude) (1).

Suivant Gilbert et Weil, ces formes s'accompagnent habituellement de leucocytose avec polynucléose. Il résulte, du reste, des chiffres donnés par les différents auteurs, qu'il est extrêmement commun d'observer une légère leucocytose dans toutes les formes.

Les variations de l'équilibre leucocytaire n'ont pas été étudiées d'une manière suivie. Elles n'obéissent évidemment à aucune loi régulière et on ne sera pas surpris de trouver, tantôt de la polynucléose, tantôt de la mononucléose, tantôt de l'éosinophilie. Mais il sera exceptionnel d'observer un équilibre physiologique.

Le sang n'est pas toujours coagulable (sang dissous). Dans le purpura hémorragique, Hayem et Bensaude ont signalé la non-rétractilité du caillot, et la non-exsudation du sérum; ces lésions n'y sont du reste pas constantes et elles peuvent exister dans d'autres types de purpura.

Sicard (2) a constaté l'absence ou la non-activité du fibrin ferment (plasmase de Duclaux) : le sérum sanguin ajouté à une humeur non spontanément coagulable perd le pouvoir de provoquer un coagulum. L'addition de chlorure de calcium au liquide peut faire réparer ce pouvoir.

PATHOGÉNIE. — Nous connaissons maintenant les causes du purpura et les lésions qui l'accompagnent; mais le mécanisme de l'hémorragie cutanée doit être éclairci, et son étude soulève certaines difficultés.

Le purpura sans rupture peut être lié à une vaso-paralysie (purpura ectasique). En général, on explique la dilatation vasculaire par une paralysie des vaso-constricteurs nerveux ou une excitation des vasodilatateurs, et l'on admet que les corps toxiques qui provoquent le purpura agissent sur les vaisseaux par l'intermédiaire du système nerveux. C'est là, suivant l'un de nous (L.), une hypothèse inutile : il suffit d'admettre que les corps toxiques contenus dans le sang ou les altérations du sérum qu'ils ont induites agissent directement sur les cellules pariétales des vaisseaux capillaires, qui perdent leur tonicité; la distension du vaisseau serait ainsi de cause directe.

L'existence de purpura par issue du sérum sanguin chargé d'hémoglobine est possible, quoique non démontrée; elle a été admise par Kaposi et par l'un de nous (L.) (3).

Le purpura non ectasique reconnaît le même mécanisme que le purpura ectasique; mais, soit que les cellules pariétales des vaisseaux se contractent au lieu de se laisser distendre, soit que le ciment intercellulaire soit dissous, les éléments endothéliaux sont séparés

(1) HAYEM, *Soc. méd. des hôp.*, 1897.

(2) SICARD, *Soc. de biol.*, juillet 1899.

(3) BÉNA, *Thèse de Paris*, 1897.

les uns des autres et le sang sort en nature. Du reste, comme dans le purpura ectasique, on peut admettre, soit que les corps toxiques agissent sur le vaisseau par l'intermédiaire du système nerveux, soit que les altérations sanguines provoquent directement les phénomènes vasculaires.

SYMPTÔMES. — Le purpura, qu'il soit primitif ou secondaire, toxique ou toxi-infectieux, présente dans toutes ses formes des symptômes constants qu'il convient d'exposer d'abord.

L'affection est symétrique; parfois la symétrie offre une régularité extrême. L'éruption est souvent limitée aux membres inférieurs (cette prédominance met en relief le rôle de la stase sanguine). Si elle s'étend, on constate d'abord des manifestations éruptives aux avant-bras. Elle peut se généraliser. Les muqueuses sont parfois envahies en même temps que la peau.

Aux membres inférieurs, les régions intéressées de préférence sont la face antéro-interne des jambes, le dos du pied; aux membres supérieurs, c'est la face postérieure, parallèlement à la crête cubitale.

On constate, en plus ou moins grand nombre, des taches de couleur foncée. L'éruption se fait toujours par poussées, de sorte que toutes les taches n'ont pas le même âge. A leur origine, elles sont d'un rouge sombre. Dans certaines formes, elles s'effacent à la pression du doigt, mais c'est là un fait des plus exceptionnels; rapidement, elles prennent une couleur rouge livide ou violacée, et gardent cette coloration pendant deux ou trois jours. Elles entrent ensuite en régression : on les voit successivement, et d'abord à leur périphérie, prendre une teinte jaune foncé, puis jaune-chamois, enfin légèrement verdâtre; elles disparaissent alors. Ces teintes sont dues à la transformation graduelle de l'hémoglobine en hématoïdine. Ce sont les mêmes qu'on observe dans les ecchymoses traumatiques.

Les dimensions de ces taches sont variables. Souvent elles sont punctiformes ou restent très petites, ne dépassant pas les dimensions d'une lentille; mais elles peuvent, dans certains cas, atteindre de grandes dimensions et avoir plusieurs centimètres de diamètre. Les taches de petit diamètre sont désignées sous le nom de *pétéchies*. Les taches étendues qui se forment d'une manière isolée, ou par confluence de lésions plus petites, sont appelées *ecchymoses spontanées*. Celles-ci disparaissent beaucoup moins rapidement que les *pétéchies*. Elles gardent longtemps une coloration presque noire, puis deviennent comme les *pétéchies* successivement jaune foncé et jaune clair. Elles peuvent comprendre toute l'épaisseur de la peau, même le tissu sous-cutané, et s'accompagner d'induration.

Fréquemment, les taches purpuriques sont centrées par un poil; parfois le muscle érecteur, irrité, détermine la saillie de la région folliculaire et on observe une saillie acuminée; la peau devient rugueuse, lorsque les saillies de ce genre sont nombreuses.

Parfois, les lésions prennent une forme allongée, dessinent des traînées hémorragiques : on les désigne alors sous le nom de *vibices*.

Lésions associées de la peau. — Les lésions du purpura peuvent s'associer à d'autres lésions cutanées ou sous-cutanées.

Parfois, il existe des hémorragies profondes développées dans l'hypoderme.

Dans toutes les formes, il est fréquent d'observer de l'œdème ; il est surtout très net au niveau de la partie inférieure de la jambe et du cou-de-pied. A l'hémorragie s'associe alors l'issue du sérum sanguin, dans le derme et l'hypoderme. Cet œdème est mou ; on peut déterminer un godet par la pression du doigt.

Assez souvent, on observe, en même temps que le purpura, diverses manifestations de l'érythème polymorphe (Voy. *Erythème polymorphe*). D'autre part, les lésions érythémateuses et purpuriques peuvent se combiner. On voit ainsi des papules, des nappes érythémateuses, qui prennent ensuite la teinte hémorragique ; leur coloration ne disparaît plus à la pression du doigt, et elles présentent plus tard les teintes qu'affectent les lésions communes du purpura à leur stade de régression. Ces lésions peuvent être vésiculeuses, bulleuses ; les vésicules et les bulles se remplissent même parfois de sang.

L'urticaire hémorragique (Voy. *Urticaire*) est constituée par l'association du purpura et de l'urticaire.

Au niveau des taches purpuriques, on observe parfois la formation de pustules analogues à celles de l'ecthyma. Les taches s'entourent alors d'une aréole inflammatoire, deviennent douloureuses ; l'ulcération consécutive à l'ouverture des pustules est parfois longue à guérir.

Sous le nom de *purpura gangreneux*, on désigne des faits où les pétéchies s'ulcèrent ; un détritit noirâtre est évacué ; l'ulcération ainsi constituée est irrégulière, d'aspect gangreneux. Parfois cette gangrène se forme au niveau d'ecchymoses étendues ; les ulcérations sont alors très larges et peuvent devenir très profondes. On a observé la suppuration diffuse des ecchymoses. Hutinel a signalé la lymphangite, la phlébite et la tuméfaction des ganglions des membres atteints de purpura.

Dans toutes leurs formes, les purpuras peuvent présenter des complications identiques ; les plus importantes sont les hémorragies des muqueuses et des séreuses ; elles accompagnent souvent les éruptions purpuriques très étendues (*purpuras hémorragiques*). L'existence de phénomènes articulaires, mobiles ou non, bénins ou graves, est extrêmement commune.

Formes. — La division des formes du purpura est des plus artificielles. Néanmoins, il y a utilité à classer les purpuras primitifs : certains types sont assez tranchés et leur description facilite l'étude.

Avec Merklen et Thibierge, nous distinguerons trois formes de

purpuras primitifs : le *purpura exanthématique*, le *purpura infectieux*, la *maladie de Werlhof*.

Purpura exanthématique (1). — **SYNON.** : *P. rhumatoïde* ; *Pélioze rhumatismale de Schönlein* ; *Purpura myélopathique de Faisans*.

Cette forme a d'étroites relations avec l'érythème polymorphe ; l'étiologie des deux affections est à peu près la même ; les symptômes généraux sont de même ordre.

Elle s'observe chez des surmenés de tout ordre, à la suite de fatigues physiques ou morales. Souvent, chez la femme, on l'observe au moment des règles ; quelquefois, celles-ci n'apparaissent pas et sont réellement suppléées par le purpura ; on observe également ces dermorragies au début de la grossesse, lors de la ménopause. Parfois, le purpura exanthématique est précédé par une angine ou par des troubles digestifs ; il peut survenir sans cause connue.

La plupart des purpuras d'origine médicamenteuse revêtent la forme du purpura exanthématique.

L'apparition du purpura est presque toujours précédée par des phénomènes généraux, tels qu'une sensation de fatigue et de prostration marquée, des douleurs musculaires et surtout articulaires, en particulier dans les membres inférieurs. Le malade souffre de céphalée ; la langue est blanche, l'appétit disparaît, des vomissements peuvent se produire. On voit parfois survenir des épistaxis ; chez la femme, on a signalé le retour prématuré des règles.

L'éruption cutanée est symétrique ; elle se limite fréquemment aux jambes et aux pieds, mais peut atteindre la face interne des cuisses et les membres supérieurs. Elle est constituée par de petites taches ; on n'y trouve, ni ecchymoses, ni hémorragies profondes. Elle évolue par poussées irrégulières ; tous les trois ou quatre jours, on observe de nouvelles taches. Au moment de ces poussées, il existe parfois un peu de fièvre.

L'association d'œdème est presque de règle ; il précède souvent l'apparition des taches et s'exagère lors de chaque poussée nouvelle ; il a parfois une coloration rosée. Quelquefois c'est un œdème dur, limité. D'autre part, on peut observer toutes les manifestations de l'érythème polymorphe, des papules, des nappes érythémateuses, des vésicules et des bulles, de l'érythème noueux.

Les phénomènes généraux peuvent rester très marqués pendant les premières poussées. Les troubles digestifs sont de règle : souvent les gencives sont tuméfiées, les dents déchaussées, l'haleine fétide ; on a signalé la présence de bulles hémorragiques dans la bouche. On observe parfois des vomissements bilieux répétés et des crises diarrhéiques, ainsi que des douleurs intestinales et péritonéales vio-

(1) DU CASTEL, *Thèse d'agrég.*, 1883. — MATHIEU, art. PURPURA du *dict.* de DECHAMBRE. — THIBIERGE, *Traité de méd.* de CHARCOT et BOUCHARD. — APERT, *Thèse de Paris*, 1897.