

érythémateux, du type purpurique, pour quelques-unes de celles du type vésiculeux; mais il est jusqu'ici impossible de déterminer le point du système nerveux dont l'entrée en jeu est sollicitée pour les produire.

Les poisons, exogènes ou endogènes, s'éliminant, au moins en partie, par les glandes cutanées, sébacées et sudoripares, il était rationnel de chercher dans cette voie le mécanisme des éruptions médicamenteuses. Il semble qu'il ne soit possible d'attribuer à l'élimination toxique par les glandes que les lésions du type pustuleux, acnéique ou anthracoïde.

Traitement. — En présence d'une éruption médicamenteuse, la première indication est de suspendre l'usage du médicament causal.

On devra ensuite en faciliter l'élimination, qu'il ait été absorbé par les voies digestives ou qu'il ait été employé en applications sur la peau par laquelle il a pu secondairement être absorbé. D'où la nécessité, dans toutes les éruptions médicamenteuses d'origine externe ou d'origine interne, de prescrire les diurétiques qui facilitent l'élimination rénale, de préférence le lait, qui n'a aucun effet toxique, et, au besoin, des laxatifs qui aident l'élimination du médicament et celle des produits de la fermentation intestinale.

Le régime alimentaire devra en outre être réglé de façon à en exclure tous les aliments susceptibles de produire des intoxications accessoires (poisson, gibier, fromages forts, etc.), ou d'exciter la peau (épices, acides, etc.).

Le traitement local ne diffère pas de celui des formes correspondantes des éruptions de toute autre cause, en particulier des éruptions de cause chimique (voir page 147).

La récurrence des éruptions médicamenteuses à la suite de l'usage des mêmes agents impose des réserves dans les prescriptions à faire ultérieurement aux sujets qui en ont été atteints. Toutes les fois que la substance nocive redeviendra indiquée par une maladie nouvelle, et qu'elle ne pourra être remplacée par un succédané dépourvu d'effets nuisibles sur la peau, elle ne devra être prescrite qu'avec les plus grandes précautions. Parfois, ses effets pourront être combattus par des précautions prophylactiques : c'est ainsi que l'antisepsie intestinale atténuée parfois ou même empêche les éruptions causées par les iodures et les bromures (Féré), et qu'on a préconisé l'arsenic comme antidote des éruptions ioduriques et bromiques, le bicarbonate de soude et la belladone pour prévenir les éruptions ioduriques.

QUATRIÈME PARTIE

DERMATOSES DE CAUSES COMPLEXES OU INSUFFISAMMENT DÉTERMINÉES

Les affections dont l'étude reste à faire peuvent être groupées, suivant leurs caractères anatomo-cliniques et les localisations de leurs lésions, de la façon suivante :

- Le groupe des érythèmes et des dermatoses connexes.
- Les dermatoses prurigineuses.
- Les dermatoses squameuses.
- Les eczémas.
- Les dermatoses vésiculeuses.
- Les dermatoses bulleuses.
- Les sclérodermies.
- Les néoplasies cutanées.
- Les hyperkératoses.
- Les dystrophies pigmentaires.
- Les affections des glandes sudoripares.
- Les affections des glandes sébacées.
- Les affections de l'appareil pileux.
- Les affections des ongles.

I

LE GROUPE DES ÉRYTHÈMES

Nous rangeons dans le groupe les érythèmes en général, l'érythème polymorphe, l'érythème pellaigreux qui ne pouvait être rangé exclusivement dans les dermatoses de cause externe, et deux groupes de dermatoses qui ont les plus profondes affinités avec les érythèmes, les purpuras et l'urticaire. Quoique les purpuras soient décrits par la plupart des auteurs dans un chapitre consacré aux hémorragies cutanées, l'exposé de leurs conditions pathogéniques justifiera le classement que nous avons adopté.

LES ÉRYTHÈMES

Sous le nom d'*érythèmes*, on désigne une série d'affections cutanées caractérisées cliniquement par une rougeur plus ou moins intense, disparaissant par la pression, rougeur de forme et d'étendue variables; leur substratum anatomique consiste (peut-être plus théoriquement et cliniquement qu'au point de vue anatomo-pathologique) en une congestion plus ou moins intense du

derme, accompagnée ou non d'une infiltration interstitielle de liquide et d'éléments cellulaires. A la lésion érythémateuse peuvent s'ajouter, lorsque le processus exsudatif est très accusé, des lésions secondaires (papules, nodosités, vésicules, bulles, phlyctènes) qui modifient l'aspect primitif des surfaces érythémateuses.

Causes et caractères généraux des érythèmes. — Les érythèmes peuvent reconnaître pour cause l'action locale des agents extérieurs sur les téguments : tels sont les érythèmes produits par la chaleur : brûlure au premier degré ; par le froid : érythème pernio ou engelures ; par l'action des rayons lumineux provenant, soit de la lumière solaire : coup de soleil, soit de la lumière électrique : coup de soleil électrique.

Des substances diverses appliquées sur les téguments déterminent la production d'un érythème : c'est sur cette action qu'est basée la rubéfaction de la peau par les applications de moutarde, etc. ; une simple friction énergique avec un corps dur et surtout rugueux produit d'ailleurs le même effet.

La simple pression amène le développement d'un érythème qui, lorsqu'elle est très prolongée, peut être le prélude d'une eschare.

Des troubles circulatoires, les embolies et les thromboses artérielles peuvent causer dans le territoire cutané correspondant un érythème plus ou moins intense.

Des altérations nerveuses, section des nerfs, irritations extérieures, névrite, électrisation, ou des lésions médullaires peuvent également être l'origine de plaques érythémateuses plus ou moins étendues et plus ou moins persistantes, comparables à celles que provoquent chez les animaux les expériences sur les nerfs vaso-moteurs.

Toutes les causes précédentes agissent par un processus physio-pathologique simple et facile à déterminer. Il n'en est pas de même dans un grand nombre d'autres érythèmes. E. Besnier (1) a insisté avec infiniment de raison sur la complexité des conditions pathogéniques des érythèmes, montrant qu'il faut nécessairement distinguer dans chaque cas la prédisposition personnelle du sujet, le mode pathogénique ou instrumental et les causes diverses qui mettent en mouvement ce mécanisme instrumental.

Ainsi, les érythèmes qui surviennent à la suite de l'ingestion de diverses substances médicamenteuses et toxiques peuvent reconnaître pour causes la présence de ces substances dans les vaisseaux cutanés, leur influence sur les centres vaso-moteurs, les troubles réflexes que détermine leur présence dans les voies digestives, les modifications qu'elles impriment à la composition et à la constitution du liquide sanguin ; il en est de même pour les érythèmes des auto-intoxications, comme l'urémie et la cholémie.

Les érythèmes qui s'observent dans les maladies infectieuses peuvent tenir à l'action sur la peau ou sur les centres nerveux soit des poisons solubles élaborés par leurs agents pathogènes, soit de ces agents pathogènes eux-mêmes.

L'érythème du dos des mains qui constitue l'un des symptômes de la pellagre est dû tout à la fois aux troubles de la nutrition générale qui en précèdent le développement, et à l'action des rayons solaires sur les tissus de la peau.

Les érythèmes sont d'intensité variable, leur coloration variant du rose ou du

(1) E. BESNIER, Pathogénie des érythèmes. *Annales de Dermat.*, 1890, p. 1.

rouge pâle au rose foncé, presque brunâtre, leur siège, leur étendue et leur forme variant suivant qu'ils dépendent d'une cause locale dont ils reproduisent exactement la surface d'action, ou d'une cause générale qui peut produire une éruption généralisée d'éléments, affectant des formes et des dimensions variables.

Certains érythèmes ont, de par leur configuration, une individualité spéciale : ce sont les roséoles, caractérisées par des taches arrondies, du diamètre d'une lentille et plus, occupant la presque totalité de la surface cutanée ; et les érythèmes scarlatiniformes, qui recouvrent des surfaces étendues, ont une coloration uniforme ou ponctuée de fines taches vives, et se terminent par une desquamation plus ou moins prononcée. Les roséoles et les érythèmes scarlatiniformes reconnaissent pour cause soit une infection, soit une intoxication. L'étude de leur diagnostic différentiel a été faite dans les chapitres consacrés à la rubéole et à la scarlatine. Ils ont été mentionnés à propos des éruptions médicamenteuses et on trouvera à l'occasion du pityriasis rubra le complément des descriptions qu'il convient de fournir à leur sujet.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

Définition. — Sous le nom d'érythème polymorphe, transformé par Kaposi en celui d'érythème exsudatif multiforme, Hebra a réuni toute une série de manifestations cutanées caractérisées par leur marche aiguë et la variété des lésions élémentaires qui les caractérisent, mais ayant toutes en commun le développement de tous leurs éléments sur une base érythémateuse initiale.

Cette description commune comprend des formes dermatologiques auxquelles les auteurs qui ont précédé Hebra donnaient des noms multiples et qu'ils considéraient à tort comme autant de maladies distinctes.

Il faut, dès l'abord, remarquer que l'érythème polymorphe n'est pas une entité morbide, mais un syndrome relevant de causes variées.

Description clinique. — Une tache rouge de la largeur d'une lentille, disparaissant par la pression, à contours mal définis, de forme arrondie, peu ou pas saillante, constitue l'élément initial de l'érythème polymorphe.

La tache peut rester à cet état pendant toute sa durée, puis disparaître en laissant après elle une légère coloration brunâtre. Plus souvent, elle subit des transformations diverses. Tantôt elle s'élargit, devient un peu plus saillante, ses bords se limitent plus exactement, sa forme est régulièrement arrondie, elle atteint la largeur d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc ; sa coloration rouge vif à la périphérie, rouge bleuâtre vers son centre, forme souvent aux extrémités, et en particulier sur le dos des mains, des marbrures caractéristiques dans l'intervalle desquelles la peau est d'un rouge bleu diffus, cyanosée ; sur le tronc, ces plaques érythémateuses sont d'un rouge plus foncé, rarement entremêlées de zones bleues. Dans toutes les régions d'ailleurs, ces plaques sont multiples, parfois très nombreuses, s'unissant les unes aux autres par leurs bords pour former des figures irrégulières, des dessins variés (*érythème figuré*). Les plaques rouges s'affaissent souvent à leur partie centrale et s'y décolorent, tandis que leur périphérie, conservant sa coloration, constitue un cercle rouge et saillant (*érythème annulaire*) ; au centre d'un cercle semblable, peut se développer une nouvelle tache rouge qui évolue de la même façon et qui est

séparée du cercle extérieur par une zone de coloration à peu près normale (*érythème iris* ou *en cocarde*). Dans ces formes, l'éruption débute ordinairement sur le dos des mains et des pieds, puis s'étend aux segments supérieurs des membres, et peut envahir progressivement une grande partie de la surface cutanée ou se limiter à certains territoires; le cou et la face sont encore ses lieux d'élection.

D'autres fois, la tache rouge primitive s'étend peu par sa périphérie, mais devient saillante, parfois un peu acuminée à son centre, constituant de la sorte une légère saillie papuleuse arrondie, de consistance ferme (*érythème papuleux*): ces éléments se développent presque toujours simultanément en nombre variable et sur des régions diverses du corps, en particulier sur les membres; ils coïncident le plus ordinairement avec des éléments d'aspect différent, ce qui ne permet pas de faire de l'érythème papuleux une maladie spéciale, comme le voulaient Bazin, Trousseau et Lasègue.

La saillie et l'étendue de l'élément érythémateux peuvent devenir plus considérables encore; il peut constituer un noyau véritable, infiltré dans le derme, atteignant la dimension d'un gros pois, d'une noisette, s'enfonçant profondément et formant une saillie appréciable à la vue, de coloration rouge, douloureuse à la pression; sa disparition laisse une macule jaunâtre, puis brunâtre, analogue à celle qui succède aux ecchymoses traumatiques, d'où le nom d'érythème contusifforme proposé par quelques auteurs allemands: c'est là l'*érythème noueux*, dont les nodosités peuvent se réunir pour former de larges placards infiltrés et épais de coloration rouge vif ou foncé. Ces lésions ont pour siège ordinaire les membres inférieurs dont les conditions de circulation jouent certainement un rôle important dans la production des nodosités (Lewin, E. Besnier): elles occupent en particulier la partie antérieure des jambes, au-devant des tibias et, aux membres supérieurs, se localisent presque toujours au niveau des cubitus. Un certain nombre d'auteurs, entre autres Hebra, Kaposi, Talamon, Comby, séparent l'érythème noueux de l'érythème polymorphe, en font une maladie spéciale, rhumatismale pour les uns, infectieuse pour d'autres; mais sa coïncidence fréquente avec d'autres efflorescences appartenant à l'érythème polymorphe, son développement dans les mêmes conditions d'âge, d'état constitutionnel, de saisons, etc., la similitude des manifestations viscérales et articulaires qui accompagnent l'un et l'autre, ne permettent pas cette séparation contre laquelle protestent Lewin, E. Besnier, etc.

Les taches érythémateuses peuvent, tout en devenant saillantes, s'étaler, former des plaques analogues à l'urticaire et dues, comme les papules de cette dernière, à une exsudation liquide interstitielle. La coloration rouge peut aussi devenir plus intense et, ainsi que cela s'observe dans le purpura, ne plus disparaître complètement par la pression. Il y a, en un mot, association de l'urticaire ou du purpura à une éruption dont le plus grand nombre des éléments ont le caractère de l'érythème polymorphe; cette association montre bien les relations cliniques de ces diverses formes éruptives, relations qui s'expliquent bien par la similitude pathogénique de leurs lésions anatomiques.

L'exsudation de sérosité, au lieu de se faire dans les mailles du tissu conjonctif du derme, peut se faire entre les cellules épidermiques qui se séparent les unes des autres, limitant des cavités de dimensions variées. De la sorte, se produisent des vésicules, des bulles, des phlyctènes, remplies de

sérosité. Développés sur une base érythémateuse qu'ils peuvent occuper en entier ou dont la périphérie leur constitue une sorte d'aréole, ces éléments présentent dans un même cas des dimensions assez égales. Tantôt, ils sont constitués seulement par une petite saillie vésiculeuse éphémère qui se rompt, laissant après elle une croûte qu'il faut chercher. D'autres fois ils atteignent des dimensions plus considérables, se disséminent sur de grandes étendues de la surface cutanée et représentent ce que les auteurs antérieurs à Hebra décrivaient sous les noms de pemphigus bénin, pemphigus aigu, pemphigus à petites bulles. C'est également à l'érythème polymorphe que l'on doit rapporter les faits décrits par quelques auteurs sous le nom d'herpès iris, par Bazin sous celui d'hydroa vésiculeux (*érythème hydroa* de E. Besnier), dans lesquels les soulèvements bulleux forment une sorte de couronne entourant une zone érythémateuse et bordée également par un cercle de coloration rouge.

Les diverses formes de l'érythème polymorphe cutané ont leurs analogues sur la muqueuse bucco-pharyngée⁽¹⁾: ces manifestations muqueuses, rares dans les formes papuleuses et noueuses (Pospelow), sont au contraire fréquentes dans les diverses variétés des formes vésiculeuses et bulleuses, où elles donnent lieu, après la rupture rapide des éléments bulleux, à des ulcérations ou à des sortes de plaques opalines quelquefois difficiles à distinguer des plaques muqueuses syphilitiques (A. Fournier, E. Besnier). Plus rarement, on observe des lésions de la conjonctive, sous la forme de papules ou de vésicules⁽²⁾.

Des phénomènes généraux plus ou moins intenses accompagnent et souvent précèdent l'éruption cutanée. Il n'est pas rare de voir, pendant plusieurs jours avant l'apparition de l'érythème, les malades accuser des douleurs vagues, de la lassitude, de la courbature, des douleurs lombaires, de la céphalalgie, de l'embarras gastrique, quelquefois des vomissements répétés, avoir de la fièvre, plus rarement des frissons, de l'insomnie, de l'abattement, et présenter un état général analogue à celui qui accompagne le début de la fièvre typhoïde.

Au cours de la maladie, ces symptômes sont rarement très prononcés; cependant on peut voir, au moment des poussées éruptives, la température atteindre 38°,5, 39°, plus rarement 40°, avec des oscillations et des exacerbations vespérales.

Parfois des phénomènes cérébraux graves, de la diarrhée, accompagnent ces érythèmes fébriles. Des lésions viscérales existent le plus souvent en pareil cas et expliquent l'élévation de la température: des endocardites, des péricardites, des phlébites (J. Girode), des pleuro-pneumonies (Talamon), des néphrites, la tuméfaction de la rate, voire même des méningites sont, en effet, au nombre des lésions que peut engendrer l'infection dont l'érythème est souvent la manifestation.

Des arthropathies d'intensité très variable, depuis la simple arthralgie avec ou sans douleur à la pression sur les ligaments articulaires jusqu'à l'arthrite intense avec épanchement abondant et rougeur périarticulaire rappelant la polyarthrite rhumatismale, mais moins mobile que celle-ci, accompagnent presque constamment l'érythème polymorphe, principalement dans ses formes

(1) MENDEL, Des déterminations bucco-pharyngo-laryngées de l'érythème polymorphe. *Archives générales de médecine*, août et septembre 1895.

(2) BEAUDONNET, Contribution à l'étude des manifestations oculaires dans l'érythème polymorphe. *Thèse de Paris*, 4 juillet 1894.

papuleuse et noueuse : ces arthropathies peuvent occuper toutes les articulations des membres ; elles ont pour siège de prédilection les poignets, les coudes, les coudes-pied et les genoux. C'est leur existence qui a surtout servi à établir la théorie, aujourd'hui abandonnée, de l'origine rhumatismale de l'érythème polymorphe.

Marche. — Comme le purpura rhumatoïde, l'érythème polymorphe se produit par poussées successives, durant plusieurs jours, se répétant souvent à intervalle de quelques jours, parfois à l'occasion de fatigues et d'excès ; ces poussées sont généralement moins nettes, moins répétées que dans le purpura ; elles cessent ordinairement au bout de 2 à 3 semaines ; mais, dans quelques cas rares, elles se succèdent pendant des semaines et des mois, comme dans des observations d'érythème à forme papuleuse recueillies par J. Teissier.

Pronostic. — Par elle-même, l'éruption d'érythème polymorphe ne présente d'autre gravité que sa durée variable et ses récurrences fréquentes ; mais elle est la traduction d'une maladie générale, qui peut être ou légère ou grave, et s'accompagner de lésions viscérales persistantes et parfois mortelles.

Diagnostic. — Le polymorphisme de l'éruption, son évolution aiguë, la coïncidence de troubles généraux et de manifestations articulaires individualisent suffisamment l'érythème polymorphe pour que son diagnostic soit presque toujours facile.

La plupart des éruptions médicamenteuses sont aussi polymorphes, mais alors leur généralisation plus considérable et plus rapide, et l'interrogatoire des malades permettent de les distinguer de l'érythème polymorphe. On observe parfois, après l'administration de l'iodure de potassium (Ricord, Pellizzari, Talamon), des nodosités ressemblant à celles de l'érythème noueux, mais en différant par l'absence de coloration ecchymotique au moment de leur disparition et par leur dissémination sur tout le corps, en dehors des lieux d'élection de l'érythème noueux.

L'urticaire, dans ses formes banales, se distingue par son prurit, par son aspect plus uniforme, des formes ortiées de l'érythème polymorphe.

Certains érythèmes papulo-vésiculeux peuvent rappeler la *variole* au début, mais le petit nombre relatif des éléments, l'absence des phénomènes généraux de l'infection variolique permettent de les reconnaître.

On doit distinguer des formes noueuses de l'érythème polymorphe l'affection que Bazin a bien décrite sous le nom d'*érythème induré* : se développant surtout chez les jeunes filles à tempérament lymphatique que leur profession oblige à rester longtemps debout (blanchisseuses, cuisinières, etc.), occupant les membres inférieurs, caractérisée par des saillies d'un rouge foncé, parfois ulcérées, cette affection se distingue de l'érythème noueux par sa longue durée, par sa localisation aux membres inférieurs, et par l'uniformité de ses éléments érythémateux non accompagnés du développement de vésicules ou de bulles.

L'érythème noueux peut encore être confondu avec certaines formes de la *lèpre tuberculeuse*, qui s'en distinguent par la persistance plus longue de leurs lésions et par l'anesthésie concomitante, et dans quelques cas avec des *gommés syphilitiques* précoces qui se reconnaissent cependant à leur nombre restreint, à leur évolution plus lente, à leur tendance au ramollissement.

Les formes bulleuses de l'érythème polymorphe prêtent à la confusion avec

le *pemphigus* et avec la *dermatite herpétiforme de Duhring* ; le diagnostic est surtout embarrassant au début de l'affection ; mais même à une période avancée, il peut rester douteux, car ces formes bulleuses peuvent avoir une durée de plusieurs mois, se traduire par des poussées successives, exactement comme la dermatite de Duhring.

Étiologie. — L'érythème polymorphe se rencontre surtout chez les sujets jeunes : on l'observe de préférence, comme le purpura rhumatoïde, chez ceux qui ont une tare arthritique ou névropathique. Certains sujets ont une prédisposition toute spéciale à cette affection, dont ils sont atteints presque régulièrement chaque année à la même saison pendant un nombre plus ou moins considérable d'années, et présentent à chaque atteinte la même localisation de l'éruption et la même variété morphologique.

C'est principalement au printemps et au commencement de l'été, puis à l'automne, que s'observe l'érythème polymorphe, parfois avec une fréquence qui simule presque une épidémie.

Les fatigues, le surmenage, les excès de tout genre favorisent son développement. Les sujets atteints de lésions des organes génitaux, qu'il s'agisse de blennorrhagie, de métrite, de dysménorrhée, d'ulcérations vénériennes, y sont particulièrement prédisposés, ainsi que l'a fait remarquer Lewin qui attribue la production de l'érythème en pareil cas à un réflexe parti des organes génitaux.

Des maladies infectieuses diverses peuvent précéder l'érythème polymorphe et en être la cause, soit que leur agent pathogène ait pu produire l'érythème, soit qu'elles aient favorisé une infection secondaire susceptible de le provoquer, soit enfin qu'elles aient affaibli le système nerveux et diminué sa résistance. Telles sont en particulier les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la blennorrhagie, l'infection puerpérale, le choléra, la syphilis (Leloir). Très fréquemment, les sujets atteints d'érythème polymorphe ont été atteints dans les 2 ou 3 semaines qui précèdent l'éruption d'une angine aiguë, laquelle est le plus souvent de nature streptococcique. On l'observe quelquefois dans le cours de la tuberculose pulmonaire ou peu avant l'éclosion de celle-ci ; les rapports à établir avec cette affection sont encore mal déterminés.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, l'érythème polymorphe a été considéré par certains auteurs comme une manifestation rhumatismale : à une époque où le rhumatisme trônait en maître dans l'étiologie, où toute arthrite, toute arthralgie était regardée comme rhumatismale, cette étiologie était rendue vraisemblable par l'existence fréquente d'arthropathies au cours de l'érythème polymorphe : aujourd'hui où on sait d'une part que nombre d'affections donnent lieu à des arthropathies sans être rhumatismales, où la véritable polyarthrite rhumatismale est devenue elle-même une infection spécifique par ses caractères cliniques, sinon par ses caractères bactériologiques, le rhumatisme ne peut plus être considéré comme la cause de l'érythème polymorphe, mais comme une de ses causes et, il faut ajouter, comme une de ses causes les moins fréquentes. Gauthier cependant en fait une affection de nature rhumatismale.

Certaines éruptions, d'origine manifestement médicamenteuse ou toxique, comme les faits d'intoxication alimentaire décrits par Juhel Rénoy⁽¹⁾, rentrent véritablement dans le cadre de l'érythème polymorphe.

(1) JUHEL RÉNOY, Symptomatologie des intoxications alimentaires d'origine carnée porcine. *Bull. Soc. méd. hôp.*, 2 juin 1895, p. 450.