

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'érythème polymorphe consistent essentiellement en une congestion vasculaire accompagnée d'une exsudation de siège et de qualité variables⁽¹⁾. D'une façon constante, les vaisseaux congestionnés sont entourés d'un exsudat albumineux; en outre, on trouve autour d'eux des cellules lymphatiques, dont le nombre d'abord peu considérable augmente ultérieurement et qui finissent par former de véritables manchons périvasculaires. Le siège des lésions et l'intensité de l'exsudation varient suivant les formes. Dans les formes papuleuses, les lésions sont limitées au corps papillaire. Dans l'érythème noueux, elles occupent le derme et revêtent un caractère inflammatoire plus accusé que dans les formes papuleuses, avec exsudat fibrineux et parfois phlébite des veines dermiques⁽²⁾; la coloration contusiforme est due à l'altération de l'hémoglobine dans les vaisseaux thrombosés (Unna).

Dans les formes bulleuses, le processus est ordinairement celui de la phlycténisation, c'est-à-dire que l'épiderme est soulevé et infiltré par les liquides extravasés sous l'influence de l'hyperhémie exsudative; plus rarement les bulles résultent de la transformation cavitaire des cellules épidermiques.

Pathogénie et nature de l'érythème polymorphe. — La symétrie ordinaire des lésions, la concomitance de douleurs et de phénomènes arthropathiques analogues à ceux qui accompagnent certaines affections des centres nerveux, enfin le caractère congestif et fugace des lésions indiquent à l'évidence le rôle du système nerveux dans le développement de l'érythème polymorphe. Il n'est pas douteux que cette dermatose soit le résultat d'une angionévrose, ainsi que l'ont bien établi Köbner, Lewin, Schwimmer, Leloir. On ne peut en faire la conséquence de la migration ou de la pullulation d'organismes pathogènes dans les vaisseaux cutanés, comme l'ont admis quelques auteurs: les lésions cutanées, produites par des embolies septiques, peuvent, comme dans les cas de H. Barth, d'Orillard et Sabouraud⁽³⁾, avoir une certaine analogie avec celles de l'érythème polymorphe, mais ne rentrent pas dans son cadre clinique et ne sauraient servir à établir une pathogénie générale de cette affection.

La constatation du rôle du système nerveux n'est autre chose que celle du mécanisme qui produit les lésions cutanées. Reste à déterminer les causes qui mettent en action ce mécanisme, qui influencent les centres vaso-moteurs.

L'intervention des irritations périphériques, des lésions des organes génitaux par exemple, a pu être invoquée dans certains cas (Lewin); mais la notion, trop souvent invoquée il y a quelques années, d'une action réflexe n'explique pas tous les symptômes de l'érythème polymorphe et en particulier les lésions viscérales: on doit admettre que les lésions périphériques et les actions réflexes, de même que la fatigue et le surmenage, en ébranlant le système nerveux, ou l'état constitutionnel (arthritisme, nervosisme), en diminuant sa résistance, ne font que faciliter la mise en œuvre des actions vaso-motrices.

La cause véritable de l'érythème polymorphe, celle qui, en influençant les centres nerveux, détermine l'éruption cutanée, paraît être d'ordre infectieux

⁽¹⁾ LELOIR, Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature des érythèmes, et de l'érythème polymorphe en particulier. *Bull. Soc. anat.* 1884, p. 294. — UNNA, *Histopathologie der Hautkrankheiten.*

⁽²⁾ PHILIPSON, Contributo allo studio dell'eritema nodoso. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1895, p. 584.

⁽³⁾ ORILLARD et SABOURAUD, Érythème noueux au cours d'une septicémie à streptocoques. *Médecine moderne*, février 1895, p. 122.

dans la plupart des cas. La multiplicité des circonstances dans lesquelles apparaît cette affection semble indiquer que l'agent de l'infection causale est variable et presque banal; mais l'existence de phénomènes généraux et de complications viscérales ne permet guère de douter de son intervention. Reste à savoir si les altérations nerveuses qu'il tient sous sa dépendance résultent de son action directe ou de celle des produits solubles qu'il sécrète.

Cette dernière interprétation semble s'appliquer à la grande généralité sinon à la totalité des cas. La plupart des recherches qui ont abouti à la constatation de micro-organismes pathogènes dans le sang des sujets atteints d'érythème polymorphe n'avaient pas été poursuivies avec une rigueur suffisante pour qu'on puisse éliminer la possibilité de la pénétration dans les cultures de parasites accidentels ou des parasites épidermiques. Par contre, de nombreuses observations, depuis celles de Hutinel⁽¹⁾ sur les érythèmes infectieux dans la fièvre typhoïde et dans les maladies à streptocoques, ont montré l'absence de parasites microbiens dans le sang des sujets atteints d'érythème polymorphe. D'ailleurs, la pathogénie toxinienne de cette affection cadre bien avec le développement de l'érythème polymorphe à la suite d'intoxications médicamenteuses et alimentaires.

En résumé, affection à pathogénie complexe, l'érythème polymorphe ne semble pas être sous la dépendance d'une cause unique et toujours identique à elle-même: ce n'est pas à proprement parler une maladie, mais un complexe symptomatique résultant de l'intervention du système nerveux: l'éruption, d'origine angio-névrosique, peut être associée à des désordres viscéraux variés, relevant de la cause qui agit sur l'appareil nerveux. Mais actuellement, on ne peut dissocier, en groupes cliniquement distincts, les diverses manifestations cutanées réunies sous cette dénomination.

Traitement. — Un grand nombre de médicaments ont été employés dans l'érythème polymorphe, suivant les idées dominantes concernant son étiologie. C'est ainsi qu'on a proposé toute la série des agents antirhumatismaux, ou bien des agents prétendus spécifiques, tels que l'iodure de potassium (Villemin). En réalité, les substances qui ont une action réelle contre les manifestations cutanées ou contre les manifestations douloureuses qui accompagnent l'érythème sont celles auxquelles on reconnaît une influence sur le système nerveux, qu'il s'agisse soit des analgésiques comme l'antipyrine et le salicylate de soude ou des médicaments vaso-moteurs ou vasculaires, sulfate de quinine, ergotine, etc. L'action tonique et antithermique de la plupart de ces substances fournit d'ailleurs parfois une indication de plus à leur emploi.

Localement, les applications les plus simples sont les meilleures. Lorsqu'il existe du prurit ou une sensation de chaleur dans les formes purement érythémateuses, on poudrera avec des poudres inertes, amidon ou oxyde de zinc. Dans les formes bulleuses, on évacuera les soulèvements épidermiques par ponction avec une aiguille stérilisée, et on poudrera avec des poudres minérales légèrement antiseptiques, ou on enduira de liniment oléo-calcaire.

Les bains seront presque toujours proscrits: ils calment mal le prurit, et sont souvent suivis de poussées dans les formes bulleuses.

⁽¹⁾ HUTINEL et MARTIN DE GIMARD, Sur une épidémie d'érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde. *Médecine moderne*, janvier et février 1890, p. 88, 101 et 124. — HUTINEL, Notes sur quelques érythèmes infectieux. *Archives générales de médecine*, septembre et octobre 1892.

Le séjour au lit est nécessaire dans les formes à lésions très étendues, accompagnées de phénomènes généraux et dans tous les cas où les lésions ont une certaine intensité aux membres inférieurs, principalement dans l'érythème noueux.

On ne devra pas négliger une intervention locale rapide et parfois énergique, lorsque surviennent des complications viscérales, lesquelles doivent toujours être recherchées attentivement.

ÉRYTHÈME PELLAGREUX

Définition. — On donne le nom de pellagre à un état pathologique constitué par l'association de troubles digestifs (diarrhée), nutritifs (amaigrissement et cachexie) et psychiques, à des altérations cutanées du type érythémato-desquamatif occupant uniquement les régions découvertes.

Étiologie. — Diversement comprise par les auteurs, la pellagre est considérée par les uns, en tête desquels se placent Balardini, Lombroso, Th. Rousset, comme étant uniquement causée par l'usage du maïs avarié, et par d'autres, tels que Hardy, comme pouvant résulter de diverses causes de cachexie.

Les auteurs qui, par définition, limitent la pellagre à l'intoxication par le maïs, désignent sous le nom de pseudo-pellagre ou de pellagroïdes tous les cas dans lesquels un érythème analogue à celui des mangeurs de maïs se surajoute à un état de cachexie; tels sont l'alcoolisme, les diarrhées chroniques, tuberculeuses ou autres, la cachexie sénile, certaines formes d'aliénation mentale. Pour les autres, ces faits rentrent légitimement dans le cadre de la pellagre.

Sans chercher à trancher la question, il suffira de signaler ici ces opinions divergentes, de faire remarquer que, dans les diverses circonstances où se produisent les lésions pellagreuces, on peut invoquer une intoxication alimentaire ou une auto-intoxication d'origine digestive, et d'indiquer les conditions physiques qui donnent lieu à l'érythème pellagreu, conditions communes d'ailleurs à la pellagre par intoxication zéique et aux affections qui lui ressemblent.

Le siège de l'érythème sur les parties découvertes, son développement uniquement pendant les saisons où le soleil brille, ses récurrences pendant plusieurs années de suite au printemps, la fréquence de la maladie dans les régions chaudes (Lombardie, Landes, pour ne citer que celles où la pellagre a été le plus étudiée), son apparition exclusive chez des individus vivant en plein air (cultivateurs, terrassiers, etc.), ont fait présumer l'influence de la radiation solaire. Ch. Bouchard en a démontré la réalité et fait voir que ce sont les rayons violets, c'est-à-dire chimiques, et non les rayons rouges, c'est-à-dire caloriques, qui provoquent l'érythème cutané; l'état de cachexie et la mauvaise nutrition de la peau facilitent l'action des rayons solaires et font persister les lésions qu'ils ont déterminées.

L'érythème pellagreu peut s'observer en tous pays; bien que particulièrement fréquent en Italie et dans le Sud-Ouest de la France, on en rencontre des exemples assez nombreux dans toutes les régions de la France, à Paris comme ailleurs.

Description clinique. — L'érythème pellagreu débute vers le mois de mars chez les sujets atteints de pellagre chronique. Il peut apparaître à toute époque de l'été chez les sujets atteints accidentellement dans cette saison de troubles digestifs engendrant l'état pellagreu. Il s'efface lorsque les chaleurs diminuent.

Il a pour caractère spécifique d'occuper les parties découvertes, le cou, la face, le dos des mains et des phalanges, en s'arrêtant en haut aux parties recouvertes par les vêtements; il peut s'observer sur le dos des pieds chez les sujets dont la chaussure est très découverte.

Il est constitué par une coloration rouge bleuâtre des téguments, qui prennent plus tard une teinte brune ou brun bronzé lorsque l'érythème persiste depuis quelque temps; il se forme quelquefois des vésicules; plus souvent l'épiderme est soulevé en squames de coloration grisâtre, minces et sèches, ou plus épaisses lorsque la maladie a récidivé fréquemment. Dans l'intervalle des squames, la peau est lisse, brillante, les plis et dépressions sont effacés, l'élasticité normale a disparu, le tégument manifestement atrophié peut être comparé à la peau de grenouille.

Anatomie pathologique. — Dejerine, chez un alcoolique atteint d'érythème pellagreu, a constaté des lésions des nerfs périphériques qui ne paraissent pas constantes (P. Raymond).

La moelle des pellagreu est le siège de lésions qui jouent certainement un rôle dans la production de l'érythème. Ces lésions, bien étudiées par Tuczek⁽¹⁾, P. Marie⁽²⁾, portent surtout sur le cordon postérieur où elles ont une topographie exactement inverse de celles du tabes.

Dans la peau d'un pellagreu parvenu à la période cachectique, P. Raymond⁽³⁾ a trouvé une diminution considérable de l'épaisseur des diverses couches de l'épiderme avec disparition des papilles, les noyaux de cellules du corps muqueux étaient en dégénérescence vésiculeuse; la couche cornée présentait un processus d'hyperkératinisation.

Diagnostic. — L'érythème pellagreu se distingue facilement des autres formes d'érythème. Il reste, une fois qu'on l'a reconnu, à déterminer, par l'examen général du malade et par l'étude des commémoratifs, la cause qui lui a donné naissance, à savoir s'il s'agit d'une intoxication par le maïs avarié, ou d'une cachexie d'un autre ordre.

Traitement. — Le traitement général reconstituant, indiqué par la cause qui tient sous sa dépendance la maladie pellagreu, est encore le moyen le plus efficace pour venir à bout de l'érythème qui l'accompagne; celui-ci, n'offrant par lui-même aucun danger, peut être abandonné à son évolution naturelle, qui est la disparition lorsque la nutrition générale se relève et que les causes extérieures sont éloignées.

LES PURPURAS

Définition. — On donne le nom de purpura à une série de manifestations cutanées dont les éléments, de coloration rouge ou bleuâtre, d'étendue variable, non saillants ou à peine saillants au-dessus du niveau de la peau, ne dispa-

(1) TUCZEK, *Klinische und anatomische Studien über die Pellagra*. Berlin, 1895.

(2) P. MARIE, De l'origine poliomyélique d'un certain nombre de lésions qui frappent les faisceaux blancs médullaires dans la pellagre. *Bull. Soc. méd. hôp.*, 12 janvier 1894, p. 16.

(3) RAYMOND, Les altérations cutanées de la pellagre. *Annales de Dermat.*, 1889, p. 627.

raissent pas par la pression, ce qui les a fait considérer cliniquement comme toujours dus à une extravasation sanguine.

Le terme de purpura ne répond pas à une maladie déterminée, mais bien à un syndrome dermatologique relevant de causes très diverses⁽¹⁾.

Description clinique. — Les éléments de l'éruption purpurique ont pour caractères généraux leur coloration rouge ou bleuâtre, coloration qui, par la pression, ne disparaît pas comme celle des érythèmes, mais persiste avec toute son intensité ou ne s'atténue que faiblement; cette coloration se modifie lorsque l'élément vieillit, elle passe alors au brun, au jaune et devient analogue à celle de la rouille, subit en un mot les changements de couleur que l'on observe au niveau des ecchymoses traumatiques. Les taches peuvent être d'étendue variable: tantôt punctiformes et souvent alors développées autour d'un poil, parfois légèrement saillantes à leur centre, elles portent le nom de *pétéchies*; tantôt plus larges, arrondies ou allongées, variant de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle de la paume de la main ou même, dans des cas exceptionnels, recouvrant toute la surface d'un membre, elles sont désignées sous le nom d'*ecchymoses*. Les larges ecchymoses s'accompagnent d'un épanchement sanguin profond, parfois d'une induration spéciale des téguments ou du membre tout entier.

Les taches, de dimensions variées, s'observent presque toujours simultanément en des régions voisines, ce qui donne à l'éruption une disposition irrégulière et tachetée toute spéciale; en outre, des poussées éruptives se succédant les unes aux autres à intervalles variables, on voit simultanément des éléments de colorations et d'âges différents.

Les taches purpuriques offrent presque toujours, sauf les cas rares où le système nerveux n'intervient pas effectivement dans leur production ou leur localisation, une symétrie plus ou moins exacte, surtout apparente aux membres.

Elles occupent surtout, parfois presque exclusivement, les membres inférieurs et sont généralement plus abondantes à leur extrémité qu'à leur racine; elles peuvent néanmoins siéger sur toutes les régions de la peau, elles peuvent même envahir les muqueuses, et y donnent souvent lieu à la production de bulles remplies de sang qui se rompent bientôt.

Les taches purpuriques disparaissent ordinairement sans laisser de traces autres qu'une légère pigmentation brunâtre qui ne tarde pas à s'effacer. Dans quelques cas, particulièrement graves en raison de l'intensité de l'infection ou des troubles de l'état général, des eschares peuvent se produire au siège même des éléments purpuriques, eschares suivies d'ulcérations parfois rebelles et de cicatrices étendues.

Des hémorragies diverses (épistaxis, hématomèses, mélaena, stomatorrhagies, hématuries souvent précédées ou suivies d'albuminurie, métrorrhagies, plus rarement hémoptysies), voire même des hémorragies interstitielles, telles que les hémorragies des centres nerveux, bien étudiées par Duplaix⁽²⁾, peuvent se

(1) MATHIEU, Des purpuras hémorragiques. Thèse de doctorat, Paris 1885. — MATHIEU, Art. Purpuras du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2^e série, T. XXVII, p. 860.

(2) J.-B. DUPLAIX, Hémorragies des centres nerveux dans le purpura hœmorrhagica. *Arch. génér. de médecine*, avril 1885.

produire dans le cours des purpuras. La division des purpuras en purpura simplex et purpura hémorragique, basée sur l'absence ou la présence de ces hémorragies, n'a pas l'importance qu'on lui a longtemps attribuée, car les deux types ne correspondent pas à une étiologie différente et rien ne permet de dire, au début d'un cas de purpura, si les lésions cutanées resteront isolées ou si elles s'accompagneront d'hémorragies.

Des douleurs musculaires ou articulaires, des épanchements articulaires, des œdèmes plus ou moins étendus accompagnent certaines formes de purpura.

Anatomie pathologique. — Les éléments du purpura ont été longtemps considérés, sans contestation, comme produits par une extravasation sanguine dans la peau et dans le tissu cellulaire sous-cutané, et cette doctrine semblait résulter nettement de la constatation clinique, que les taches purpuriques ne disparaissent pas par la pression, les éléments purement congestifs devant, pour ainsi dire par définition, s'effacer par la pression.

De fait, on peut rencontrer, à l'examen microscopique, des amas plus ou moins considérables de globules sanguins au niveau des éléments purpuriques; mais, dans d'autres cas, ainsi que l'a montré Cornil⁽¹⁾, la lésion principale, voire même dans nombre de cas la lésion unique, est une distension colossale des vaisseaux papillaires qui peuvent atteindre jusqu'à 15, 20 et 50 fois leur diamètre normal: il y a une congestion considérable, formant une sorte de tumeur érectile à évolution aiguë, accompagnée d'un certain degré d'extravasation de globules rouges. C'est, en réalité, l'exagération des lésions congestives qui constituent l'érythème, c'est là déjà un argument anatomique en faveur de l'assimilation clinique de certaines formes de purpura avec l'érythème polymorphe.

Outre ces dilatations vasculaires, on constate souvent une prolifération abondante avec desquamation de l'endothélium des capillaires, sorte de capillarité desquamative (Leloir) qui explique bien comment la transsudation de globules rouges peut se faire hors de ces vaisseaux.

Les vaisseaux plus volumineux peuvent être le siège de lésions plus ou moins considérables: Hayem a constaté l'endartérite dans 4 cas. Dans certains purpuras infectieux, on rencontre des embolies capillaires.

Les altérations chimiques du sang ont été peu étudiées; des données fournies par Quinquaud, Du Castel, etc., on ne peut tirer aucune conclusion qui s'applique à tous les cas de purpura, ni même à tous les cas ressortissant à un même groupe d'affections à purpura.

Les altérations morphologiques du sang sont également variables et dépendent pour une grande part de la cause du purpura, de l'état général du sujet atteint et de l'abondance des hémorragies cutanées ou profondes.

Les recherches de Hayem, Bensaude et Lenoble⁽²⁾ ont montré que la lésion sanguine la plus caractéristique du purpura consiste dans la diminution du nombre des hémato blasts qui s'abaisse de 150 000 par millimètre cube à 50 000 et au-dessous, et tandis que le nombre des hématies et des leucocytes est tantôt augmenté tantôt diminué. A la diminution du nombre des hémato blasts est étroitement liée une diminution de la coagulabilité du sang et l'absence de rétraction du caillot déjà constatée par Huxham dans le scorbut. Lorsqu'on

(1) DU CASTEL, Des diverses espèces de purpura. Thèse d'agrégation, Paris, 1882.

(2) LENOBLE, Contribution à l'étude clinique du sang. Caractères sémiologiques du caillot et du sérum. Thèse de Paris, 1897-1898.

recueillie dans une éprouvette parfaitement propre 2 à 5 centimètres de sang puisé à l'extrémité du doigt et qu'on le laisse reposer à la température ordinaire, le sang normal se coagule en quelques minutes et son caillot se rétracte vers le fond et le milieu du vase, laissant exsuder entre la paroi et le caillot et au-dessus de celui-ci un sérum clair de teinte jaune pâle. Hayem, Bensaude et Lenoble ont constaté que, dans certains cas de purpura, le caillot ne se rétracte pas.

Encore cette altération sanguine, qui a été observée dans des cas de purpura chronique ayant de grandes analogies avec l'hémophilie (Hayem), dans des cas de purpura chronique ou subaigu à poussées successives et de purpura infectieux aigu (Bensaude), fait-elle défaut dans les purpuras toxiques, nerveux, rhumatoïde et cachectique (Bensaude, Apert).

Causes et divisions des purpuras. — Il n'existe pas plus une cause anatomophysiologique du purpura, une lésion propre, soit du liquide sanguin, soit des parois vasculaires, soit de l'appareil vaso-moteur, qu'il n'y a une maladie répondant à ce nom.

De même que les érythèmes, avec lesquels ils offrent de nombreux points de contact, les purpuras présentent des conditions pathogéniques multiples, s'unissant souvent les unes aux autres dans un cas donné pour arriver à produire la lésion cutanée. Aussi n'est-il pas possible de baser une division des maladies à purpura sur des données pathogéniques, et doit-on se contenter de grouper ces différentes maladies suivant leurs affinités cliniques et suivant la cause qui paraît, d'après l'observation clinique, prédominer dans la production des éléments purpuriques.

Des lésions cutanées diverses peuvent, à un moment donné, présenter les caractères du purpura, qui se surajoute à leurs lésions propres : la coloration des éléments de l'éruption primitive cesse alors de s'effacer par la pression ; ce purpura secondaire peut s'observer dans les divers érythèmes, dans l'eczéma, dans les syphilides (Hartmann et Pignot), etc.

Le purpura peut, d'autres fois, être la conséquence d'altérations vasculaires locales et présente alors une topographie en rapport avec la localisation de ces altérations, dans la symptomatologie desquelles il n'intervient guère qu'à titre d'épiphénomène. Il en est ainsi, par exemple, dans quelques cas de phlegmatia alba dolens, d'artérite, à la suite de la décompression rapide produite par l'enlèvement d'un pansement compressif (Hartmann). On doit en rapprocher les éruptions purpuriques qui se produisent à la période asystolique des cardiopathies. C'est aussi à une lésion vasculaire qu'il faut attribuer les hémorragies cutanées que l'on observe dans l'hémophilie.

Des intoxications diverses peuvent donner lieu à la production du purpura : en première ligne, il faut citer le purpura iodique signalé par A. Fournier, celui qui est produit par l'arsenic, le chloral, le sulfate de quinine, par des auto-intoxications, comme l'ictère grave et l'urémie ; la pathogénie est déjà complexe dans ces cas, où l'agent toxique peut agir sur le sang, sur les parois vasculaires, sur le système nerveux même dont l'influence est évidente dans certaines éruptions purpuriques développées sur les membres inférieurs atteints de névrite alcoolique (Lancereaux et Oettinger).

L'affection à laquelle on donne le nom de scorbut infantile ou de rachitisme hémorragique, ou de maladie de Barlow, et qui est caractérisée par des tuméfactions épiphysaires douloureuses, des tuméfactions gingivales et des hémor-

ragies cutanées généralement peu développées, est la conséquence de troubles digestifs, d'une alimentation irrégulière, et, d'après Cheadle et Netter, de l'emploi exclusif et prolongé du lait stérilisé.

Les cachexies diverses, cancer, tuberculose, leucocythémie, infection paludéenne chronique, anémie pernicieuse, mal de Bright, pellagre, sans compter la sénilité, peuvent être l'origine d'éruptions purpuriques bien étudiées par A. Mathieu, dans la production desquelles interviennent l'altération du sang, les lésions artério-capillaires et le système nerveux lui-même, dont le rôle est dénoté dans la plupart des cas par la disposition symétrique de l'éruption et parfois par la coexistence de manifestations nerveuses. On voit chez les nouveau-nés hérédosyphilitiques des cas de purpura, avec hémorragies multiples qui avaient été considérées comme la conséquence de la cachexie syphilitique ; mais il est établi par de nombreux examens bactériologiques, entre autres ceux de Bar et Rénon, que ces états hémorragiques sont la conséquence d'infections, auxquelles la syphilis ne sert que de cause prédisposante.

Les maladies infectieuses aiguës peuvent s'accompagner presque toutes de purpura. Les lésions cutanées dans les formes hémorragiques des fièvres éruptives sont constituées par des hémorragies surajoutées à l'éruption spécifique ou parfois évoluant sans cette dernière, comme dans la variole hémorragique (purpura variolosa). Dans la fièvre typhoïde, le purpura peut s'observer, soit au début, accompagné ordinairement de manifestations douloureuses myélopathiques, soit à une période plus avancée et relevant alors de l'infection ou de l'adynamie produite par la maladie. Dans la blennorrhagie, on observe parfois une éruption purpurique dont il faut rapporter l'origine, soit à l'infection, soit plutôt, dans nombre de cas, à une altération médullaire dont la fatigue et les excès sont les causes déterminantes et la blennorrhagie seulement la cause prédisposante. Fréquemment, le purpura est précédé d'une angine aiguë, le plus généralement à streptocoques.

Dans les diverses maladies infectieuses qui viennent d'être signalées, l'agent pathogène de ces maladies agit le plus souvent non par lui-même, par le mécanisme de l'embolie, mais par l'intermédiaire des toxines qu'il élabore ; en effet, si dans quelques cas on peut constater dans le sang extrait des vaisseaux la présence de micro-organismes pathogènes, le plus souvent cette recherche est négative, à la condition qu'elle ait été faite avec toutes les précautions nécessaires pour éviter la contamination du sang par des parasites existant à la surface de la peau ; ces purpuras secondaires aux infections rentrent donc dans la catégorie des purpuras toxiques. Il y a encore là une analogie avec les érythèmes, et cette analogie se poursuit en ce que les intoxications par les toxines introduites en nature et aseptiquement dans l'économie (tuberculine, sérum antidiphthérique, etc.), peuvent produire des éruptions érythématopurpuriques.

L'intervention du système nerveux, accusée dans les formes vulgaires du purpura par la disposition symétrique de l'éruption, par des douleurs rhumatoïdes, par des œdèmes, etc., est plus manifeste encore, en raison de son isolement, dans certains cas où elle n'intervient plus seulement comme cause localisatrice, mais comme cause déterminante du purpura : telles sont les éruptions purpuriques survenant à la suite de douleurs fulgurantes du tabes (ecchymoses tabétiques de Straus), sur le territoire d'un nerf atteint de névralgie et dans le cours de diverses myélopathies (Faisans) ; Barth a rapporté un fait dans