

peut varier suivant les sujets et, chez le même sujet, en différentes circonstances et périodes de son existence, agit par l'intermédiaire des nerfs vaso-dilatateurs, et l'on a même considéré ces affections comme des *angio-névroses*: l'intervention de ce trouble d'innervation donne en effet l'interprétation de l'érythème et des phénomènes d'exsudation, bien que l'on puisse également supposer, avec l'un de nous (L.), une action directe des toxines sur les parois vasculaires et les cellules des tissus; il est, en tous cas, étroitement subordonné à l'action de ces toxines.

Nous avons indiqué précédemment que la nature du processus érythémateux peut être inflammatoire; selon nous, il l'est ici dans tous les cas: il y a en effet une telle parenté entre les manifestations multiples de ces maladies que l'on est nécessairement conduit à les rattacher à un seul et même processus: or, si les examens histologiques et certains caractères cliniques, tels que les saillies végétantes (H.), ont indiqué en toute certitude, pour certains faits, qu'il s'agissait de phlegmasies, on est autorisé à généraliser cette conception et à dire: *les dermatoses que l'on qualifie d'érythèmes polymorphes sont de nature inflammatoire.*

Quel rôle jouent dans cette évolution morbide les altérations sanguines décrites par l'un de nous (L.)? Peut-être sont-elles dues à des réactions des organes hématopoiétiques d'origine toxique et provoquent-elles les lésions de la peau (L.)? Peut-être les corps toxiques agissent-ils simultanément sur les organes hématopoiétiques et sur la peau (H.)? En tout cas, il est très vraisemblable que les arthropathies reconnaissent pour cause prochaine des altérations de la moelle osseuse. Celles-ci peuvent expliquer les rapports de ces érythèmes avec le rhumatisme articulaire aigu et les pseudo-rhumatismes.

ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES

Ces érythèmes sont constitués par des éruptions en nappes ou en petites taches confluentes simulant celles de la scarlatine; ils se produisent souvent sans cause appréciable et se renouvellent plusieurs fois, à intervalles plus ou moins éloignés, chez le même sujet (*érythèmes desquamatifs récidivants*). Ils aboutissent à une exfoliation.

ÉTIOLOGIE. — On ne possède aucune donnée à cet égard; la récurrence des éruptions semble indiquer, soit un mode de réaction spécial aux sujets qui en sont atteints, soit la genèse, chez eux, de toxines spéciales encore indéterminées. Dans un cas publié par l'un de nous (H.) et Tuffier, l'éruption est survenue sur le déclin d'une deuxième atteinte de rhumatisme articulaire aigu franc (1).

SYMPTÔMES. — a. *Forme généralisée.* — Le début de la maladie est

(1) H. HALLOPEAU et TUFFIER, *Sur un cas d'érythème scarlatiniforme survenu dans le cours d'un rhumatisme aigu* (Soc. méd. des hôpitaux, 1889).

ordinairement soudain; quelquefois, cependant, il est précédé, pendant quelques jours, d'une sensation de malaise qui en annonce le retour aux malades qui en ont l'expérience.

Une réaction fébrile plus ou moins intense, avec l'ensemble de troubles fonctionnels qu'elle entraîne, marque habituellement l'invasion de l'organisme; elle est généralement de courte durée: elle peut cependant se renouveler suivant des types divers.

L'éruption qui accompagne cette réaction fébrile, ou lui fait suite rapidement, envahit le plus souvent la plus grande partie ou la totalité de la surface du corps; mais elle n'est pas le plus habituellement d'emblée généralisée; elle débute, soit par les bras, soit par le tronc; elle n'intéresse qu'en dernier lieu la tête et les extrémités; souvent, elle est au début péri-folliculaire et ce n'est que secondairement qu'elle devient lisse comme dans la scarlatine.

La coloration peut présenter toute la gamme que l'on observe dans la scarlatine vraie; exceptionnellement, il se produit une infiltration hémorragique plus ou moins prononcée sous forme de *pétéchies*; on l'observe surtout aux quatre membres (1).

La peau est souvent épaissie et comme infiltrée; lorsque l'on passe les doigts à sa surface, elle donne la sensation de chair de poule; elle peut garder l'impression du doigt; parfois, l'œdème est généralisé (2); rarement, il se produit concurremment des plaques d'urticaire; on a vu plusieurs fois survenir, soit des vésicules, soit des bulles plus ou moins volumineuses (Homolle); on peut observer des inflammations suppuratives de follicules sébacés ou de glandes sudoripares, particulièrement dans les régions axillaires; Besnier signale encore comme possible l'apparition d'éruptions eczématoïdes, d'ilots phlegmasiques: l'un de nous (H.) a vu se produire en diverses régions, particulièrement au niveau des plis articulaires, des excoriations avec exsudation concrétée en croûtelles ou en croûtes relativement épaisses: il peut survenir également des gangrènes partielles, des arthropathies (H.).

Les malades peuvent, au début, accuser diverses sensations pénibles, lesquelles consistent le plus souvent en une cuisson, ou en un prurit plus ou moins intense, parfois violent; elles cessent quand commence la desquamation.

On a noté simultanément l'état saburral ou vernissé, ainsi que la rougeur de la langue et l'hypémie concomitante des muqueuses nasales et oculaires: la détermination gutturale de la scarlatine fait le plus souvent défaut.

La desquamation est remarquable par sa précocité, son intensité et sa durée.

(1) HALLOPEAU et L. BRODIER, *Sur un cas de dermatite scarlatiniforme hémorragique compliquée d'endo-péricardite* (S. F. D., 1893).

(2) BROCCO, *Érythème desquamatif récidivant* (Arch. gén. de médecine, 1886).

Elle commence à être perceptible dès le second ou le troisième jour, alors que l'exanthème est encore dans toute son activité, en quelques régions telles que, d'ordinaire, les aines, les avant-bras, le pourtour des ongles : ce sont, au début, de fines squames; plus tard, l'exfoliation épidermique se fait en larges lambeaux, devient énorme; le lit est rempli de squames; c'est surtout aux mains et aux pieds que les squames atteignent une grande épaisseur et des dimensions considérables; elles peuvent prendre aux doigts et aux orteils la forme en doigts de gant; la surface sous-jacente à l'épiderme exfolié est rouge et généralement lisse et sèche, parfois, au contraire, plus ou moins suintante; il n'est pas rare de voir se produire des vésicules miliaires ou des sudamina au pourtour desquels commence la desquamation.

L'exfoliation épidermique peut ne pas se renouveler ou au contraire persister pendant plusieurs semaines : c'est là une différence essentielle avec ce que l'on observe dans la scarlatine.

Les ongles et les poils sont souvent altérés et tombent en même temps que l'épiderme; mais ce n'est pas la règle.

Diverses complications viscérales ont été signalées, particulièrement des lésions cardiaques, pulmonaires, rénales ou intestinales; il peut y avoir de l'albuminurie (H.); l'un de nous (H.) a vu survenir un avortement.

La marche de la maladie est aiguë ou subaiguë : dans ce dernier cas, la desquamation peut se prolonger pendant plusieurs semaines ou même davantage et l'affection rentre ainsi dans la catégorie des dermatites exfoliatrices. Quand l'exfoliation est en rétrocession, les squames deviennent de plus en plus petites et finalement furfuracées; ultérieurement, il persiste un certain degré de sécheresse de la peau; les récidives sont fréquentes : elles cessent généralement avec les progrès de l'âge; on en a observé jusqu'à neuf chez le même sujet (1).

b. *Forme partielle.* — Elle a été décrite par Hardy (2). C'est une éruption de taches rouges qui se disséminent sur le tronc, les plis des coudes, les parties internes des cuisses, et peut envahir ultérieurement le cou et la face; elle peut survenir après un mouvement fébrile de vingt-quatre à quarante-huit heures de durée; il peut y voir concurremment un léger degré d'angine gutturale. L'éruption s'accompagne de cuisson ou de prurit. Elle est disposée, comme l'a bien vu R. Crocker, en plaques à contours nettement limités. Sa durée

(1) L'un de nous (H.) a constaté qu'à la période de desquamation les accumulations de pigment hématisé qui sont consécutives aux pétéchies siègent exclusivement dans l'épiderme et disparaissent complètement quand les squames se détachent. Il n'a pas évidemment dû en être ainsi au début de la maladie; c'est nécessairement dans le corps papillaire que l'hémorragie a dû se produire. Le sang s'est infiltré ensuite dans les cellules épidermiques. Si l'on ne retrouve la matière colorante que dans ces derniers éléments, c'est qu'elle y est restée en dehors du mouvement circulatoire et des échanges nutritifs qui, dans son foyer initial, en ont amené la résorption.

(2) HARDY, *Leçons sur les mal. de la peau*, 1851, et *Traité des mal. de la peau*, 1886.

dépasse peu, en général, un septénaire, à moins de nouvelles poussées; elle se termine par une desquamation, soit en fines lamelles, soit lorsqu'elle occupe les faces palmaires et plantaires, en larges lambeaux. Il faut étudier avec soin les circonstances dans lesquelles s'est développée l'éruption, car on peut voir une dermatose tout à fait semblable être provoquée par une intoxication.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Elle n'est qu'incomplètement connue. L'un de nous (L.) a vu, avec Dominici, l'œdème du derme avec infiltration de cellules autour des vaisseaux, la dilatation de ceux-ci, l'effacement des papilles, la disparition de la couche granuleuse, des altérations des cellules du corps muqueux. Dans le même cas, il existait de la leucocytose et de l'éosinophilie (1).

DIAGNOSTIC. — Il doit être fait surtout avec la scarlatine : dans les deux cas, les exanthèmes et énanthèmes, ainsi que les symptômes généraux, peuvent être très analogues : Besnier attache à cet égard une importance capitale à la desquamation précoce; ultérieurement, la persistance de la desquamation, son renouvellement incessant et aussi, lorsqu'elles se produisent, les dystrophies unguéales, viennent nettement différencier les deux maladies.

Les *érythrodermies prémycosiques* sont généralement apyrétiques; la desquamation y est nulle ou peu abondante; dans la grande majorité des cas, le prurit y est constant et souvent atroce; il se produit concurremment des adénopathies, mais elles peuvent exister dans l'érythème scarlatiniforme (Leredde et Dominici).

PRONOSTIC. — Il est fâcheux en raison de la durée de la maladie et des troubles de la nutrition générale qu'elle détermine, mais elle occasionne rarement la mort; la terminaison fatale peut survenir sous l'influence de complications cardio-pulmonaires (H.).

TRAITEMENT. — Il ne peut être que purement symptomatique; la thérapeutique est jusqu'ici impuissante contre la cause prochaine de cette maladie.

FORMES CHRONIQUES

ÉRYTHÈMES CHRONIQUES

Ils n'ont encore été qu'incomplètement étudiés. L'un de nous (H.) en a observé une forme papuleuse et circonscrite limitée à l'abdomen et aux membres inférieurs. Les éléments, peu élevés, ne disparaissaient qu'incomplètement sous la pression des doigts; ils s'accompagnaient d'une suffusion sanguine; ils étaient groupés en cercles irréguliers. Le prurit et la réaction générale étaient nuls. Les papules s'affaissaient peu à peu sans laisser d'autres traces que des macules bru-

(1) LEREDDE et DOMINICI, *S. F. D.*, 1899.

nâtres sans desquamation. De nouveaux cercles se sont ainsi reproduits pendant plusieurs mois. Cette forme peut être dénommée *érythème circiné persistant*.

R. Crocker et Campbell ont décrit, en 1894 (1), une forme qu'ils ont dénommée *erythema elevatum et diutinum*; Smith l'a ultérieurement observée; elle se produit chez les jeunes gens, particulièrement chez ceux qui sont gouteux ou rhumatisants; l'éruption se fait surtout au pourtour des articulations, dans la continuité des membres, du côté de l'extension, et sur les paumes des mains. — Elle est constituée par des nodules, isolés ou confluent, ronds ou ovales, durs, résistants sous le doigt, d'abord érythémateux, violacés, puis purpuriques; ils se déplacent avec la peau sur les parties sous-jacentes; ils peuvent récidiver ou persister pendant plusieurs semaines.

Par places, la peau est sensiblement épaissie d'une manière diffuse, sans que l'on puisse constater de formation nodulaire; jamais il ne se produit d'ulcération; ces lésions sont constituées surtout par un épais tissu fibreux; elles persistent durant des années sans se modifier: c'est dire que jusqu'ici la thérapeutique n'a pas d'action sur elles.

Hutchinson a décrit antérieurement un type très voisin: on l'observe chez des adultes; les nodules sont d'abord aplatis; ils s'agglomèrent en de larges surfaces de couleur violacée et s'accompagnent d'une infiltration œdémateuse.

Il est de toute évidence que ces dermatoses n'ont de commun que le nom avec les érythèmes polymorphes.

Kaposi a encore décrit un *érythème folliculaire* avec chute de l'épiderme; des papules s'y développent autour des orifices pilo-sébacés; elles s'agglomèrent en groupes dont les dimensions varient entre celles d'une pièce de cinquante centimes et celles d'une pièce de cinq francs; d'un rouge violacé, plus ou moins saillantes, localisées surtout du côté de l'extension des membres, elles desquamant en croûtes lamelleuses; on les a vues durer de quatre à dix mois (2).

DERMATITES EXFOLIATRICES

Elles sont très voisines de l'érythème scarlatiniforme (Voy. p. 689); elles peuvent en être considérées comme une forme prolongée.

Les dermatites exfoliatrices sont des maladies de l'âge adulte, plus fréquentes chez l'homme.

SYMPTÔMES. — Le *début* peut être marqué par une réaction fébrile d'intensité moyenne avec exacerbations vespérales et frissons suivis de sueurs; elle est accompagnée parfois de vives sensations prurigineuses. L'éruption est constituée d'abord par des nappes rouges isolées qui

(1) R. CROCKER et CAMPBELL, *A. D.*, 1894.

(2) KAPOSI, *A. f. D.*, 1894.

occupent le plus souvent les grands plis articulaires, puis s'étendent, se fusionnent et, en quelques jours ou plus lentement, envahissent la continuité des membres, le tronc, et gagnent enfin la tête; les extrémités et la nuque, d'après Brocq, peuvent n'être intéressées qu'au bout de quelques semaines (1). La coloration peut être celle d'une roséole; plus souvent, elle est d'un rouge intense, framboisée, comparable à celle d'une scarlatine; elle disparaît incomplètement sous la pression du doigt. On note en même temps un épaississement notable du derme.

Bientôt, survient une desquamation, d'abord en grosses lamelles, puis en larges lambeaux qui peuvent atteindre plus de 20 centimètres de diamètre (Vidal). Ces squames peuvent être imbriquées comme les bractées d'un cône de houblon (E. Wilson); adhérentes par un de leurs bords, elles se détachent et se rebroussent dans le reste de leur étendue. Vidal et Leloir ont vu cette imbrication suivre, dans la région deltoïdienne et à la partie supérieure des cuisses, les lignes de clivage de la peau.

La desquamation ne se produit qu'au bout de six à huit semaines dans les régions palmaires et plantaires; en raison de l'épaisseur que présente l'épiderme dans ces régions, elle s'y fait en larges lambeaux qui peuvent simuler un gant ou une semelle de pantoufle; ils peuvent, avant de se détacher, être soulevés par un épanchement séreux qui ultérieurement se résorbe (2). Les téguments peuvent être tuméfiés et indurés; il en résulte, au visage, de l'ectropion, une tuméfaction des lèvres avec rétrécissement de l'orifice buccal, un gonflement des oreilles; ces altérations produisent une modification étrange de la physionomie. Le plus habituellement, les ganglions se tuméfient et s'indurent dans les régions cervicales, axillaires et inguinales; les cheveux et les poils tombent; l'alopecie peut être complète au bout de quelques semaines; les ongles, après avoir perdu leur poli, se soulèvent d'abord peu à peu dans leur partie postérieure; puis, leurs bords latéraux se décollent graduellement et ils se détachent; ils sont remplacés par des lamelles incomplètement kératinisées qui peuvent à leur tour se détacher. Quelquefois, l'altération de ces organes est moins profonde; elle se caractérise seulement par un aspect terne de la surface avec formation d'un piqueté ou de stries jaunâtres et de sillons transversaux. La peau est hyperesthésiée; l'impression du froid y est péniblement ressentie. Les malades accusent un prurit intense et se grattent avec frénésie; il en résulte souvent des suintements au niveau des plis articulaires ainsi que dans les sillons rétro-auriculaires, avec formation de croûtes jaunâtres et production d'infections secondaires sous forme de furoncles, d'antrax, d'abcès sous-cutanés. On peut observer également des soulèvements pemphigoides.

(1) LELOIR et VIDAL, *Traité des mal. de la peau*, 1889.

(2) LELOIR et VIDAL, *loc. cit.*

Brocq (1) a vu les conjonctives, la pituitaire, les lèvres et la muqueuse buccale être envahies; les lèvres se fendillent, s'excorient et deviennent le siège de croûtelles et d'exsudats pseudo-membraneux; la langue est également fissurée; elle desquame; il en est de même de l'isthme du gosier et du pharynx; les ganglions se tuméfient; le même auteur et Vidal signalent des complications articulaires et cardiaques, de la surdité, de l'iritis; Quinquaud a trouvé des myélites; on a vu survenir des paraplégies incomplètes et de l'affaiblissement intellectuel; il peut se produire des diarrhées qui font soupçonner un envahissement de la muqueuse intestinale.

L'exfoliation épidermique peut se prolonger pendant des mois ou des années. Les accès fébriles du soir deviennent de moins en moins intenses et finissent par disparaître; la nutrition générale a beaucoup souffert du fait de la fièvre et de la déperdition des produits épidermiques.

La guérison est marquée par la disparition graduelle de la fièvre ainsi que de la rougeur cutanée; les squames diminuent d'épaisseur et d'étendue; elles redeviennent furfuracées, comme elles l'étaient au début. Pendant longtemps, la peau peut rester plus ou moins fortement pigmentée. Les ongles nouvellement formés sont d'abord minces et irréguliers à leur surface; ce n'est qu'au bout de huit à neuf mois qu'ils reprennent leur aspect normal.

Il peut se faire des poussées successives: chacune d'elles est caractérisée par de nouveaux accès fébriles, une accentuation de la rougeur, une abondance plus grande de la desquamation, une chute des cheveux qui repoussaient grêles et ondulés sur le crâne dénudé; les ongles s'altèrent et tombent de nouveau. Cette maladie peut se terminer par la mort qui survient sous l'influence, soit de l'adynamie, soit d'une complication, le plus souvent, d'une escarre sacrée, trochantérienne ou malléolaire.

La durée moyenne de la maladie est, d'après Vidal et Leloir, de six à neuf mois; il est exceptionnel de la voir se terminer au bout de trois ou quatre mois; elle peut se prolonger durant près d'une année.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE (2). — La couche granuleuse disparaît. Le tiers inférieur de la couche cornée n'est qu'incomplètement kératinisé; il se colore par le carmin. Une exsudation abondante de leucocytes se fait autour des vaisseaux dans la couche papillaire; dans la couche profonde du derme, on observe également des manchons leucocytaires autour des vaisseaux.

DIAGNOSTIC. — Cette dermatose offre de grandes analogies avec la *dermatite scarlatiniforme*: elle s'en distingue par ce fait que l'exfoliation, au lieu de se faire en une fois, s'y continue durant plusieurs mois et aussi par l'absence de récidives.

(1) BROCC, *Étude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée*. Thèse de Paris, 1882, et *Congrès de dermatologie*, 1889.

(2) VIDAL, *Anat. path. de la dermatite exfoliatrice* (Soc. méd. des hôp., 1889).

Les *herpélides exfoliatrices malignes* sont des éruptions secondaires: les antécédents du malade et la réapparition de la dermatose initiale, lorsque la poussée d'exfoliation s'est terminée, conduisent au diagnostic.

PRONOSTIC. — Nous avons vu que la dermatite exfoliatrice constitue une affection grave par sa durée, par les troubles qu'elle amène dans la nutrition générale, par les complications de nature diverse qui peuvent y survenir et entraîner la mort.

TRAITEMENT. — On peut essayer, à l'intérieur, l'usage des antiseptiques, tels que le naphthol β ; l'on protégera la peau contre les invasions microbiennes par l'application de corps gras antiseptiques, tels que le liniment oléo-calcaire additionné d'un deux-centième d'acide phénique.

NATURE ET PATHOGÉNIE. — Les analogies que présente cette dermatose avec celles qu'engendrent diverses intoxications conduisent à penser qu'elle est également d'origine toxique, mais on ne possède aucune donnée sur la nature du poison; on peut supposer seulement, en raison des circonstances dans lesquelles la maladie survient, qu'il est autochtone; c'est sans doute en s'éliminant par la peau qu'il en provoque l'inflammation et l'exfoliation.

HYDROA VACCINIFORME

L'hydroa vacciniforme a été décrit par Bazin en 1862. C'est une affection des plus rares et Brocq, qui en a résumé les caractères dans un travail récent, n'en a pu réunir que 16 cas. Hutchinson en a décrit un fait sous le nom de *Summer eruption* (1).

ÉTILOGIE. — L'affection s'observe surtout chez les enfants, particulièrement chez les garçons; elle disparaît de vingt à trente ans, mais il y a des exceptions (Brocq).

On l'attribue à l'action des rayons solaires, parce qu'elle atteint les régions découvertes et qu'elle survient au printemps et en été. Ses poussées surviendraient parfois le lendemain du jour où le malade s'est exposé aux rayons du soleil. Il est avéré cependant que parfois les régions couvertes en sont atteintes, qu'elle peut intéresser la muqueuse buccale, et que parfois ses poussées se font en hiver: elle n'est donc pas, en tout cas, due nécessairement à l'influence solaire.

Il n'y a pas besoin de faire remarquer combien cette étiologie est peu satisfaisante. Malheureusement, la maladie est d'observation trop rare pour qu'on puisse l'étudier à loisir. Nous croyons que l'hydroa vacciniforme doit être plutôt considéré comme une toxidermie. D'autre part, ses lésions histologiques se rapprochent singulièrement

(1) BAZIN, *Leçons sur les aff. génériques de la peau*, 1862. — RADCLIFFE CROCKER, *Diseases of the skin.*, 1893. — C. BOECK, *A. f. D.*, 1894. — BOWEN, *Journ. of cut. and gen. ur. dis.*, 1894. — BROCC, *A. D.*, 1894. — WHITE, *Journ. of cut. dis.*, 1898.

de celles de la *folliculis* de Barthélemy (*granulome innominé de Tenneson-Leredde, tuberculose papulo-nécrotique*).

SYMPTÔMES. — L'affection atteint avec prédilection les régions découvertes, c'est-à-dire la face et les mains; mais déjà Bazin a signalé des lésions sur les régions couvertes, telles que les pieds, et même sur les muqueuses. Balzer a vu l'affection se généraliser (communication orale).

On observe d'abord des taches hyperémiques qui s'infiltrent rapidement et deviennent saillantes. Les éléments sont arrondis ou allongés; leur volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'un petit pois. Quelquefois, ils atteignent des dimensions plus considérables et peuvent avoir un diamètre de 1, ou même, très exceptionnellement, de 2 centimètres. A cette période, ils sont d'une couleur opaline, demi-transparents, perlés (Brocq). On constate tout autour une étroite zone congestive.

Si l'on ouvre ces éléments avec une pointe d'aiguille, on en fait sortir un liquide séreux, mais ils ne s'affaissent pas.

Bientôt, le sérum se résorbe, et le centre de l'élément se déprime; il prend alors une teinte hémorragique; la périphérie saillante reste opaline; elle est entourée d'une aréole rouge.

A une période plus avancée, la lésion prend une coloration jaunâtre et se recouvre d'une croûte hémorragique centrale, qui s'étend peu à peu. Celle-ci correspond à une ulcération; il se produit, comme l'a montré Bowen (*vide infra*), une véritable gangrène. La cicatrisation se fait peu à peu; en une ou deux semaines, elle est achevée; la croûte tombe et laisse à nu une cicatrice déprimée, irrégulière, varioliforme, rouge d'abord, puis blanche, parcourue par des téléangiectasies.

Les éléments sont plus ou moins nombreux, quelquefois très serrés; sur certains points, ils forment des plaques irrégulières. Les poussées peuvent s'accompagner de tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et inguinaux (Bowen).

Le début de ces lésions est quelquefois accompagné de troubles nerveux et gastriques, ainsi que de frissons. Localement, elles sont précédées et s'accompagnent de sensations de tension et de brûlure.

Les poussées durent d'une à quatre semaines.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions de cette maladie ont été étudiées par Bowen; il a observé une nécrose du derme et de l'épiderme. Au niveau du corps muqueux, on trouve un réseau comprenant des débris granuleux et des leucocytes. Le derme est mortifié; les vaisseaux dilatés ont des parois nécrosées; on constate des hémorragies. Autour de la région nécrosée, on trouve de petites cellules.

Il serait indispensable, du reste, d'étudier les lésions à leur début pour être fixé plus complètement sur le processus.

Dans deux cas récents, White a trouvé dans le sang une éosinophilie de 8 à 15 p. 100 et une éosinophilie très marquée dans les bulles.

D'après ce fait, l'hydroa vacciforme devrait être rapproché de la dermatose de Duhring (L.).

DIAGNOSTIC. — Il serait des plus faciles, n'était la rareté de la maladie: la marche aiguë, la limitation ou la prédominance marquée des lésions à la face et aux mains, l'aspect d'abord opalin, puis hémorragique, ainsi que la formation d'une croûte adhérente sont caractéristiques.

Comme cet hydroa, l'*acnilis* de Barthélemy peut atteindre avec prédilection les mains et la face; mais ses éléments ne présentent pas le caractère d'inflammation aiguë qu'on observe dans cette dermatose; ils sont d'abord profonds et perceptibles seulement au doigt; il n'y a pas d'hémorragie superficielle.

Les lésions de l'*érythème polymorphe*, au début, peuvent simuler celles de l'hydroa vacciforme; mais, plus tard, on assiste à la formation de véritables vésicules ou de bulles ou à la régression pure et simple des éléments, sans hémorragies, sans cicatrices.

PRONOSTIC. — La gravité de l'hydroa vacciforme est due aux cicatrices que laissent les éléments nécrotiques, et qui couvrent, dans les cas graves, les régions moyennes de la face et les oreilles, ainsi qu'aux récurrences qui sont de règle, la maladie évoluant par poussées qui séparent de longs intervalles.

TRAITEMENT. — Les malades sujets à l'hydroa vacciforme éviteront la lumière vive et le soleil ainsi que le vent; la peau sera enduite de vaseline.

L'affection guérit spontanément; mais il convient de faire tomber les croûtes et, dans ce but, il faut appliquer des enveloppements humides permanents, et faire des pulvérisations et saupoudrer ensuite avec le talc mélangé d'oxyde de zinc. (L.)

HERPÈS

On désigne sous ce nom des éruptions de nature diverse qui ont pour caractères communs d'être constituées par des *éruptions de vésicules groupées, parfois confluentes, d'une certaine durée, reposant sur une base érythémateuse*: ce n'est évidemment là qu'un syndrome.

En ajoutant diverses épithètes à cette dénomination, on s'en sert pour désigner plusieurs espèces morbides bien définies au point de vue clinique: ce sont l'*herpès Zoster* (Voy. *Zona*), l'*herpès* que nous appellerons *vulgaire*, en ce sens que c'est le plus souvent observé et celui qui, dans le langage usuel, reçoit le plus communément le nom d'*herpès* (il comprend l'*herpès fébrile*, l'*herpès labial*, une partie des *herpès récidivants*, les *herpès généralisés*), et l'*herpès préputial*.

Les dénominations d'*herpès tonsurans* appliquées à la forme vésiculeuse de la trichophytie, d'*herpès tonsurans maculosus* employé en raison d'une interprétation fautive, pour désigner le pityriasis rosé de

Gibert, d'*herpès iris* appliqué à une forme d'érythème polymorphe, ne peuvent qu'entretenir la confusion : il faut définitivement y renoncer.

Nous n'aurons donc à décrire ici que l'*herpès vulgaire* et l'*herpès préputial* (1).

En attribuant à ces dermatoses une origine toxinique, nous ne faisons qu'une part bien restreinte à l'hypothèse : sans doute l'existence, dans le zona, d'éruptions offrant une certaine analogie avec celle des *herpès vulgaires* et *généraux* constitue un argument en faveur de l'opinion qui attribue à ces affections une origine tropho-névrotique ; il en est de même des douleurs qui les accompagnent ; mais, d'autre part, les différences qui les séparent, au point de vue morphologique et anatomo-pathologique des éruptions zostériennes, les différences d'évolution, le mouvement fébrile qui le plus souvent les précède et les accompagne, et enfin la possibilité de leur généralisation et de leur manifestation sous la forme d'une maladie infectieuse grave (fièvre herpétique maligne), sont autant de faits qui les séparent du zona et nous autorisent à les ranger parmi les dermatoses toxiniques.

HERPÈS VULGAIRE

Il est caractérisé par des boutons rouges, saillants, douloureux, uniques ou agglomérés en plaques plus ou moins étendues que surmontent bientôt des vésicules.

ÉTILOGIE. — Cette éruption peut être symptomatique d'une maladie infectieuse ; c'est ainsi qu'on l'observe souvent dans la pneumonie, soit au début, soit dans la période de déclin où elle constitue un phénomène que l'on a considéré comme critique ; elle survient également dans le cours de la grippe et de la méningite cérébro-spinale, des accès de fièvre palustre, du choléra, et, exceptionnellement, dans la dothiéntérie. D'autres fois, on la voit se produire chez des sujets sains à l'occasion d'un surmenage, d'un excès de table, d'un écart de régime ; chez les femmes, elle apparaît surtout aux époques menstruelles. On a invoqué l'arthritisme comme cause de cette éruption.

Enfin, Feulard a admis à juste titre un *herpès* de cause locale : il semble bien en effet que, dans certains cas, le contact d'aliments irritants ou un traumatisme (Verneuil) donne lieu au développement de ces boutons ou tout au moins le favorise. Cet *herpès* est plus fréquent chez les jeunes sujets.

SYMPTÔMES. — L'éruption s'annonce par des sensations de cuisson et de tension qu'accompagne ordinairement un mouvement fébrile, ordinairement léger et de courte durée ; il peut prendre exceptionnellement une intensité considérable ; il s'accompagne souvent

(1) V. H. FEULARD, art. *HERPÈS* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

d'un état saburral de la langue avec anorexie, soif, nausées et parfois vomissements.

Bientôt, apparaît une saillie dans la partie où se sont produites les sensations anormales ; la peau rougit et se tuméfie : la consistance de l'élevure ainsi formée est ferme ; des vésicules s'y développent ; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis ; elles sont conglomérées et en parties confluentes, mais néanmoins restent distinctes dans la plupart des cas ; leur contenu, d'abord clair, se trouble rapidement, devient séro-purulent, puis se concrète en croûtes brunâtres qui, spontanément, se détachent au bout de quelques jours ; la lésion n'est plus alors représentée que par une plaque de couleur rosée qui s'éteint rapidement.

Ces éléments éruptifs peuvent se disposer en plaques à contours géographiques dont les dimensions varient de celles d'une pièce de cinquante centimes à celles d'une pièce de cinq francs et au delà ; leur volume peut s'accroître au point de leur mériter le nom de *phlycténoïdes*. Il peut se faire plusieurs poussées érythémato-vésiculeuses.

Ces éruptions se localisent le plus souvent aux lèvres ; elles coïncident souvent avec des poussées de même nature sur l'isthme du gosier ; on peut voir également des plaques herpétiques se développer en diverses régions de la face, le plus habituellement sur l'une des joues, au voisinage de la commissure, parfois au front, sur les tempes, les oreilles et leur pourtour ; Feulard les a vues occuper la région fessière, Pick les espaces interdigitaux ; elles sont rares sur le tronc ; chez une malade de l'un de nous (H.), des plaques multiples se sont produites simultanément aux lèvres, sur les joues, sur les extrémités des membres et sur les muqueuses gutturale et buccale. L'éruption est habituellement bilatérale, mais non symétrique. La fièvre initiale cesse souvent au moment où apparaît l'éruption : c'est pour cette raison que l'on en a fait un phénomène critique ; mais il n'est pas rare de voir la réaction générale persister. L'affection a tendance à récidiver : c'est ainsi que certains sujets en sont atteints régulièrement une ou deux fois par an. Elle est généralement bénigne et ne contraint qu'exceptionnellement les malades à rester au lit ; c'est surtout quand les muqueuses sont envahies. Dans des cas rares, que l'on est obligé de rapprocher des précédents, car l'on trouve des intermédiaires, la fièvre prend une grande intensité et persiste ; il se développe un état général grave ; les plaques d'*herpès* se multiplient en diverses régions et la mort peut survenir au bout de quelques jours dans l'adynamie ; le tableau rappelle alors celui d'une fièvre typhoïde adynamique : il en a été ainsi dans un fait observé par l'un de nous (H.) ainsi que trois cas rapportés par Lagout et chez une malade de J. Simon.

DIAGNOSTIC. — Il n'offre aucune difficulté : il suffit d'avoir vu une fois une éruption d'*herpès* pour la reconnaître. Elle diffère de

l'eczéma par le mode de groupement des vésicules, leur ouverture moins rapide, la tuméfaction plus considérable, tout au moins lorsqu'il s'agit d'un herpès labial, la réaction fébrile, l'absence de prurit, la couleur noirâtre et la sécheresse des croûtes. On ne la confondra pas avec un zona dont les vésicules plus volumineuses, moins serrées les unes contre les autres et accompagnées de douleurs intenses, se limitent à une sphère de distribution nerveuse.

PRONOSTIC. — Il est généralement très bénin : la fièvre tombe et les symptômes généraux cessent d'ordinaire lorsque l'éruption se produit. Nous avons vu cependant que, dans des cas très exceptionnels, la maladie prend les caractères d'une fièvre exanthématique grave.

TRAITEMENT. — Il est utile de protéger les parties atteintes en saupoudrant leur surface avec un mélange de poudre de talc et d'oxyde de zinc; on combattra l'état saburral par des laxatifs et, si la fièvre persiste, on donnera du sulfate de quinine.

HERPÈS GÉNITAL

Cette éruption est caractérisée par la production, sur les parties génitales, de vésicules qui reposent le plus souvent sur une base érythémateuse et œdémateuse et se rompent rapidement en laissant à leur suite des exulcérations de courte durée.

ÉTILOGIE. — Cette dermatose survient surtout, mais non exclusivement, chez les sujets qui ont eu antérieurement une maladie vénérienne (Diday); elle récidive fréquemment. Les écarts de régime, les fatigues locales en provoquent fréquemment le développement; on admet en outre l'influence de l'arthritisme, comme cause prédisposante. On l'observe surtout chez les jeunes gens.

SYMPTÔMES. — Ils doivent être étudiés successivement dans les deux sexes.

Chez l'homme, l'éruption se produit le plus souvent sur le prépuce, quelquefois dans le sillon balano-préputial ou sur le gland. Son apparition peut être précédée par des sensations de cuisson. Bientôt, survient une tache rouge, légèrement surélevée, sur laquelle se développent un herpès solitaire ou plusieurs vésicules; il est rarement donné d'observer ces phénomènes initiaux et, le plus souvent, lorsque le malade se présente au médecin, les vésicules sont déjà rompues; elles ont fait place à des exulcérations. Les vésicules sont le plus souvent multiples, confluentes et de petites dimensions; aussi, les ulcérations qui leur font suite sont-elles d'ordinaire, comme l'a établi A. Fournier, polycycliques et microcycliques; leur base est généralement souple; on voit assez fréquemment plusieurs groupes de ces éléments; ils guérissent au bout de quelques jours sans laisser de traces.

Chez la femme, cet herpès se manifeste surtout sur la partie interne des grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris et l'entrée du vagin;

les vésicules peuvent être confluentes et s'accompagner alors d'une tuméfaction œdémateuse considérable : les petites lèvres forment ainsi une saillie considérable sous forme d'un bourrelet qui émerge entre les grandes lèvres (1).

Cette tuméfaction peut être généralisée ou se localiser au pourtour des groupes éruptifs. L'éruption peut gagner la région interfessière et le pourtour de l'anus. Contrairement à ce qui est habituel dans cette dermatose, elle s'accompagne alors d'adénopathies inguinales plus ou moins douloureuses. Les excoriations peuvent se recouvrir de pseudo-membranes qu'entoure une aréole d'un rouge vif; ces concrétions tombent au bout de trois à quatre jours et il reste une ulcération entourée par le même rebord carminé; sa base peut devenir pendant quelques jours plus ou moins saillante (2).

Les vésicules d'herpès peuvent également se développer sur la muqueuse du col utérin.

Dans les deux sexes, l'herpès guérit sans laisser de cicatrices; sa durée varie entre huit et quinze jours.

DIAGNOSTIC. — L'herpès génital ne peut guère être confondu qu'avec un chancre induré ou un chancre simple. Nous avons indiqué déjà les caractères qui peuvent l'en différencier.

PRONOSTIC. — Il est constamment bénin : ce n'est que dans les cas d'infections secondaires surajoutées que l'on peut voir survenir des adénopathies suppurées.

TRAITEMENT. — On modifie avantageusement l'état des érosions en prescrivant des bains locaux renouvelés trois fois par jour et prolongés durant cinq minutes dans la solution suivante :

Eau distillée et bouillie.....	300 grammes.
Acétate de plomb.....	0,50 centigr.

Dans l'intervalle, on saupoudre avec la poudre de talc additionnée d'un dixième d'oxyde de zinc. Il est utile également de maintenir l'extrémité de la verge élevée à l'aide d'un bandage approprié.

Chez la femme, des applications permanentes de compresses de tarlatane aseptique pliées en douze et imprégnées de la solution formulée ci-dessus seront faites sur les parties accessibles; des injections répétées avec ce même liquide ou avec la solution biboratee, boriquée et salicylée, seront pratiquées : on prescrira simultanément aux femmes le repos au lit. Les rapports sexuels devront être évités.

TOXIDERMIES BULLEUSES EN GÉNÉRAL

La dénomination « pemphigus » a été appliquée, depuis le commencement du siècle, à une série de dermatoses dont les bulles consti-

(1) FEULARD, *loc. cit.*

(2) BRUNEAU, *Thèse de Paris*, 1889.