

cigarette, séjourner dans une chambre où l'on fume (une ou deux heures ou moins) sans avoir un accès.

**III. Tabagisme professionnel.** — Les ouvriers des manufactures de tabac sont exposés, par inhalation, à quelques accidents : malaise, maux de tête, embarras gastrique, mais seulement les premiers jours qui suivent leur entrée. D'autre part, les *cigarières* seraient sujettes à avorter, à mettre au monde des enfants chétifs et à être mauvaises nourrices. Le séjour des manufactures de tabac serait également néfaste aux tuberculeux.

#### X. — ENVENIMATION PAR MORSURES DE SERPENTS

L'inoculation du venin est plus ou moins parfaite, suivant que les crochets qui lui donnent issue, sont creusés d'un simple sillon ou d'un canal complet. Son activité et son abondance varient beaucoup avec les espèces de reptiles, du reste très nombreuses. Par contre, les propriétés physiques et physiologiques du venin, qu'on les étudie sur le *cobra capel* ou *Naja* (Inde et Indochine), sur la *vipère d'Europe*, le *serpent à sonnettes* ou *crotale* (Amérique) ou sur le *serpent fer de lance* (Guyane, Brésil) sont toujours à peu près constantes.

Le venin n'agit qu'à condition de pénétrer dans les voies lymphatiques ou sanguines; son ingestion est inoffensive. La quantité inoculée varie, selon les espèces, de 10 ou 15 centigrammes (vipère) à 1<sup>er</sup>,50 (*Naja*) et plus. Le venin de *Naja* tue un kilogramme d'animal à la dose de 1/4 de milligramme.

La douleur provoquée par la morsure est comparable à celle d'une piqûre d'aiguille ou d'épine, suivie parfois d'une brûlure qui se répand dans tout le membre. Les deux fines piqûres laissées par les crochets saignent peu ou pas. Les symptômes d'envenimation ne surviennent qu'au bout d'un moment, à moins que le venin n'ait pénétré directement dans une veine.

**Accidents locaux.** — Les premiers phénomènes sont, en général, d'abord locaux : teinte violacée, circonscrite en premier lieu à la piqûre, puis gagnant parfois tout le membre ou une grande partie du corps; cyanose, compliquée de tuméfaction douloureuse et rénitente, parsemée bientôt de taches livides qui passent ensuite (en quinze jours), par toutes les nuances des ecchymoses. Refroidies (50°, 51° C.) et engourdies, ces parties présentent une tension douloureuse profonde qu'exaspèrent les mouvements et la pression. Toutefois, ces accidents locaux ne deviennent dangereux que s'ils intéressent le larynx (œdème de la glotte), à la suite des morsures du cou ou de l'épaule.

**Accidents généraux.** — Ils éclatent deux à trois heures après la morsure, les uns sont d'origine directement toxique, les autres sont imputables à la réaction opposée par l'organisme à l'intoxication.

**Symptômes toxiques.** — L'altération du sang peut se traduire par l'hématurie ou l'hémoglobinurie. Les accidents sont principalement nerveux. L'atteinte de l'écorce cérébrale a pour expression des rêvasseries, du délire,

un besoin impérieux de dormir, susceptible d'aboutir au coma; celle de la moelle se trahit par des crampes ou des soubresauts tendineux.

Le *bulbe* surtout est impressionné, comme en témoignent : une *dyspnée progressive*, une *congestion pulmonaire* vaso-paralytique suivie rapidement d'asphyxie; l'*hypotension artérielle* (tachycardie, pouls misérable), source de lipothymies et de syncopes au moindre mouvement.

**Symptômes réactionnels.** — La tendance de l'organisme à éliminer le poison se traduit par des nausées et des vomissements, d'abord alimentaires, puis formés de bile et de mucosité sanguinolente; par des coliques suivies de selles liquides et copieuses, accompagnées parfois d'ictère, par des sueurs profuses, mais froides et visqueuses. Constante, l'oligurie peut confiner à l'anurie.

Dans les cas favorables, la *fièvre* apparaît, modérée, exaspérée le soir; elle dure deux à trois jours, la diurèse se rétablit.

Il est rare que ces signes soient au complet: en raison de la faiblesse du venin, ou, au contraire, de ses effets foudroyants. Dans les cas suraigus, la mort arrive en quelques minutes ou quelques heures, par paralysie de la respiration, coma et convulsions. Les *cas aigus* tuent en deux à cinq jours, par accidents respiratoires et cardiaques. Les *cas chroniques* qui ne guérissent pas, tuent le plus souvent par *pneumonie adynamique*.

La guérison, quand elle survient (piqûre de vipère), est généralement franche et définitive. On a cependant observé des *accidents tardifs consécutifs*: mort subite inexplicée, sorte de cachexie lente et progressive avec arrêt de développement chez l'enfant; sénilité précoce et déchéance intellectuelle chez l'adulte.

#### XI. — INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

Les accidents toxiques provoqués par les aliments sont tantôt d'origine animale (poissons, crustacés, mollusques, viandes putréfiées, œufs gâtés), tantôt d'origine végétale (farines, champignons toxiques).

**Intoxications d'origine animale.** — *Signes étiologiques.* — Des poissons, des crustacés, des mollusques (moules surtout), même frais, peuvent, dans certaines conditions, devenir nuisibles. La viande fraîche n'est nocive que si elle provient d'animaux malades (*viandes fiévreuses ou virulentes*). La cause commune des intoxications alimentaires est l'ingestion de poissons, et surtout de viandes ayant subi un commencement de putréfaction (canard dit à la *Rouennaise*); on a signalé également des accidents consécutifs à l'ingestion de gâteaux ou de crèmes préparés avec des œufs altérés. Quoi qu'il en soit, les empoisonnements les plus graves sont imputables aux conserves en boîtes métalliques ou à la charcuterie insuffisamment cuite. Tantôt la viande est franchement putréfiée, au moment où elle est ingérée; en ce cas les accidents sont précoces; tantôt la putréfaction, à peine com-

mencée lors de l'absorption, se développe dans l'intestin et les accidents n'éclatent qu'après une sorte d'incubation.

Les empoisonnements alimentaires, quelles qu'en soient les causes, provoquent un syndrome toujours à peu près identique. Les accidents suivent en général l'ingestion des aliments suspects, de 6 à 18 heures; 2 à 5 heures au moins; 2 à 5 jours au plus (maximum 9 jours), suivant le degré plus ou moins avancé de la putréfaction; ils débutent brusquement par des coliques, une diarrhée fétide, des nausées et des vomissements; il peut s'y joindre: de la fièvre, des frissons, des sueurs profuses, des vertiges, de la courbature, du mal de tête et des bourdonnements d'oreille. Le malade est faible et abattu, ses traits sont altérés.

Les *troubles digestifs* sont au premier plan: *langue* pâteuse, rougeur et sécheresse bucco-pharyngée (dysphagie); *sensibilité gastrique* à la pression; *vomissements*, d'abord alimentaires, puis bilieux ou muco-sanguinolents, violents et répétés, non suivis de soulagement; *météorisme* abdominal douloureux, surtout de la fosse iliaque droite siège de *gargouillement*; *diarrhée* constante, formée de matières abondantes, d'abord bilieuses, puis aqueuses, parfois cholériformes ou sanguinolentes, dégageant une horrible odeur de putréfaction. Les coliques peuvent être atroces; après 24 ou 48 heures, la diarrhée fait place à la constipation, sauf dans les cas graves. Rares et foncées, les *urines*, brûlantes à l'émission, très chargées d'urates, contiennent souvent un peu d'*albumine* et beaucoup d'*indican*.

Les *troubles nerveux*: défaillances, vertiges, tendance syncopale, prostration, ou même stupeur, font rarement défaut. La céphalée, les étourdissements, les bourdonnements d'oreille sont très communs. Le tremblement, les convulsions sont rares. On note fréquemment: de la dilatation pupillaire, de l'amblyopie, ou même de l'amaurose passagères.

Les *dermatoses*, telles que l'*urticaire* (constante dans l'empoisonnement par les moules), les érythèmes, polymorphe, scarlatiniforme ou morbilliforme, sont fréquentes.

Peu commune, éphémère (1 à 2 jours), la *fièvre* est en général modérée, très irrégulière quand elle est vive. Le *pouls* est d'habitude lent, dépressible, parfois dicrote.

Quelques sujets, doués d'une susceptibilité spéciale pour certains aliments (poissons, crustacés, mollusques) ne peuvent en absorber sans éprouver des accidents assez violents, quoique fugaces.

**Formes.** — On peut décrire des formes *légères*, *moyennes* et *graves*.

**Formes légères.** — Tout se borne à des nausées, à des vomissements et à des coliques qui durent quelques heures et laissent pendant 5 à 4 jours un peu de céphalée et d'embarras gastrique.

**Formes moyennes.** — Les vomissements et la diarrhée peuvent persister 8 à 10 jours et être suivis de poussées érythémateuses qui portent la durée des accidents aigus à 10 ou 15 jours. Il reste, longtemps ensuite, de la faiblesse et un état gastrique avec constipation et dégoût de la viande. L'ingestion de viandes avariées pourrait aussi déterminer l'*ictère à rechutes*.

**Formes graves.** — Ces formes simulent tantôt la *fièvre typhoïde*, tantôt le *choléra* (diarrhée et vomissements intenses, selles riziformes, anurie, aphonie, crampes). Les cas qui guérissent comportent une convalescence prolongée.

**Diagnostic.** — La brusquerie du début, l'éclosion des accidents chez plusieurs individus ayant absorbé le même aliment, les commémoratifs rendent, en général, le diagnostic aisé. Les cas isolés sont plus obscurs.

La *forme typhoïde* diffère de la *fièvre typhoïde* par la soudaineté et l'intensité des accidents, l'absence de taches rosées. On aura recours au *séro-diagnostic*, dans les cas douteux. La *forme cholérique* s'écarte du *choléra* par l'absence de diarrhée prémonitoire et d'algidité typique.

**Intoxications d'origine végétale.** — *Farines alimentaires.* — L'intoxication par les farines alimentaires reconnaît généralement pour origine l'adultération du blé par des graines (*ivraie*, *mélampyre*, *nielle*, *gesse*), ou des moisissures (ergot de seigle) toxiques. Les formes les mieux connues sont l'*ergotisme* (ergot de seigle) et le *lathyrisme* (gesse).

**Ergotisme.** — La *forme aiguë* légère consiste en une sorte d'ivresse passagère caractérisée par de la céphalée, des vertiges, de la torpeur, des éblouissements et des bourdonnements d'oreille.

La *forme chronique*, la plus commune, revêt le *type convulsif* ou le *type gangreneux*.

**Type convulsif.** — Les premiers accidents consistent en fourmillements et en plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie aux extrémités. Lorsque l'anesthésie s'est généralisée, apparaissent des contractures tétaniformes par accès très douloureux qui, quand ils intéressent le thorax ou la glotte, sont capables de provoquer l'asphyxie. En cas de survie, éclatent des crises épileptiformes suivies de coma. On peut observer: la cécité, la surdité et l'anosmie, passagères ou permanentes.

**Type gangreneux.** — Dans un ou plusieurs membres, apparaissent des crampes, des douleurs, des sensations de froid et de fourmillements, puis des phénomènes de *gangrène sèche* ou, plus rarement, *humide*, suivis d'élimination des parties mortifiées.

Telle ou telle forme prédomine, suivant les épidémies; on observe aussi des formes mixtes.

Quoique pouvant tuer d'emblée, le *type convulsif* est pourtant rarement mortel et guérit vite. Plus grave, le *type gangreneux*, quand il ne tue pas par septicémie secondaire, laisse des mutilations irréparables.

L'*acrodynie*, le *syndrome de Raynaud*, l'*érythromélgie* sont rattachés par certains auteurs (*Ehlers*) à l'ergotisme.

**Lathyrisme.** — Ce syndrome toxique résulte de l'ingestion habituelle de *gesse* ou *garosse* (*Lathyrus sativus*). Favorisé par le froid, l'humidité, le lathyrisme consiste en une *paraplégie spasmodique spéciale* à développement brusque ou progressif. En ce dernier cas, le début est marqué par du lumbago, des fourmillements, des douleurs et des contractures, passagères

puis permanentes, dans les membres inférieurs. La période d'état offre les signes de la *paralyse spinale syphilitique d'Erb* : exagération extrême des réflexes rotuliens, phénomène du pied, démarche spasmodique, troubles sphinctériens, anaphrodisie, atrophie musculaire, rare, mais contractions fibrillaires; anesthésie d'étendue variable, fourmillements, douleurs fulgurantes et en ceinture (modérées). La guérison complète, après plusieurs mois parfois, est la règle; la mort est exceptionnelle.

**Champignons.** — Ces empoisonnements, déterminés par un alcaloïde toxique, la *muscarine*, résultent d'erreurs dans la cueillette des champignons, de bois surtout. Les espèces le plus fréquemment en cause, dans nos climats sont : les *russules* et les *lactaires* (peu dangereux), les *amanites* et les *bolets pernicieux* (bien plus toxiques).

Les *russules* et les *lactaires* ne provoquent qu'une forte indigestion gastro-intestinale (diarrhée profuse, vomissements) éclatant peu après l'ingestion et suivie de prostration; la guérison survient en un ou peu de jours.

Les *bolets pernicieux* (*faux ceps*) et les *amanites* (*amanite citrine*, *fausse oronge*) occasionnent, au bout de 4, 5 ou 6 heures, des troubles digestifs moins bruyants, mais des accidents nerveux graves qui évoluent en deux temps; d'abord : violente céphalée, vertiges, agitation, crampes, convulsions, ténésme vésico-rectal, amblyopie, dyschromatopsie, myosis, ptyalisme; plus tard : dépression, stupeur, hypotension artérielle (pouls misérable), syncopes, cyanose, algidité des extrémités, puis coma et mort en 2 ou 3 jours. Chez les enfants, les troubles digestifs manquent et la mort peut survenir en quelques jours.

## XII. — PELLAGRE

**Signes étiologiques.** — La pellagre est un syndrome fréquent dans les régions où le maïs forme une part importante de l'alimentation. La cause directe semble en être une moisissure : le *verdet* (*penicillum glaucum*), qui communiquerait au maïs ses propriétés toxiques. Cependant la pathogénie de la pellagre est encore discutée; les uns (Landouzy et autres), la considérant comme un effet de la misère ou de diverses maladies cachectisantes; d'autres (Zambaco), en faisant une forme fruste de la lèpre. La forme habituelle est *endémique*; il existe en outre une *forme sporadique*, généralement secondaire, chez les indigents, les aliénés, les paralytiques généraux.

**Signes cliniques.** — **Érythème pellagreux.** — La *forme endémique* débute en mai ou au commencement de juin, par un *érythème* rouge sombre, exactement limité aux *parties découvertes* (face, cou, mains, avant-bras) qui présentent souvent de la brûlure et des bulles. En quelques jours, les régions atteintes brunissent et desquament finement en larges écailles durant 2 à 3 semaines; les squames gris sale ou noires qui restent aux poignets, forment la *manchette pellagreuse*. Les zones dénudées gardent 4 à 5 semaines l'aspect luisant de la *pelure d'oignon*.

Dès cette période, les malades présentent déjà : des vertiges; un sentiment de tristesse, d'anéantissement; des crampes dans les membres et des troubles digestifs (saveur salée, anorexie ou boulimie, gastralgie, diarrhée, parfois ptyalisme et stomatite).

Reparaissant à chaque printemps, l'érythème laisse sur la peau, de la face et du dos des mains surtout, des traces permanentes : masque terreux sur la face; teinte brune sur les mains qui, décharnées et semées de squames, ont été comparées à la patte d'oie (*mains ansérines*).

**Troubles digestifs et nerveux.** — Les troubles cutanés, passant alors au second plan, font place à des accidents digestifs et nerveux : diarrhée chronique cachectisante, état vertigineux, asthénie des membres inférieurs avec légère incoordination motrice, entraînant la *démarche ébrieuse*, *tremblement* des extrémités, de la langue, des lèvres, et embarras de la parole.

La pellagre aboutit presque toujours à l'*aliénation à forme mélancolique* et entraîne la mort, soit par cachexie et démence, soit par des accidents intestinaux fébriles rapides connus sous le nom de *typhus pellagreux*; en outre, le *suicide par submersion* est particulièrement fréquent chez les pellagreux.

Maladie cyclique, la pellagre endémique débute par des érythèmes périodiques et aboutit à une cachexie spéciale, elle peut durer de 5 à 20 ans.

Les *pseudo-pellagres* consistent surtout en un érythème épisodique au cours de l'aliénation, de la paralysie générale, ou d'affections cachectisantes (tuberculose, dysenterie, alcoolisme).

**Diagnostic.** — L'*érythème solaire*, de même siège que la pellagre, est accidentel et évolue vite sans phénomènes généraux.

Certains *érythèmes d'origine névritique* rappellent, par leur aspect, celui de la pellagre, mais ne sont pas limités aux parties découvertes.

L'*érythème de l'acrodyne* atteint, non seulement le dos de la main, mais la paume.

A une période avancée, la confusion avec : l'*aliénation mentale*, la *paralysie générale*, l'*entérite chronique*, ne peut être évitée que grâce à la présence des lésions cutanées actuelles ou antérieures.

## XIII. — SCORBUT

**Signes étiologiques.** — Le scorbut est un état pathologique constamment imputable à l'*absence de végétaux frais dans l'alimentation*; accessoirement, au surmenage, à l'encombrement, au froid humide. De plus en plus rare, le scorbut sévit épidémiquement, surtout dans les prisons, les villes assiégées; sur les navires, au cours des expéditions polaires.

Le scorbut évolue en trois périodes, de gravité croissante : *début*, *état*, *terminaison*.

**Signes cliniques.** — **Début.** — Le teint terreux, livide, la décoloration des muqueuses, l'œdème matinal des paupières et de la face traduisent l'alté-

ration du sang. Fatigués, tristes et abattus, les malades ne tardent pas à ressentir des douleurs, d'abord vagues, puis localisées dans les muscles thoraciques (constriction à la base de la poitrine) et les articulations, des genoux surtout, des épaules, des hanches. En même temps, les bulbes pileux de la peau, ceux des membres inférieurs particulièrement, forment des élevures à sommet vésiculeux, jaune-rougeâtre, puis rouge-brun, dont l'aspect rappelle celui de la *chair de poule* (*peau ansérine*). Quand ces élevures s'affaissent, les taches qui les surmontent donnent, en s'élargissant, le *piqueté scorbutique* formé d'autant de macules arrondies que les membres inférieurs présentent de bulbes pileux.

A cette période, la muqueuse buccale, pâle, présente quelquefois des ecchymoses le long des piliers et sur le voile du palais; les gencives sont bordées d'un liseré bleu vineux; tel est le premier degré de la *gingivo-stomatite scorbutique*. Bientôt, engorgées et violacées, les gencives s'ulcèrent près du collet des dents, surtout de celles qui sont cariées, cassées, ou encroûtées de tartre.

**État.** — Cette phase est caractérisée par les *ecchymoses* et les *indurations*.

Les *ecchymoses*, dont le diamètre atteint toujours 1 à 2 centimètres, ont d'abord pour siège : les membres inférieurs, les points soumis à des contusions, à des irritations anciennes par brûlure, ulcération ou vésicatoires, et les régions répondant à des muscles surmenés.

Les *indurations*, provoquées par des suffusions sanguines à début brusque, forment souvent, au mollet, à la partie postéro-interne de la cuisse, des *tumeurs* dures, irrégulières que recouvre une peau lisse, chaude, tendue, prenant plus ou moins vite la teinte ecchymotique et reposant sur un œdème dur et circonscrit. Quand les lésions sont invétérées, la peau, pigmentée, prend à leur niveau une couleur bistre ou bronzée spéciale.

En cas d'indurations étendues, les membres qui en sont le siège présentent un œdème qu'accroissent la station debout et la marche. Tout mouvement et tout choc faisant naître de vives douleurs dans les muscles malades, le scorbutique est condamné à l'immobilité.

A cette période, les gencives sont fongueuses; formant des *bourrelets* violacés, exubérants, semés d'ecchymoses et saignant au moindre contact; les dents, ébranlées, sont mobiles comme les touches d'un clavier, ce qui rend la mastication douloureuse; l'haleine est extrêmement fétide, la salivation souvent exagérée.

Exceptionnelle, la *fièvre* n'apparaît qu'en cas de complication infectieuse. Le *pouls* est lent, mou, dépressible; on constate souvent des *souffles* cardiovasculaires anémiques. Rares et foncées au début, les *urines* sont pauvres en urée, albumineuses dans les formes graves ou compliquées.

**Phase terminale.** — Elle est caractérisée par : les *ulcères scorbutiques*, des *hydropisies*, des *hémorragies viscérales*, des *nécroses osseuses* et la *cachexie*.

Le moindre traumatisme devient l'origine d'ulcérations livides et fongueuses qui saignent à tout propos et peuvent s'infecter. Le sang s'écoule du reste de

toutes parts : par les gencives, la pituitaire, la vessie, l'estomac, l'intestin, les bronches, etc.

Le tissu cellulaire est infiltré; des épanchements séreux ou sanglants envahissent les séreuses, y compris celles des articulations. L'*hémarthrose du genou* se révèle par un froissement amidonné spécial, perçu dans les mouvements de latéralité imprimés à la rotule, quand la jointure est en demi-flexion (*trépidation rotulienne*).

L'*hémothorax* et l'*hémopéricardite* scorbutique se traduisent par l'aggravation de l'état général. Très fréquente dans certaines épidémies, la *péricardite* se révèle par des douleurs précordiales intenses, par des signes de collapsus et d'hémorragie interne susceptibles d'entraîner la mort très rapidement.

Sont également fréquents : les *hématomes sous-périostés* du tibia, du cubitus, du radius, et les *nécroses du maxillaire* consécutives aux lésions gingivales.

De la dégénération diffuse des organes finit par résulter un marasme profond qui aboutit à la mort par adynamie, syncope ou coma (hémorragie méningée).

**Évolution.** — Elle varie selon les climats, les saisons, le terrain. La *durée* atteint souvent plusieurs mois. Le traitement guérit les cas récents et ralentit beaucoup les cas invétérés. Les *causes de mort* sont multiples : paralysie cardiaque (myocardite hémopéricarde), anémie hémorragique, cachexie progressive, infection secondaire. En cas de guérison, la convalescence est toujours longue, les récidives sont fréquentes.

**Complications.** — Les complications infectieuses sont très redoutables. La *péricardite hémorragique*, l'*endocardite infectieuse*, la *myocardite aiguë*, la *pneumonie*, la *gangrène pulmonaire*, la *pleurésie hémorragique* hâtent souvent la terminaison fatale. Il en est de même de l'*entéro-colite hémorragique*. Il arrive aussi qu'une infection associée, telle que la *dysenterie*, le *choléra*, le *typhus* provoque la mort pendant la convalescence.

Les *infections locales* : furoncles, panaris, phlegmons, lymphangites, sont traînantes et rebelles. Des *névralgies* très pénibles (radial, cubital); des *anesthésies*, plantaire ou palmaire; des *myalgies*, des *arthralgies*, des *parésies* ou *paralysies* des extrémités (jambes, avant-bras, mains), avec amyotrophies et attitudes vicieuses consécutives (pied-bot), traduisent des lésions de *névrite périphérique*. Les *indurations persistantes* du creux poplité sont communes.

Les lésions buccales entraînent : des *ostéo-périostites*, des *phlegmons*, des *parotidites* et une intolérance plus ou moins absolue pour le mercure. Le scorbut aggrave tous les traumatismes, opératoires ou autres.

**Formes cliniques.** — La prédominance de tel ou tel signe ou complication, les réactions individuelles créent des formes : cardiaque, intestinale, sthénique, asthénique, etc. Dans la première enfance, le scorbut revêt une forme spéciale dite maladie de Barlow (voy. *Rachitisme*).

**Diagnostic.** — Le diagnostic n'est difficile qu'à la phase initiale ou dans

les cas sporadiques. Peuvent prêter à quelque confusion : certaines formes de *rhumatisme musculaire* (pas d'anémie, pas d'hémorragies); l'*anémie pernicieuse*, la *leucémie* (examen du sang); les *cachexies paludéenne, mercurielle*; certains cas d'*insuffisance hépatique* (notions étiologiques et cliniques). Les différentes formes de *purpura* sont surtout trompeuses; le scorbut s'en écarte par les causes, l'épidémicité, les lésions gingivales.

### CHAPITRE III

#### SÉMIOLOGIE DE QUELQUES INTOXICATIONS OU TOXI-INFECTIONS A DÉTERMINATION CUTANÉE

##### I. — PURPURAS

**Description du symptôme.** — Par *purpura*, on entend une éruption de taches rouge vif ou violacées ne s'effaçant pas par la pression et dues à des extravasations sanguines cutanées.

Le *purpura* revêt trois aspects différents : les *pétéchies*, taches punctiformes couronnant souvent un orifice pilo-sébacé; les *vibices*, sortes de stries ou de raies hémorragiques, et les *ecchymoses*, taches plus étendues. Généralement plat, l'élément purpurique est quelquefois saillant (*purpura nodulaire*) ou surmonté d'une bulle (*purpura bulleux*), ou encore compliqué de sphacèle (*purpura nécrosique*). Évoluant comme tout épanchement sanguin, la tache purpurique est successivement violacée, jaune verdâtre, puis jaune clair et finit par s'effacer (l'ecchymose, en trois semaines). Le *purpura* n'épargne aucun point du tégument, mais il est plus commun aux membres inférieurs, souvent associé à de l'œdème, favorisé par la marche et la station debout.

Exceptionnellement, les taches purpuriques deviennent le siège d'un suintement sanguin.

Le *purpura* doit être distingué du *nævus musculaire*, lésion permanente, congénitale, et des *ecchymoses traumatiques* (commémoratifs).

Le *purpura simplex* est limité au tégument cutané; le *purpura hémorragica*, étendu aux muqueuses, se complique d'hémorragies diverses : épistaxis, stomatorragies, hématuries, hématoméses, melæna, hémoptysies; il peut encore comporter des hémorragies dans les séreuses et les viscères.

Tout *purpura* cutané peut devenir hémorragique s'il tient à une lésion sanguine, imputable elle-même très fréquemment, à une altération hépatique (H. Grenet).

**Classification.** — On peut décrire : des *purpuras secondaires*; un *purpura infectieux* dit *primitif*; un *purpura* dit *rhumatoïde*, et une forme spéciale dite *maladie de Werlhof*.

**I. Purpuras secondaires.** — Certains *purpuras*, par hypertension sanguine intra-capillaire, sont d'*origine mécanique* pure; tels sont : les ecchymoses consécutives à l'attaque épileptique, à la quinte de coqueluche, aux efforts de vomissement; le *purpura* qui complique les œdèmes cardiaques ou phlébitiques; celui qui apparaît sur les membres inférieurs à la suite d'une marche forcée.

On appelle *purpura nerveux* (par vaso-dilatation nerveuse), ceux qui compliquent les névrites (sciatique), ou les myélites (crises fulgurantes du tabes).

Beaucoup de *toxi-infections* : fièvres éruptives à forme hémorragique (variolo, rougeole, scarlatine), scorbut, fièvre typhoïde, angines, diphtérie, paludisme, ictère grave, endocardite septique, pneumonie, broncho-pneumonie, etc., peuvent comporter des manifestations purpuriques.

Le *purpura* peut également résulter d'intoxications par des substances très diverses : iode, mercure, antipyrine, iodoforme, chloral, arsenic, phosphore, belladone, balsamiques, venin de serpents, sérums thérapeutiques, etc. La plupart des *cachexies* peuvent se compliquer de *purpura*. Les *purpuras* cachectiques propres : au cancer, à la tuberculose, à la leucémie, à la pellagre, au mal de Bright, aux hépatites, au rachitisme, reconnaissent du reste presque toujours une origine infectieuse ou toxique.

**II. Purpura infectieux primitif.** — On distingue : une *forme aiguë typhoïde*, une *forme subaiguë bénigne* et une *forme foudroyante*.

**I. Forme aiguë typhoïde.** — Le début est celui de tout état infectieux grave : céphalalgie, courbature, anorexie, vomissements, constipation; aussitôt ou après quelques jours, toute la peau se couvre de taches rouge bleuâtre, grandes comme un grain de mil, une lentille, une pièce de 50 centimes; assez confluentes parfois pour donner l'aspect : *peau de léopard*; en même temps surviennent : des *épistaxis*, des *hémorragies buccales, intestinales*, des *hématuries*. En certains cas, les hémorragies muqueuses manquent; dans d'autres, elles sont isolées, compliquant un état typhoïde sans *purpura* cutané. L'exanthème purpurique procède généralement par *poussées*, durant lesquelles se produisent, quand elles existent, les hémorragies muqueuses.

Quelquefois, la tache purpurique, très large, se recouvre d'une *phlyctène* qui fait ensuite place à une *escarre* de taille variable; c'est le *purpura gangreneux*, presque toujours mortel, compliqué parfois de *noma*.

Ailleurs, les articulations tuméfiées deviennent le siège d'épanchements, sanguins ou purulents (*hémarthroses* et *pyarthroses*). On peut observer également des attaques d'apoplexie ou d'hémiplégie, liées à des hémorragies des centres nerveux.

Pendant ce temps, le sujet est prostré, quelquefois délirant; il a la langue sèche, les gencives fuligineuses et présente de la diarrhée. Très capricieuse, la *température* oscille entre 38° et 40°; s'abaissant brusquement en cas de perte sanguine abondante. L'*albuminurie* est presque constante (même sans hématurie); la *spléno-mégalie* est fréquente.

On note parfois un peu d'ictère et, très communément, l'œdème de la face et des extrémités.