

Les gencives boursouflées et molles saignent d'une façon continue. Des épanchements sanguins abondants infiltrent le tissu cellulaire sous-dermique, les espaces conjonctifs inter-musculaires ou l'épaisseur des muscles, les gaines tendineuses, les bourses séreuses, les articulations. Les hémorragies profondes déforment parfois les régions sus-épiphysaires des bras, mais elles prédominent régulièrement au niveau des membres inférieurs qui demeurent énormes et semblent coulés en une cire dure marbrée de violet. Des lésions osseuses accompagnent les phénomènes précédents. Elles se révèlent non seulement par des douleurs spontanées ou provoquées par la pression, mais de plus, chez les très jeunes enfants, par un enfoncement du sternum dû à la fracture de l'extrémité antérieure des côtes ou le décollement des épiphyses.

Au point de vue hématologique, Hayem et Bensaude ont noté l'absence de retard de la coagulation et de cette irrétractilité du caillot qui existe dans certains purpuras.

Enfin les formes les plus graves de scorbut sont curables par le changement de régime alimentaire.

Telles sont les différences existant entre le scorbut et l'hémophilie d'un côté, et les purpuras d'autre part. Mais ces affections offrent des traits communs qui sont : la prédisposition hémorragique constitutionnelle ou acquise et l'éruption cutanée sanguine.

Si nous remarquons que ce sont là les deux liens maintenant le faisceau composite formé par les diverses variétés de purpuras, nous serons amenés à y joindre l'hémophilie et le scorbut à la façon de Koch<sup>(1)</sup>.

Mais, en plaçant dans le même cadre nosologique toutes les affections caractérisées par la tendance hémorragique et les éruptions cutanées sanguines, nous ne les rangeons pas de ce fait suivant un classement naturel.

C'est ce dernier résultat que visent des recherches récentes de Lenoble, qui édifie un classement systématique des purpuras basé sur l'hématologie<sup>(2)</sup>.

#### TRAITEMENT

Le traitement des purpuras comporte d'innombrables indications, depuis le repos prolongé au lit jusqu'aux soins concernant les causes provocatrices du syndrome purpurique, le processus hémorragique envisagé en lui-même, les complications qui en découlent, les phénomènes primitifs ou secondaires précédant, accompagnant ou suivant le purpura.

J'insisterai simplement sur l'importance du repos au lit, sur l'utilité de

<sup>(1)</sup> BILLROTH, et LUECKE, *Traité de chirurgie*.

<sup>(2)</sup> La place me manque pour exposer la conception si intéressante de Lenoble. Elle a été exposée par l'auteur, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (déc. 1902), et dans les *Archives de médecine expérimentale* (mars et mai 1905).

l'essai de la médication chlorurée-calcique recommandée par Wright en 1896 (le chlorure de calcium sera systématiquement utilisé à la dose de 1 à 6 grammes par jour en cachets), sur la nécessité de connaître l'état de minéralisation des urines. En effet, dans un cas inédit de Coyon, un malade atteint d'un purpura chronique récidivant bénéficia non seulement de l'ingestion du chlorure de calcium, mais encore d'une médication compensatrice d'une déminéralisation organique constatée par l'examen des urines. Le malade guérit complètement après l'ingestion prolongée (six mois) de phosphates de chaux, de soude, de magnésie, de potasse et de fer prescrits suivant la formule de Robin. Enfin tout cas de scorbut sera naturellement traité par le régime approprié : jus de citron, lait cru, viande crue, légumes verts<sup>(1)</sup>.

PUSTULES. — Étym. : du latin *pustula* ou *pusula*, de *pus*, pus.

Les pustules sont de petites tumeurs cutanées, arrondies, ordinairement régulières, d'une dimension variant depuis le volume d'une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'un gros pois, et formées par le soulèvement de l'épiderme distendu par du pus.

Voir l'article : *Pathologie générale*, t. II, p. 156.

PUSTULE MALIGNNE. — Terme sous lequel l'infection charbonneuse était jadis connue en Bourgogne, et qui servait à distinguer le charbon malin contagieux du charbon malin spontané, forme maligne de l'anthrax.

Voir l'article : *Charbon*, t. I, p. 549.

#### PYOCYANIQUE (DERMATOSE)

Par F. TRÉMOLIÈRES.

#### DERMATOSE PYOCYANIQUE

Étym. : de *πῶον*, pus, et *κύανος*, bleu.

Quelques auteurs Neumann<sup>(2)</sup>, Ehlers<sup>(3)</sup>, Oettinger<sup>(4)</sup>, S. Blum, ont décrit, au cours de la maladie pyocyanique, une éruption cutanée d'aspect variable. Neumann mentionne des pétéchies cutanées; il n'a sans doute observé que le début de la lésion. Les observations d'Ehlers et celle d'OET-

<sup>(1)</sup> En ce qui concerne la bibliographie du Purpura consulter les Traités de dermatologie de Besnier et Kaposi, Hallopeau et Leredde, Brocq, Gaucher; la thèse d'agrégation de Du Castel, la thèse d'Apert (Paris, 1897), les articles sur le Purpura de Mathieu (*Dict. Dechambre*), de Thibierge (*Traité de Médecine* Charcot-Bouchard), de Claisse (*Manuel de Médecine*).

<sup>(2)</sup> NEUMANN, *Arch. für Kinderheilkunde*, 1890, p. 540.

<sup>(3)</sup> EHLERS, *Hospitalstidende*. Copenhague, mars 1890.

<sup>(4)</sup> OETTINGER, *Semaine médicale*, 22 oct. 1890, p. 565.

tinger relatent une *éruption bulleuse, hémorragique, avec gangrène consécutive*. Précédées par un érythème roséolique d'après Ehlers, des phlyctènes se soulèvent sur le tronc et la partie antérieure des membres, sur le pubis, le scrotum, les plis inguino-cruraux et la face inférieure de la verge; de dimensions variant entre celles d'une petite lentille et celles d'une noisette, elles contiennent un liquide opalin, qui devient vite violacé, hémorragique; leurs bords sont épaissis; un exsudat sanguin infiltre le derme périphérique. Les phlyctènes se rompent, laissant à nu une surface ulcérée, diphtéroïde, entourée d'un sillon d'élimination, et dont le tissu, véritable escarre dermique, est expulsé peu à peu sous forme de lambeaux blanchâtres répandant une odeur caractéristique selon Oettinger. Ehlers décrit, autour de la plaque nécrosée, une zone d'infiltration hémorragique bleue, elle-même entourée d'une zone d'infiltration inflammatoire ordinaire rouge; il donne à la lésion ainsi constituée le nom d'« *ecthyma térébrant infantile* ». Les éléments ulcéreux, très douloureux dès leur apparition, sont très lents à se cicatriser.

L'examen bactériologique du liquide des phlyctènes permet d'y reconnaître la présence, à l'exclusion de tout autre microbe, du bacille pyocyanique, qu'on retrouve aussi dans le sang du cœur et les viscères.

L'éruption fait en effet partie, à titre contingent, des signes de la *septicémie pyocyanique*. Celle-ci, souvent favorisée par une infection préexistante, la fièvre typhoïde, par exemple, atteint surtout les jeunes enfants. Elle se manifeste par des symptômes d'infection généralisée très grave: prodromes fébriles avec bronchite et broncho-pneumonie, puis fièvre vive et continue, diarrhée profuse, albuminurie, tuméfaction de la rate, hémorragies diverses, prostration. La mort survient dans plus de la moitié des cas. Tous ces signes se rapprochent de ceux qui traduisent l'infection expérimentale du lapin; ils rappellent singulièrement les allures cliniques de l'épidémie relatée en 1875 par S. Charrin sous le nom de maladie hématique des nouveau-nés.

Il est rare que le bacille pyocyanique envahisse ainsi l'organisme humain; on n'en connaît qu'une vingtaine d'exemples dus à Ehlers, Neumann, Karlinsky, Oettinger, Schimmelsbuch, Kossel, Lartigau, Manicatide, Nobécourt, S. Blum, Escherich. Le plus souvent, chez l'homme, il localise son action, produisant l'intéressant phénomène du *pus bleu*. Cette dernière expression est défectueuse: il n'y a pas de suppuration bleue à proprement parler. Seulement, le bacille pyocyanique, associé sur une plaie banale aux microbes ordinaires de la suppuration, donne au pus qui s'y forme une coloration bleue par la pyocyanine qu'il sécrète. Ce phénomène, fort intéressant au point de vue de la chimie microbienne, est dénué d'importance clinique.

Le bacille pyocyanique, découvert par Gessard en 1882 et bien étudié par Charrin, se présente sous la forme d'un petit bâtonnet mince, à extrémités arrondies, mobile et de dimensions variables; sa longueur moyenne est de 1,5  $\mu$  environ, sa largeur de 0,5 à 0,6  $\mu$ . Son aspect se modifie considérablement quand on l'ensemence dans des milieux additionnés de faibles doses de sub-

stances antiseptiques, comme l'ont vu Guignard et Charrin: il prend alors, selon les cas, la forme d'un filament, d'un spirille, d'un coccus.

Il se colore aisément par les couleurs basiques d'aniline et prend le Gram.

Il cultive sur les milieux ordinaires entre 15 et 45 degrés, soit à l'abri, soit au contact de l'air. Dans ce dernier cas, il fabrique une matière colorante formée de deux pigments, l'un bleu, la pyocyanine, l'autre vert, fluorescent.

Il est pathogène pour certaines espèces animales. Le cobaye, le rat, la souris succombent à l'inoculation sous-cutanée de petites doses de culture en bouillon. Celle-ci ne tue pas d'ordinaire le lapin, qui ne meurt qu'après une injection intra-veineuse.

### PYODERMITES.

Par F. TRÉMOLIÈRES.

### PYODERMITES

Étym.: de πύον, pus, et δέρμα, peau.

On réunit sous le nom de pyodermites les lésions inflammatoires de la peau produites par les microbes habituels de la suppuration, streptocoques et staphylocoques.

Souvent, ces organismes pyogènes viennent infecter des lésions cutanées déjà constituées; les pyodermites qu'ils occasionnent alors sont dites *secondaires*: telles sont les suppurations qui compliquent l'eczéma, les acnés, le prurigo, le pemphigus, la trichophytie, etc.

D'autres fois, les pyodermites se développent d'emblée sur la peau saine. Ces pyodermites *primaires* méritent seules une mention spéciale. Elles comprennent des lésions très variables: pustules acuminées, bulles purulentes, nappes suppurées. Mais toutes se reproduisent indéfiniment par inoculation, soit sous une même forme, soit sous des formes dissemblables. D'autre part, leur occlusion par un pansement approprié entraîne leur guérison complète.

Dans les pyodermites qui apparaissent au cours des pyémies, les microbes sont amenés à la peau, comme dans les viscères, par le courant sanguin. Mais, dans toutes les autres suppurations cutanées, ils proviennent de l'extérieur; les uns font partie de la riche flore de la peau, que les lavages les plus soigneux n'arrivent pas à détruire; les autres sont apportés sur les téguments par des objets ou des sujets contaminés. Tous ces microbes pyogènes sont d'habitude peu virulents: leur présence sur une peau ne suffit pas à produire une pyodermite. Il faut non seulement qu'ils pénètrent dans le derme à la faveur d'une petite éraillure, d'une écorchure ou d'une dermatose quelconque, mais encore qu'ils y trouvent un terrain favorable. D'une manière générale, tout ce qui affaiblit l'organisme le prédispose à l'infection; aussi, les

pyodermites, très fréquentes chez les enfants, atteignent-elles de préférence les moins résistants, les athrepsiques, les rachitiques, les convalescents de maladies infectieuses. Chez ces sujets, les lésions cutanées sont souvent multiples, étendues, récidivantes et capables, à la longue, de provoquer une cachexie mortelle.

Chacun des différents éléments de la peau peut être le point de départ des pyodermites. L'inflammation débute aussi bien dans la couche de Malpighi, la région vasculo-papillaire ou le derme proprement dit que dans les follicules pilo-sébacés ou les glandes sudoripares. D'ordinaire, elle finit par s'étendre à toutes les parties constituantes des téguments, gagnant même le tissu cellulaire sous-cutané.

Les principales pyodermites, l'ecthyma, les folliculites, l'impétigo, le furoncle, l'hydrosadénite, le bouton d'Orient, l'ulcère annamite, le pian, l'impétigo de Bockhart, l'impétigo herpétiforme, ont été étudiées en leur place.

Il nous reste à décrire quelques suppurations cutanées rares et mal classées : les abcès cutanés multiples, la dermatite vaccinoforme et l'acrodermatite suppurative.

Les *abcès cutanés multiples récidivants* ont été étudiés dans ces dernières années par Escherich<sup>(1)</sup>, H. Roger<sup>(2)</sup>, Hallopeau<sup>(3)</sup>, Hulot<sup>(4)</sup> et J. Renault<sup>(5)</sup>.

Ils sont parfois des manifestations pyémiques. Le plus souvent, ils compliquent d'autres dermatoses, érythème fessier chez les nourrissons, gale, phthiriasse, impétigo chez les enfants plus âgés, ou surviennent spontanément chez de jeunes sujets rachitiques ou atteints de gastro-entérite chronique.

Dans la plupart des cas, les petits malades présentent plusieurs sortes de lésions, vésico-pustules, abcès dermiques ou sous-cutanés.

Les *vésico-pustules*, qui n'intéressent que le corps muqueux de Malpighi, sont très petites et toutes superficielles. Elles apparaissent par poussées successives et donnent lieu à de petites ulcérations recouvertes d'une croûte brunâtre. Ces éléments atteignent toutes les parties du corps, mais surtout le cuir chevelu, les fesses, la partie postérieure des cuisses, le cou et la région supérieure du thorax. Aux fesses et aux cuisses, en particulier, les érosions qui les suivent, quand elles ne guérissent pas, se transforment en papules d'apparence syphilitique : ce sont les papules syphiloïdes post-érosives, décrites par Jacquet<sup>(6)</sup>.

Les vésico-pustules présentent sur les muqueuses un aspect spécial : aux lèvres, aux gencives, à la langue, elles constituent la stomatite impétigineuse diphthéroïde ; sur les conjonctives, elles provoquent une conjonctivite phlycténulaire, et, à la vulve, simulent l'herpès vaccinoforme.

(1) ESCHERICH, Étiologie des abcès multiples du nourrisson. *Münch. med. Woch.*, 1886.

(2) ROGER, *Gazette hebdom.*, 1892.

(3) HALLOPEAU. S. F. D. *Réunion lyonnaise*, 1894. — HALLOPEAU et LEREDDE, *Traité prat. de dermatol.*

(4) HULOT, Infections d'origine cutanée. *Thèse de Paris*, 1895.

(5) J. RENAULT, art. in *Traité des mal. de l'enfance*, 1898.

(6) JACQUET, Des syphiloïdes post-érosives. *Thèse de Paris*, 1888.

Dans l'épaisseur du derme, siègent les *abcès superficiels* qui ont pour point de départ les follicules pileux ou, plus rarement, les glandes sudoripares. Ce sont de petites nodosités, disséminées sur tout le corps, grosses comme une lentille, une noisette, à surface violacée et qui paraissent enchâssées dans l'épaisseur de la peau.

Ils se forment par poussées successives et évoluent assez rapidement ; au bout de quinze à vingt jours, ils donnent issue à une notable quantité de pus ; ils se cicatrisent vite ou sont remplacés par une ulcération atone.

Quant aux *abcès profonds*, ils occupent le tissu cellulaire sous-cutané et les couches contiguës du derme. Ils apparaissent à la palpation, comme de petites nodosités du volume d'un pois à celui d'un œuf. Ils sont recouverts d'une peau rouge et mince, mais résistante ; quand celle-ci se rompt, un pus épais et crémeux s'écoule. La cicatrice est prompte à se former ; mais parfois persiste un ulcère torpide.

Pustules, abcès dermiques, abcès profonds, se groupent, se succèdent, alternent de façons très variables. Tantôt les lésions sont discrètes et superficielles ; tantôt elles sont nombreuses, plus ou moins étendues, et séparées par une peau sèche, éraillée, écailleuse.

Leur généralisation est lente ou brusque, suivant que l'infection est d'origine externe ou d'origine hématogène. Dans le premier cas, les abcès sont peu nombreux, inégaux, superficiels ; l'état général est longtemps respecté, l'affection évolue d'ordinaire vers la guérison. Quand la peau reçoit du sang de vraies décharges microbiennes, les abcès sont innombrables, petits, presque tous égaux ; la température élevée, irrégulière, les désordres viscéraux révèlent la pyémie ; la mort survient en sept à huit jours. Parfois cependant, lorsque l'affection atteint des enfants athrepsiques ou déjà infectés, elle reste apyrétique malgré la profusion des abcès.

Dans tous les cas, la langue est saburrale, l'anorexie complète, la soif vive ; la constipation alterne avec la diarrhée verte ou blanche.

Des complications cutanées aggravent souvent ces abcès multiples : ce sont des lymphangites, des adénites, des gangrènes, des décollements lointains, des fusées purulentes. Plus redoutables encore, surviennent parfois la broncho-pneumonie, la gastro-entérite, la septico-pyémie.

Le pronostic de cette pyodermité est donc sérieux ; il dépend, d'une façon générale, de la forme de la maladie, de l'âge et de la santé générale du patient, et des complications.

Une bonne hygiène de la peau, détruisant en partie les germes pyogènes et stimulant la résistance de l'organisme, suffit à prévenir la formation des abcès cutanés ; des bains quotidiens et le changement fréquent des langes assurent cette prophylaxie chez les jeunes enfants, dont on doit écarter tout sujet atteint d'affection suppurée.

Les abcès apparus, il faut les inciser. L'incision, qui n'est jamais trop précoce, doit être très petite. Il faut ouvrir, en une seule séance, toutes les collections purulentes. On panse ensuite les plaies à la gaze salolée ou iodoformée,

ou bien on les recouvre d'une rondelle d'emplâtre rouge; les pansements humides conviennent moins que les secs, car ils desquament l'épiderme, irritent la peau et y facilitent la pénétration des microbes. Des bains savonneux ou additionnés de sublimé au 1/15 ou 1/20 000<sup>e</sup> complètent le traitement.

Par le nom de *dermatite vaccinoforme des jeunes enfants*, Hallopeau désigne une pyodermite caractérisée par l'éruption, sur une base érythémateuse, de petites saillies papuleuses qui, d'abord surmontées d'une vésicule, prennent rapidement, en s'ombiliquant dans leur partie centrale, l'aspect de boutons de vaccine, et se multiplient par auto-inoculation.

Cette affection, observée simultanément en 1887 par E. Besnier, A. Fournier et Hallopeau, a reçu les noms d'érythème vaccinoforme infantile, de syphiloïde vaccinoforme infantile, d'herpès vaccinoforme, d'ecthyma vaccinoforme syphiloïde, d'éruption papuleuse d'aspect vaccinoforme et syphiloïde.

Elle atteint les nourrissons mal tenus.

Elle siège de préférence dans les régions ano-génitale, inguino-crurale et fessière, occupant les plis cutanés.

Sa lésion élémentaire est d'abord une tache érythémateuse qui se soulève vite en un petit nodule; celui-ci, après s'être garni d'une vésicule, se déprime en son centre; la vésicule s'affaisse; l'élément prend alors l'aspect d'un bouton de vaccine arrivé à maturité. Gros comme un grain de mil ou une lentille, de coloration argentée ou opaline, il a un contour arrondi, un centre exulcéré, et est entouré d'une auréole érythémateuse. Un liquide en exsude, qui peut se concréter en une mince croûte.

Des auto-inoculations disséminent les lésions, qui se groupent souvent en bourrelets ou en plaques polycycliques.

Des soins de propreté font disparaître l'éruption, qui ne laisse comme traces que des macules plus ou moins pigmentées.

Cette dermatite vaccinoforme simule la syphilis; mais la teinte blanche de ses éléments, leur ombilication, leur siège superficiel, leur mode de groupement et leur rapide guérison sans traitement spécifique, la distinguent de la vérole. Dans l'érythème papuleux fessier post-érosif, de Jacquet, les papules se forment secondairement au niveau d'érosions qui parsèment un fond érythémateux; entourées par un fin plissement rayonné de l'épiderme, elles occupent les parties saillantes des fesses et des cuisses et non leurs replis.

Les ulcérations de l'ecthyma térébrant, qui siègent sur les plis régionaux, sont très profondes, entourées d'un rebord épais, et sont suivies de cicatrices.

Le pronostic de la dermatite vaccinoforme est très bénin. Quelques soins de propreté suffisent, du reste, à la prévenir, et, quand elle est installée, en amènent une rapide guérison.

Hallopeau<sup>(1)</sup>, en 1897, a attribué le nom d'*acrodermatites continues* (de ἄκρος,

<sup>(1)</sup> HALLOPEAU, *Soc. franç. de dermat.*, 1897. *Schwimmers Jubiläumsschrift* et *Revue gén. d'*

extrême, δέσμευσις, peau, et le suffixe *ite* indiquant l'inflammation), à des affections vésiculeuses et pustuleuses, longtemps localisées aux doigts et aux orteils, récidivant sans cesse malgré tout traitement, et pouvant à un moment donné se compliquer d'éruptions généralisées.

On en décrit trois formes: une forme vésiculeuse, une forme pustuleuse et une forme mixte.

La *forme vésiculeuse* apparaît, chez l'adulte ou le vieillard, après un traumatisme, une éruption. Elle est caractérisée par l'apparition sur un doigt de vésicules isolées reposant sur une surface rouge; ces vésicules, assez persistantes, finissent par se rompre, laissant des excoriations, qui se recouvrent soit de croûtes, soit de squames lamelleuses.

L'ongle voisin se dépolit, s'aplatit et se creuse de dépressions punctiformes. L'éruption procède par poussées; elle est très lente à s'étendre aux autres doigts et à la paume, et peut même ne pas dépasser un segment digital.

Cette localisation, les contours nets des vésicules isolées et non agminées, l'absence de prurit, distinguent l'acrodermatite vésiculeuse de l'eczéma, avec lequel on l'a jusqu'ici confondue.

La *forme suppurative* fut la première forme décrite par Hallopeau sous le nom de polydactylite suppurative; Frèche, Stowers et Radcliffe Crocker l'ont aussi observée.

Les lésions initiales apparaissent au niveau ou au pourtour d'un ongle. Bientôt le rebord unguéal se tuméfie, rougit, devient douloureux et se décolle; il en sort du pus. La suppuration s'étend à la première phalange et peut ensuite envahir tout le doigt, par foyers isolés. Les autres doigts et orteils sont atteints à leur tour, ainsi que les paumes. Les ongles se déforment et parfois tombent. Les pustules qui se dessèchent rapidement et font place à des croûtes, se renouvellent incessamment pendant des mois et même des années, sans dépasser les extrémités des membres. Cependant des foyers de suppuration secondaires peuvent se former sur toute la surface des téguments, réalisant le tableau de la pyodermite en nappes.

Dans la *forme mixte*, dont on n'a signalé qu'un cas, l'éruption est d'abord composée de vésicules, qui deviennent ensuite purulentes.

L'examen des pustules de ces deux dernières formes n'a jamais révélé que des microbes vulgaires, des staphylocoques surtout. L'action de ceux-ci est sans doute favorisée par un trouble trophonévrotique, dont la propagation des lésions à la plupart des doigts et des orteils fait soupçonner l'existence. La structure toute particulière que présente la peau dans ces régions explique la persistance indéfinie de la dermite.

Les applications continues d'une solution phéniquée à 2 pour 100 ou de laurénol à 5 pour 100 tarissent rapidement les suppurations; mais il est impossible de prévenir leurs récidives.

*clin. et de thérap.*, 1898. — HALLOPEAU, *Soc. franç. de dermat.*, 1890 et 1892. — HALLOPEAU et LEREDDE, *Traité de dermat.*

QUININE. — Voir les articles : *Éruptions artificielles* et *Érythèmes*, t. II, p. 425 et 504.

### RASHS.

Par F. TRÉMOLIÈRES.

## RASHS

Étym. : de l'italien, *raschiare*, gratter.

Le mot rash désigne en anglais toute éruption ou efflorescence cutanée; on ne l'emploie dans cette langue qu'accompagné d'un adjectif qui sert à caractériser l'éruption : *variolous rash*, éruption variolique; *red rash*, éruption rouge, etc.

Dezoteux et Valentin introduisirent en France ce vocable, en l'appliquant aux efflorescences cutanées qui précèdent ou accompagnent l'éruption de la variole inoculée, signalée par Dimsdale, Bateman, Morton. On en étendit ensuite le sens à beaucoup d'autres éruptions de causes et d'origines très diverses : cela provoqua de nombreuses confusions, dont une réaction naquit<sup>(1)</sup>.

Aujourd'hui, on a de nouveau restreint la signification du mot rash. On s'accorde à désigner sous ce nom des éruptions se produisant au cours des fièvres éruptives et indépendamment de l'éruption normale de la maladie. Le mieux connu et le plus fréquent est le rash variolique.

**Varirole.** — La fréquence des rashs varioliques varie, suivant les épidémies, entre 2,4 pour 100 et 18,4 et même 28,4 pour 100.

Ils s'observent dans toutes les formes de la variole, contrairement à l'opinion de Trousseau qui les considérait comme presque spéciaux à la variole.

**Description.** — Les classiques en décrivent deux sortes : les rashs érythémateux et les rashs hémorragiques; les rashs érythémateux présentent eux-mêmes plusieurs variétés : scarlatiniforme, morbilliforme, ortiée, érysipélateuse, suivant l'aspect qu'ils revêtent<sup>(2)</sup>.

Roger et E. Weil<sup>(3)</sup>, qui ont récemment repris l'étude des rashs, en distinguent six formes : érythémateux, ortié, morbilliforme, scarlatiniforme, purpurique, astacoïde. Les dénominations employées indiquent bien les caractères de l'éruption.

<sup>(1)</sup> LEGROUX, art. *Rash* du *Dictionnaire Dechambre*.

<sup>(2)</sup> BROUARDEL et GILBERT, art. *Varirole* du *Traité de méd. et de thérap.*

<sup>(3)</sup> H. ROGER et E. WEIL, Les rashs varioliques. *Presse méd.*, 31 juillet 1901. — H. ROGER, *Les maladies infectieuses*. Masson, 1902.

Le rash érythémateux est constitué par des placards d'un rouge uniforme, s'effaçant sous la pression.

Le rash ortié se reconnaît à l'existence de plaques irrégulières, plus ou moins larges, blanches au centre, rosées sur les bords, légèrement saillantes et généralement prurigineuses.

Le rash morbilliforme, très fréquent, est formé de macules d'un rose tendre, parfois un peu saillantes, donnant une sensation assez douce au toucher, et séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine. Il offre exactement l'aspect de la rougeole; tout au plus ses taches sont-elles un peu plus larges et plus pâles que les macules morbilleuses.

Le rash scarlatiniforme simule au contraire l'éruption de la scarlatine. La peau, dans les régions atteintes, prend une coloration rouge intense, qui disparaît incomplètement sous la pression. Par un examen plus attentif, on constate que ce rash est formé de deux éléments : un élément congestif, qui s'efface facilement, et un pointillé d'un rouge plus intense, donnant à la peau un aspect piqueté, que la pression diminue sans faire complètement disparaître.

A un degré de plus, c'est le rash purpurique, formé de petites hémorragies punctiformes, identiques aux taches de purpura vrai, et que la pression ne peut effacer.

Le rash astacoïde (ἀστράκος, homard) est une suffusion sanguine diffuse, respectant parfois certains îlots cutanés, mais le plus souvent généralisée à tout le corps, même à la face. Il s'accompagne d'ecchymoses sous-conjonctivales, d'hémorragies multiples, et entre autres d'hémorragies sous-cutanées formant de larges taches noirâtres, ou soulevant l'épiderme de façon à constituer de grandes phlyctènes pleines de sang.

Quant au rash érysipélateux, très rare selon les classiques, et caractérisé d'après eux par une rougeur sombre de la face avec gonflement de la peau, Roger et Weil n'en ont pas observé un seul exemple sur 928 cas de variole.

Les rashs peuvent être classés, par ordre de fréquence décroissante, en : scarlatiniforme, purpurique, morbilliforme, astacoïde, érythémateux et ortié.

Les différentes variétés de rash peuvent coexister chez un même sujet; le plus souvent, un rash morbilliforme ou scarlatiniforme plus ou moins étendu coïncide avec un rash purpurique localisé en certaines régions, notamment aux aines.

**Siège.** — Les rashs varioliques sont, en effet, généralisés ou localisés.

Les rashs généralisés couvrent tout le tégument, mais épargnent d'ordinaire la face; celle-ci n'est guère atteinte que par les rashs morbilliformes et astacoïdes.

Les rashs partiels occupent de préférence certaines régions : la région inguinale, surtout les parties antérieure et postérieure de l'aisselle, la région sous-mammaire, les plis de flexion.

Les rashs inguinaux, de beaucoup les plus fréquents, sont en général symétriques, parfois un peu plus accentués d'un côté que de l'autre. Ils peuvent