

lentes. Les phénomènes articulaires sont communs; ce sont des arthralgies ou des épanchements séreux peu abondants, peu mobiles. Ils se limitent à quelques articles et guérissent spontanément sans complication. Ces altérations sont complètement distinctes de celles du rhumatisme articulaire aigu.

L'albuminurie est assez commune. La fièvre est rare et, en tout cas, peu intense.

Les hémorragies sont rares en dehors de l'épistaxis; cependant, on a observé des hématémèses et même de l'hématurie; des signes d'anémie, faiblesse, vertiges, éblouissements, bourdonnements d'oreilles, existent dans certains cas. Du reste, tous les intermédiaires unissent le type exanthématique au type infectieux. A un moment quelconque, des hémorragies multiples peuvent survenir, ou bien on observe une endocardite, une pleurésie, et le pronostic doit être alors complètement réservé.

En général, l'affection est cependant bénigne. Il existe des formes très simples, où le purpura se fait en une fois, sans s'accompagner d'aucun phénomène général, et guérit en quelques jours, spontanément (*purpura simplex*). Plus souvent, l'affection est tenace: le malade restant au lit, traité, aucune poussée ne se produit; dès qu'il se relève, une nouvelle survient. Le purpura exanthématique peut ainsi se prolonger pendant des mois, même des années (Besnier, Mathieu).

On peut rattacher à cette forme de purpura des cas à durée longue survenant chez des individus soumis à une hygiène défectueuse, cachectiques, et se traduisant par des hémorragies cutanées avec œdème dur des membres inférieurs, des phénomènes buccaux très marqués et une anémie intense: c'est le *scorbut sporadique*; tous les caractères du scorbut s'y trouvent esquissés, à part l'épidémicité.

Purpura infectieux. — Les purpuras infectieux sont des affections graves, où les signes généraux dominent le tableau morbide. Les symptômes se rapprochent de ceux de la fièvre typhoïde; la maladie commence par une prostration extrême, avec céphalalgie, troubles gastro-intestinaux, ascension thermique. L'état typhique se prononce; le malade présente même de la stupeur, avec des périodes passagères d'excitation. Le purpura, souvent précédé par des épistaxis, apparaît à un moment quelconque, sous forme de taches très sombres, plus étendues que celles du purpura hémorragique, irrégulièrement groupées, disséminées sur les membres, envahissant le reste du corps et même la face. Des ecchymoses étendues, de véritables nappes hémorragiques s'y associent; enfin, surviennent des hémorragies en dehors de la peau, au niveau du nez, de la bouche, du tube digestif (hématémèses, mélæna), ainsi que dans les bronches, le rein, le foie, le péricarde, les méninges, les muscles et le cerveau.

L'état typhoïde persiste et même s'aggrave; la langue est sèche, les urines sont rares, albumineuses; parfois, il existe de l'ictère, on

a observé la diarrhée. La température dépasse 40° matin et soir, ou bien oscille irrégulièrement. Les hémorragies les plus abondantes ne déterminent parfois aucun abaissement thermique.

Cependant le malade peut guérir, en présentant des phénomènes qui indiquent une résistance plus grande de l'organisme aux agents infectieux; la température prend le type pyohémique, des collections purulentes, telles qu'une pleurésie, se forment. Le malade peut encore succomber, soit du fait de l'infection générale, soit par suite de localisations infectieuses graves (méningite, endocardite). Il peut guérir, après une convalescence extrêmement lente et pénible.

La durée du purpura infectieux varie de quelques jours à quelques semaines. Le *purpura fulminans* de Hensch, propre aux jeunes enfants, amène la mort en un ou deux jours.

Les gangrènes, au niveau des plaques du purpura, appartiennent à cette forme; elles n'aggravent du reste pas notablement le pronostic; cette forme gangreneuse est susceptible de guérison (M. de Gimard). Les arthrites sont communes et graves; avec ou sans hémarthrose, elles sont presque toujours suppurées.

Maladie de Werlhof. — Ce type particulier appartient à des jeunes enfants, surtout aux petites filles de cinq à six ans et de dix à douze ans. L'éruption paraît sans cause connue, sans prodromes; quelquefois elle est précédée par une épistaxis. Elle est essentiellement asymétrique et irrégulière, sans localisation prédominante; elle se compose d'éléments de toutes dimensions; régulièrement, il existe de vastes ecchymoses.

L'association d'hémorragies des voies digestives est de règle; la stomatorragie est fréquente, des hématémèses et des mélænas sont communs; les autres hémorragies sont plus rares.

Ces hémorragies constituent presque l'unique symptôme de la maladie; l'état général reste excellent; il n'y a pas de fièvre, pas de troubles gastro-intestinaux, pas de douleurs articulaires. On a noté seulement de la pâleur, des tendances lipothymiques, dues à l'anémie. Au bout de dix ou quinze jours, aucune pétéchie nouvelle n'apparaît et la guérison est complète.

DIAGNOSTIC. — Il n'est pas difficile de reconnaître l'existence d'un purpura et de distinguer les taches qu'il détermine de celles qui sont dues aux *piqûres de puces*, aux *traumatismes*. L'*angiokératome de Mibelli* se traduit par des taches permanentes de durée longue qui n'entrent pas en régression au bout de quelques jours comme celles du purpura et s'accompagnent habituellement d'hyperkératose.

Une fois le purpura reconnu, il convient de remonter à sa cause, et ce n'est pas toujours chose facile.

Il faudra d'abord éliminer les *purpuras médicamenteux*. Ceux-ci ne s'accompagnent pas de fièvre, de signes généraux graves, ni

d'hémorragies abondantes ; ils revêtent l'aspect du purpura exanthématique. On trouve souvent, outre les pétéchies, d'autres altérations cutanées telles que des érythèmes, des bulles.

L'interrogatoire permet de remonter à la cause toxique ; parfois ce sera une *cause alimentaire*.

On recherchera toujours la présence d'érythème. Nous verrons que le purpura peut s'associer, non seulement aux formes banales de l'érythème polymorphe, mais aussi à la *maladie de Duhring*.

L'examen d'un malade atteint de purpura permettra parfois de découvrir une infection inconnue qui en a été la cause ; il conduira surtout à découvrir des altérations viscérales qui ont pu passer inaperçues.

Quelques formes de purpura secondaire doivent être signalées ici, car leur diagnostic est important et difficile.

Le purpura peut, nous le rappelons, être un signe essentiel de la *leucémie aiguë*, et celle-ci, à peine connue en France jusqu'au travail récent de Gilbert et Weil, a été prise souvent pour un purpura hémorragique. Elle s'accompagne, dans sa forme hémorragique, d'autres extravasations sanguines ; les ganglions et la rate peuvent être peu tuméfiés. L'examen du sang, qu'il faut, à notre avis, faire dans chaque cas de purpura, permettra le diagnostic. La leucocytose n'est pas toujours considérable, mais on observe régulièrement une altération extrême de l'équilibre leucocytaire, la diminution des polynucléaires, l'augmentation des mononucléaires et des lymphocytes, la présence d'hématies nucléées (1).

La *maladie de Barlow (scorbut infantile)* s'accompagne souvent de purpura. Elle est exceptionnelle après l'âge de deux ans. Elle se caractérise essentiellement par un état anémique et l'endolorissement des membres s'accompagnant d'une sorte de paralysie. A une période plus avancée, surviennent de l'œdème, des tuméfactions osseuses, et même de véritables fractures, surtout à l'union des épiphyses et de la diaphyse, des hémorragies. Les gencives sont tuméfiées, saignantes, quelquefois ulcérées (Netter).

Quant au *scorbut vrai*, il se caractérise par des conditions étiologiques spéciales, des phénomènes anémiques extrêmes, l'œdème dur des membres inférieurs, les lésions buccales très marquées.

Il est impossible d'indiquer le *pronostic* général du purpura, qui est essentiellement lié aux causes et aux formes de l'affection et qui devra être réservé dans les cas les plus bénins en apparence.

TRAITEMENT. — Dans toutes les formes de purpura, le repos au lit est indispensable ; on élèvera même les membres inférieurs dans le lit, sur un plan incliné. Lorsque de nouvelles hémorragies ne se produiront plus spontanément, on permettra au malade une marche

(1) GILBERT et WEIL, *Arch. de méd. expérim.*, 1899.

très courte ; la vie normale ne sera reprise que graduellement ; souvent de nouvelles poussées exigeront des périodes nouvelles de repos pendant plusieurs jours.

S'il existe des ulcérations, on les pansera au moyen de compresses trempées dans des antiseptiques faibles.

Le traitement médicamenteux est des plus difficiles ; on considérera dans de nombreux cas le purpura comme un épisode révélant des troubles hématiques persistants, et le traitement qui sera prescrit sera poursuivi pendant une longue période. En outre, il faudra évidemment remonter à la cause viscérale, rechercher s'il existe des troubles gastriques, hépatiques, rénaux. Contre les troubles sanguins eux-mêmes, on luttera par l'arsenic, l'iode, les sels de chaux, le perchlorure de fer.

L'état de la bouche et de la gorge sera surveillé avec le plus grand soin ; on nettoiera les gencives avec du chlorate de potasse, de la poudre de quinquina, de ratanhia. Il est parfois utile de soumettre les malades au régime lacté pendant la durée du purpura.

L'arrière pharynx sera examiné, on y trouvera dans certains cas le point de départ de la toxi-infection.

Les formes infectieuses, hémorragiques, seront traitées, comme les grandes pyrexies, par les excitants diffusibles, la balnéation froide. (L.)

URTICAIRES

On désigne sous le nom d'*urticaire* une éruption constituée par des saillies du tégument externe, à contours irréguliers, nettement circonscrites, de coloration blanche ou rosée, de consistance ferme et comme élastique, accompagnées généralement de sensations spéciales de prurit et de cuisson et ayant pour caractère essentiel de se produire en quelques instants et de disparaître ou tout au moins de s'affaïsser au bout de quelques minutes ou exceptionnellement de quelques heures. Cette éruption est essentiellement due à un œdème circonscrit du derme.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — L'urticaire reconnaît pour cause prochaine un trouble vaso-moteur de la peau. Ce trouble a été analysé avec une remarquable précision par J. Renaut ; il est l'exagération de ce qui se produit chez beaucoup d'individus à l'état normal : chacun connaît la raie, dite méningitique, que provoque un léger grattage de la peau avec l'extrémité de l'ongle ou une pointe mousse ; tandis que, le plus souvent, elle consiste en une simple traînée érythémateuse, on voit, chez les sujets atteints d'urticaire dermographique, se dessiner, au milieu de la traînée rouge, une ligne décolorée et saillante ; beaucoup plus rarement, cette saillie centrale devient très volumineuse. Barthélemy, qui l'a bien étudiée, la compare au relief que formerait une plume d'oie posée sous le derme. On y

distingue des follicules pilo-sébacés devenus saillants par la contracture des *arrectores pilorum*. Au bout d'un laps de temps qui varie de quelques minutes à quelques heures, la saillie centrale, après s'être graduellement affaissée, disparaît et fait place à une rougeur diffuse qui elle-même s'efface peu à peu.

L'un de nous (H.) a constaté, avec Jacquinet, que la température peut s'élever d'un degré et demi au niveau des plaques d'urticaire dermatographique; il en est probablement de même dans les autres variétés d'urticaire.

Que se passe-t-il en pareil cas? Sous l'influence de l'excitation initiale, il se produit une dilatation vasculaire; il en résulte une hyperémie, et secondairement une exsudation séreuse; les espaces interfasciculaires du derme étant inextensibles et le liquide de l'œdème exsudé sous pression ne pouvant les écarter pour y prendre place, ce liquide s'accumule avec une tension croissante autour des vaisseaux; ceux-ci se trouvant comprimés, il en résulte une anémie locale qui, coïncidant avec la tuméfaction œdémateuse, caractérise la saillie autographique.

Le même processus peut être invoqué pour toutes les urticaires. La résistance qu'oppose à l'infiltration séreuse le tissu du derme suffit à expliquer la production de l'œdème local; il n'est nullement nécessaire de faire intervenir, comme le veut Unna, un spasme des veinules. Cette résistance est si grande dans certaines régions, telles que la paume des mains et la plante des pieds, que la plaque urticarienne ne peut s'y former et que l'altération ne s'y manifeste que par des sensations pénibles de prurit et de cuisson.

Jacquet a démontré que, dans les urticaires, l'éruption cesse de se produire si l'on a préalablement empêché, par l'enveloppement, toute excitation cutanée. Ce fait démontre le rôle que jouent les traumatismes dans l'apparition de lésions qui existent, mais à l'état latent.

Le moindre contact peut suffire à déterminer l'apparition de l'*autographisme* ou *dermographisme*: tels sont la simple excitation avec le rebord de l'ongle, l'affleurement avec la pointe d'un crayon, le passage d'une éponge, le pli d'un vêtement; il n'est que l'exagération de ce que nous avons vu se produire normalement chez nombre de sujets sains; il implique une excitabilité anormale des parois vasculaires ou de leurs nerfs moteurs. On l'observe plus souvent, mais non exclusivement, chez des névropathes. Dujardin-Beaumetz, Mesnet et Barthélemy ont bien montré comment sa production, chez des hystériques, a pu être, dans les siècles derniers, rapportée à une influence démoniaque. Mais on le constate également chez des sujets exempts d'autres troubles nerveux. L'urticaire autographique peut ne s'accompagner d'aucun trouble de la sensibilité: elle diffère ainsi des autres formes que nous allons passer en revue.

On peut, dans l'autographisme (1), étudier le rapport entre la production de la saillie anormale et celle de la sensation ortiée; d'après l'observation de l'un de nous (H.), la douleur ne suit pas immédiatement le contact provocateur: c'est seulement un certain nombre de secondes après l'apparition de la rougeur initiale que le malade commence à éprouver une cuisson pénible, en même temps que se manifeste la saillie ortiée; pendant quarante-cinq secondes environ, cette cuisson augmente d'intensité parallèlement à la saillie. Parvenue alors à son paroxysme, elle provoque un besoin impérieux de grattage; elle s'atténue, puis s'éteint ensuite, alors que la saillie peut durer plusieurs heures. L'un de nous (H.) a conclu de ces faits que les sensations ortiées accompagnant le dermographisme sont liées aux troubles vaso-moteurs qui sont la cause prochaine de l'éruption, et qu'elles n'en sont pas la cause, mais l'effet.

L'existence de ces sensations ortiées dans une partie des cas d'autographisme montre que l'on n'est pas en droit de séparer cette affection des éruptions urticariennes.

L'exsudat initial peut être assez considérable pour donner lieu à la formation de bulles et, d'autre part, l'anémie locale peut troubler assez profondément la nutrition des éléments anatomiques pour qu'il en résulte une *gangrène partielle*: nous aurons en effet à décrire des urticaires bulleuses et gangreneuses.

Il résulte de ces faits que l'urticaire peut être rapportée à un œdème circonscrit d'origine vaso-motrice. Pour la grande majorité des dermatologistes, les troubles vasculaires sont dus à une excitation du système nerveux, l'urticaire est le type des « dermatoneuroses »; pour l'un de nous (L.), ils résultent de l'excitation directe produite par les corps toxiques et les traumatismes externes sur les cellules endothéliales des capillaires.

Dans les formes communes, ces troubles vaso-moteurs restent limités à la peau; dans les formes œdémateuses aiguës et chroniques, ils s'étendent au tissu cellulaire sous-cutané.

Les conditions dans lesquelles l'urticaire peut se produire sont des plus diverses.

L'excitation locale qui donne lieu aux urticaires est, dans la grande majorité des cas, de nature toxique; un exemple en est fourni par les lésions que produisent le contact de l'ortie et les piqûres de certains insectes, parmi lesquels il faut citer, en première ligne, les puces, les punaises, le *Leptum autumnale*, certaines chenilles, les cousins et les moustiques. Ici encore cependant, bien qu'à un degré infiniment moindre que pour l'autographisme, il faut faire intervenir l'excitabilité variable des parois vasculaires ou de la sensibilité

(1) HALLOPEAU et JACQUINET, Contribution à l'étude physiologique de l'urticaire dermatographique (XXIII^e session de l'Association pour l'avancement des sciences, 1894, p. 837).

cutanée; en effet, ces mêmes causes ne déterminent pas la production de l'urticaire chez tous les sujets: il n'est pas rare de voir, par exemple, les morsures de puces et de punaises ne se traduire que par des ecchymoses; bien plus, le même individu, après avoir eu pendant de longues années des urticaires locales provoquées par ces insectes, peut ensuite cesser d'offrir cette réaction. (H.)

Ces urticaires de cause externe sont éminemment passagères et accidentelles; il n'en est pas de même des urticaires de cause interne.

Les plus communes sont celles que provoquent chez des sujets prédisposés — l'urticaire suppose le plus souvent une idiosyncrasie — l'ingestion de certains aliments tels que, en première ligne, les moules, et, d'une manière générale, les mollusques et les crustacés, les poissons de mer, la charcuterie, les viandes faisandées, certains fromages, certains fruits tels que les fraises, les groseilles et les framboises. Diverses substances médicamenteuses peuvent exceptionnellement avoir la même action: nous citerons particulièrement le vin de quinquina, l'antipyrine, le copahu, la térébenthine, le sulfate de quinine, le salicylate de soude, la santoline, l'iodure de potassium, etc. Ces aliments et ces substances, inoffensifs à ce point de vue pour la grande majorité des sujets, deviennent toxiques pour quelques-uns et produisent l'urticaire. Certains agents pathogènes, localisés dans le tégument externe, peuvent de même, exceptionnellement, donner lieu à cette éruption: tel est, d'après l'observation de l'un de nous (1), celui du pityriasis rosé de Gibert.

D'autres fois, l'urticaire compte au nombre des manifestations précoces d'un agent infectieux, tel que celui de la variole, de la rougeole ou de la scarlatine; on l'observe également après la vaccination, dans la dysenterie (2), dans l'impaludisme: c'est probablement par l'intermédiaire de *toxines* qu'agissent en pareil cas ces divers agents infectieux.

Tel est également le mécanisme que l'on est en droit d'invoquer avec le plus de vraisemblance pour les urticaires liées à des troubles chroniques dans les fonctions digestives (3). L'un de nous (L.), dans des recherches poursuivies avec A. Robin, a établi que l'état dyspeptique, chez les urticariens comme chez des malades atteints d'autres affections cutanées, est souvent latent, et qu'il faut pratiquer le tubage pour s'assurer de son existence. Il s'agit régulièrement d'une dyspepsie de fermentation.

Suivant Barthélemy, le dermatographisme serait également en relation constante avec une auto-intoxication digestive, et il le dénomme *dermo-neurose toxi-vaso-motrice*. Chez les ictériques, on peut assez souvent observer l'urticaire. Des toxines sont également la cause pro-

(1) HALLOPEAU, *Des urticaires* (Sem. méd., 1894).

(2) Berliner, 1894.

(3) Pringle a publié l'histoire d'un individu atteint d'hématémèses chez lequel une éruption d'urticaire se produisait chaque fois que le vomissement de sang se renouvelait.

chaîne la plus vraisemblable des urticaires qui surviennent dans les néphrites albumineuses, dans les affections de l'utérus et de ses annexes et, d'une manière générale, dans toutes les maladies qui amènent des troubles de la nutrition.

Parmi les toxémies génératrices de l'urticaire, nous devons enfin mentionner celles qui sont dues à la résorption du liquide hydatique. Divers observateurs avaient vu cette éruption se produire à la suite de la ponction de kystes hydatiques du foie: on doit à Debove d'avoir établi que c'est bien à la pénétration dans la circulation d'une certaine quantité de liquide hydatique qu'il faut en pareil cas rapporter l'urticaire, car il a vu deux fois cette éruption survenir quelques instants ou quelques heures après l'injection sous-cutanée de ce liquide préalablement filtré, soit au voisinage de la ponction, soit à distance.

C'est encore à des toxines que sont dues, suivant toute probabilité, les urticaires qui accompagnent parfois les éruptions érythémateuses et bulleuses de la dermatite herpétiforme de Duhring.

Existe-t-il des urticaires de cause réflexe liées exclusivement à un trouble de l'innervation? On ne peut guère interpréter autrement celles que l'on a vues survenir soudainement sous l'influence d'une vive émotion (H.). Par contre, l'hypothèse d'une urticaire autographique par suggestion, formulée par Barthélemy, ne nous paraît pas démontrée.

Aucune des causes que nous venons d'énumérer ne suffit à produire l'urticaire s'il n'existe pas concurremment, chez le sujet qu'elles intéressent, une prédisposition lui permettant de réagir suivant le mode pathogénique de l'urticaire. On considère cette prédisposition comme liée, soit à l'hystérie, soit à l'arthritisme; nous avons vu que l'influence de l'hystérie ne paraît pas contestable pour la forme autographique de la maladie, mais il n'en est pas de même pour les urticaires toxiques: en réalité, la nature intime de l'idiosyncrasie qui intervient dans la genèse de l'urticaire est encore indéterminée. H. Dauchez a mis en évidence l'influence de l'hérédité sur la production des urticaires infantiles.

SYMPTÔMES. — La plaque urticarienne est constituée, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, par une élévation, à contours généralement irréguliers et festonnés, se détachant nettement des parties saines, formant un relief qui peut atteindre 6 millimètres de haut et même bien davantage; sa couleur est blanche ou rosée, tout au moins dans sa partie centrale; sa surface présente un aspect brillant que l'on a comparé à celui de la porcelaine; sa consistance est ferme et élastique. Ces plaques sont le plus souvent le siège d'un prurit ou d'une cuisson d'une intensité parfois extrême; c'est là un symptôme des plus pénibles. La partie centrale de la plaque peut être légèrement déprimée.

Les plaques peuvent atteindre d'emblée leurs plus grandes dimensions ou s'étendre excentriquement; leur volume peut être comparable à celui d'une pièce de cinquante centimes, d'un franc, de cinq

francs, ou devenir beaucoup plus considérable : on distingue, à cet égard, des urticaires *tubéreuses*, *géantes* et *œdémateuses*. Dans certains cas, la partie centrale s'affaisse et la plaque ne se trouve plus représentée que par un anneau ; d'autres fois, elle se dispose en saillies curvilignes irrégulières, qui méritent à l'éruption le nom d'*urticaria gyrata*. Exceptionnellement, l'exsudat ortié s'accumule sous forme de bulles qui persistent pendant quelques jours pour se dessécher ensuite ; plus rarement encore, le centre de la plaque noircit, s'affaisse et se sphacèle.

La durée des plaques ortiées est le plus souvent éphémère : après avoir rapidement atteint leur acmé, elles s'affaissent d'ordinaire graduellement de manière à disparaître au bout, soit de quelques minutes, soit d'un quart d'heure ou d'une demi-heure ; on peut cependant exceptionnellement les voir se prolonger plus longtemps et ne rétro-céder qu'au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Nous décrirons enfin des urticaires persistantes dont on distingue plusieurs variétés et dans lesquelles, comme l'indique leur nom, l'on voit des lésions durables succéder aux poussées.

L'urticaire n'est pas nécessairement limitée au tégument externe ; dans les formes œdémateuses aiguës et chroniques, les troubles vaso-moteurs intéressent simultanément le tissu cellulaire sous-cutané. D'autre part, on a signalé des urticaires des muqueuses ; on les a observées surtout sur celles des lèvres, des joues, de la langue, du voile et du pharynx ; Cayla a décrit également une urticaire laryngée, pouvant s'accompagner d'œdème de la glotte. Existe-t-il également des urticaires gastriques, intestinales, ovariennes, utérines et bronchiques ? L'apparition soudaine, en même temps que l'éruption ortiée, de vomissements, de diarrhée, de dyspnée ou de désordres utéro-ovariens plaide en faveur de cette manière de voir, bien que l'on ne puisse l'appuyer sur l'observation directe.

Les plaques ortiées peuvent être le plus souvent, mais non constamment, provoquées par l'excitation mécanique des téguments.

L'urticaire peut laisser à sa suite des cicatrices ; elles ont été signalées par l'un de nous dans trois cas d'urticaire pigmentée (elles n'avaient pas été précédées d'excoriations) (1), par Malcolm Morris et par Kaposi qui les a vues survenir à la suite de pustulations.

Formes. — Après avoir indiqué d'une manière générale quels sont les caractères de la plaque ortiée, nous devons étudier les différents états morbides dont elle constitue le symptôme dominant ; nous passerons ainsi en revue successivement l'*autographisme*, l'*urticaire par piqûres d'insectes*, l'*urticaire ab ingestis*, les *urticaires œdémateuses*, l'*urticaire fébrile*, l'*urticaire chronique et récidivante*, et enfin les *urticaires persistantes*, dont les plus remarquables sont les *urticaires pigmentaires*.

(1) HALLOPEAU, *Sur la production de cicatrices dans l'urticaire pigmentée* (S. F. D., 1892). — *Sur une urticaire pigmentée en bandes transversales avec cicatrices* (S. F. D., 1896). — *Sur une urticaire pigmentée avec cicatricules* (S. F. D., 1898).

L'urticaire *autographique* est remarquable par sa circonscription exacte aux parties des téguments qui ont été le siège d'une irritation mécanique, peu importe que cette excitation ait été produite accidentellement par des contacts involontaires ou par la main de l'expérimentateur. A côté des plaques linéaires qui viennent d'être provoquées par la pression du doigt, on en voit d'autres qui se sont développées à l'insu du malade par le contact de ses vêtements.

L'autographisme peut s'accompagner d'une sensation de chaleur ou de cuisson ortiée ou rester absolument indolent. C'est surtout sur les parois du thorax, et particulièrement sur le dos, qu'on peut le provoquer ; on peut ainsi inscrire sur les téguments des phrases ou des signes souvent rouges et formant un relief qui peut atteindre 5 millimètres.

On sait que, dans les siècles derniers, on s'est servi de ces signes pour faire considérer comme démoniaques et livrer à la torture des sujets atteints de cette affection.

L'urticaire par *piqûres d'ortie* ou *d'insectes* est généralement éphémère et limitée à la partie lésée ; pourtant, Kaposi relate des faits dans lesquels des plaques ortiées multiples se sont développées en différents points de la surface cutanée consécutivement à ces piqûres d'insectes : d'après cet auteur, il se produirait, à distance, une irritation réflexe des nerfs vasculaires. Sans nier la possibilité d'une pareille action, nous ne pouvons l'admettre que sous toutes réserves, car comment éliminer en ces cas la possibilité de nouvelles piqûres ?

L'urticaire *ab ingestis*, qu'il s'agisse d'aliments renfermant des substances toxiques ou de médicaments, est celle qui attire le plus communément l'attention du médecin. Elle est remarquable par l'acuité de sa marche et les troubles fonctionnels qui l'accompagnent ; elle se développe en peu de temps, parfois quelques instants après l'ingestion de la substance nuisible ; elle s'accompagne d'un prurit et d'une sensation de cuisson des plus pénibles ; chez certains malades, elle empêche le sommeil, provoque incessamment des grattages frénétiques et constitue ainsi un véritable supplice. Concurrément, il se produit des troubles digestifs, et particulièrement une sensation pénible de pesanteur épigastrique, accompagnés de nausées et de vomissements, quelquefois de la diarrhée, parfois aussi une sensation d'oppression intense et persistante, de la céphalalgie et de l'agitation. Ces accidents sont généralement de courte durée ; ils disparaissent au bout de quelques heures ou de deux à trois jours. Ils peuvent exceptionnellement s'accompagner d'une réaction fébrile prononcée et se prolonger pendant un septénaire au plus.

Fischer (1) a vu cette forme aiguë succéder à un accès de colère, s'accompagner de perte de connaissance et amener en peu de jours la coloration grise de touffes de cheveux.

(1) FISCHER, *Monatsh.*, 1894.

Nous considérons comme une variété d'urticaire l'affection qui est désignée sous le nom d'*œdème aigu* et a été observée par Milton, Quincke, Riehl et l'un de nous avec Courtois-Suffit. Elle est caractérisée par la production soudaine, en différentes parties du corps, de tuméfactions considérables, atteignant parfois ou même dépassant les dimensions de la paume de la main. La peau, à leur niveau, est rouge et tendue, les rebords sont légèrement saillants, la douleur est nulle, la consistance molle. Au bout de quelques heures, cette tuméfaction disparaît sans laisser de traces, mais des poussées analogues se font en d'autres régions; elles continuent ainsi à se produire, avec ou sans accalmies plus ou moins prolongées, pendant des semaines, des mois ou des années. Malgré l'absence de prurit, l'évolution de ces lésions et l'ensemble de leurs caractères nous paraissent établir qu'elles sont de même nature que l'urticaire chronique. L'excitation porte sans doute, en pareil cas, sur tous les vaisseaux de la partie tuméfiée.

Les urticaires de l'*impatudisme* peuvent précéder ou accompagner les accès fébriles; elles cessent avec eux. On peut les observer dans les formes larvées de la maladie et particulièrement dans les névralgies; elles méritent alors la dénomination que leur ont donnée Besnier et Doyon de *zona ortié*.

Les urticaires des *fièvres typhoïdes* et *exanthématiques*, initiales ou terminales, sont passagères.

Dans les *urticaires chroniques*, il se fait incessamment de nouvelles poussées éruptives: elles se renouvellent, soit tous les jours, parfois à une heure déterminée, soit à intervalles plus éloignés. Elles peuvent coïncider avec un très bon état apparent de santé générale; nous les avons vues plusieurs fois se produire indépendamment de tout autre phénomène morbide; elles peuvent se prolonger ainsi pendant des mois et même des années.

D'après Schuetz (1), ces récidives d'urticaire chronique peuvent être provoquées par des impressions tactiles ou par des sensations de chaleur ou de froid: c'est ainsi que l'entrée dans une chambre chaude, la chaleur du lit, les sorties à l'air froid, les applications froides peuvent les déterminer: *elles se reproduisent toujours, chez certains sujets, dans les mêmes régions*; on peut momentanément empêcher ces récidives en épuisant l'excitabilité des vaso-moteurs: c'est ainsi que l'urticaire à *frigore* disparaît sous l'influence d'applications chaudes et ne peut plus ensuite être reproduite pendant un certain temps et *vice versa* pour l'urticaire par hyperthermie.

L'urticaire récidivante peut offrir une marche aiguë. Dans un cas de Lemonnier (2), il se produisait fréquemment des poussées remar-

(1) SCHUETZ, *Münch. med. Wochenschr.*, 1895.

(2) LEMONNIER, *S. F. D.*, 1896.

quables par les dimensions énormes des plaques qui atteignaient 20 centimètres de diamètre et aussi par l'*amblyopie passagère*, liée probablement à une localisation rétinienne, qui les accompagnait quand il y avait une localisation faciale: ces accidents ont été remplacés par des crises gastriques.

Nous rapprocherons de ces urticaires chroniques celle qui survient chez les jeunes enfants, particulièrement chez les rachitiques (Comby), et qui est liée, comme l'est fréquemment l'urticaire de l'adulte, à des fermentations gastro-intestinales. Elle a été désignée par Bateman sous le nom de *lichen urticatus* et bien étudiée par Colcott Fox, R. Crocker, H. Dauchez et Rosenthal. Les plaques ortiées y présentent ce caractère particulier que leur centre est occupé généralement par une papule, parfois par une vésicule ou une pustule; la papule centrale répond souvent à un follicule pilo-sébacé. L'un de nous (H.) a communiqué, en 1892, à la Société de dermatologie, un fait de cette nature (1); les papules consécutives aux plaques ortiées offraient nettement le caractère lichénoïde; il en concluait que *leur production devait être due surtout au grattage*, car Brocq a établi que ces éruptions lichénoïdes représentent un des modes de réaction du tégument externe sous l'influence de cette irritation. *Il en est de même des autres lésions inflammatoires signalées par Colcott Fox.*

— Chez le même malade, on observait la production de *macules* consécutives aux plaques ortiées; le pigment peut résulter d'une transformation de l'hémoglobine de globules rouges exsudés ou d'un trouble dans la nutrition des cellules du corps de Malpighi.

Le prurigo de Hebra peut, chez les enfants, s'accompagner d'éruptions semblables (Voy. le chapitre consacré à cette maladie).

L'un de nous (H.) a montré que les *manifestations de l'urticaire œdémateuse*, au lieu de s'effacer au bout de quelques heures, peuvent persister pendant des années; la tuméfaction augmente de temps à autre sous l'influence de nouvelles poussées: elle est remarquable par sa dureté et sa résistance à la pression du doigt et rappelle le myxœdème. Siégeant surtout au visage, et amenant ainsi une tuméfaction persistante des yeux et des paupières, elle donne lieu à une modification étrange de la physionomie (2). Les paupières supérieures forment d'énormes bourrelets; les ouvertures palpébrales s'effacent presque complètement lorsque le malade regarde en bas; les joues présentent un relief considérable au-dessus du pli qui les séparent du lobule du nez; l'ouverture buccale est rétrécie; l'œdème forme un double menton. De temps à autre, il se fait des poussées ortiées fébriles; dans leur intervalle, la tuméfaction augmente fréquemment

(1) HALLOPEAU et BARRIÉ, *Sur un cas d'urticaire chronique, début probable d'un prurigo de Hebra* (*S. F. D.*, 1892).

(2) HALLOPEAU, *Sur un cas d'œdème chronique d'origine ortiée* (*Ann. de dermat. et de syph.*, fév. 1893 et juin 1898).