

lequel une éruption purpurique a été la première manifestation d'une myélopathie à forme ascendante se rapprochant du type de la maladie de Landry.

On voit par cet exposé que des causes complexes s'associent pour produire l'éruption purpurique dans un cas donné : ces causes sont, en résumé, des lésions du sang, des capillaires, d'origine généralement toxique, et une altération fonctionnelle ou organique du système nerveux qui exagère les effets de ces lésions et en localise les manifestations.

Dans ces divers cas, le purpura n'apparaît souvent que comme épiphénomène, secondairement à une maladie qui presque toujours était nettement déterminée avant le développement de la lésion cutanée.

Restent les formes dans lesquelles l'éruption purpurique constitue le phénomène principal, parfois unique. Il convient, au point de vue clinique plutôt qu'au point de vue étiologique, de décrire quelques types principaux ; le purpura rhumatoïde, le purpura infectieux, la maladie de Werlhof.

PURPURA RHUMATOÏDE

Ce type est encore désigné sous les noms de purpura rhumatismal, de purpura exanthématique, de purpura myélopathique primitif, de péliose rhumatismale, les arthropathies et les arthralgies qui l'accompagnent et lui donnent une apparence clinique particulière ayant été considérées comme appartenant au rhumatisme vrai ; mais, ainsi que l'a fait remarquer, dès 1876, E. Besnier⁽¹⁾, la coïncidence du purpura avec le rhumatisme vrai est exceptionnelle, et dans la plupart des cas de purpura les localisations articulaires sont frustes, erratiques, constestables, au moins en tant que manifestations rhumatismales.

Apparaissant souvent à la suite de fatigues (marche forcée, danses prolongées, excès vénériens), qui ont pu amener tout à la fois un surmenage médullaire et une auto-intoxication ou la rétention de substances toxiques, ou chez des sujets obligés par leur profession à rester longtemps dans la station verticale, parfois précédé de quelque maladie anémiant (métrite et blennorrhagie en particulier) qui favorise l'action de toutes les causes de fatigue, souvent aussi succédant à quelques jours d'intervalle à une infection aiguë banale, telle qu'une angine, une stomatite, une entérite aiguë, etc., le purpura rhumatoïde s'observe de préférence chez les sujets jeunes, à tendance arthritique et névropathique. Comme l'érythème polymorphe, il offre une grande fréquence au printemps.

Son début peut être marqué soit par des douleurs occupant les articulations des membres inférieurs, soit par un œdème plus ou moins étendu des mêmes régions, soit par des phénomènes gastro-intestinaux, ces trois ordres de symptômes se montrant, d'ailleurs, presque toujours à une période quelconque de la maladie s'ils n'existent pas au début.

Les douleurs articulaires, généralement accompagnées de douleurs dans les masses musculaires et sur le trajet des nerfs, occupent au début les jointures des membres inférieurs, mais peuvent se montrer plus tard aux membres supérieurs ; elles siègent de préférence au niveau des grandes articulations ; réveillées par la pression, elles se localisent principalement au niveau des insertions ligamenteuses ; un épanchement intra-articulaire plus ou moins abondant

⁽¹⁾ E. BESNIER, Art. Rhumatisme du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

peut coïncider avec ces arthralgies, qui ne présentent ni la réaction de voisinage (rougeur) ni la mobilité des arthrites rhumatismales ; les épanchements n'occupent généralement qu'un petit nombre de jointures ; ils disparaissent au bout d'un temps variable, sans laisser de trace.

L'œdème, qui précède les poussées d'éruptions purpuriques et qui se reproduit généralement avant chacune d'elles, est un œdème blanc, plus rarement rosé, d'intensité variable, parfois remarquablement passager : il peut occuper uniquement les régions périarticulaires, principalement au niveau du cou-de-pied et du genou, ou s'étendre à tout le pied, remonter plus ou moins haut sur la jambe, envahir même la cuisse dans quelques cas exceptionnels, simulant ainsi l'œdème des affections cardiaques et du mal de Bright. Il disparaît rapidement, laissant après lui l'éruption purpurique qu'il a précédée, et est dû, comme elle, à une fluxion d'origine névro-vaso-motrice.

Les phénomènes gastro-intestinaux sont caractérisés par des vomissements alimentaires ou bilieux, parfois très répétés, accompagnés souvent de douleurs au creux épigastrique, par des coliques intestinales souvent violentes, simulant parfois la douleur de la péritonite et par des crises diarrhéiques souvent accompagnées de mélæna et rappelant quelque peu celles du tabes, dont elles partagent d'ailleurs l'origine nerveuse. Ces divers phénomènes sont parfois peu intenses, et doivent être recherchés ; ils précèdent presque toujours les manifestations cutanées et se reproduisent rarement pendant leur cours.

L'éruption du purpura rhumatoïde est constituée par des pétéchies et des ecchymoses ordinairement peu étendues, disposées symétriquement et ayant pour siège de prédilection les membres inférieurs. Il n'est pas rare de voir se mélanger aux éléments purpuriques des taches érythémateuses plus ou moins saillantes, répondant aux formes papuleuse et noueuse de l'érythème polymorphe, et cette association montre bien, ainsi que l'a fait remarquer surtout Alb. Mathieu, les relations étroites qui unissent l'érythème polymorphe et le purpura rhumatoïde, affections qui diffèrent uniquement par les caractères extérieurs de leur dermatose, mais se confondent par leur étiologie et leur pathogénie. Dans certaines formes, particulièrement étudiées par Laget sous le nom de purpura exanthématique, les éléments éruptifs à la fois érythémateux et purpuriques sont en même temps tuméfiés, saillants, et offrent une certaine ressemblance avec des papules ortiées hémorragiques : ces faits montrent bien l'analogie pathogénique des éruptions ortiées et purpuriques.

Quelle que soit son apparence morphologique, l'éruption du purpura rhumatoïde procède par poussées successives, revenant à intervalles irréguliers, dont les éléments se mélangent entre eux pour marbrer la peau de taches d'âge inégal. Ces poussées surviennent souvent sous l'influence de la fatigue, du surmenage ; la marche, la simple station debout peuvent en ramener le retour, parfois assez longtemps après la cessation des premiers accidents.

Un état fébrile variable et irrégulier, mais généralement peu intense, accompagne ordinairement et précède parfois les poussées du purpura rhumatoïde ; des complications viscérales (péricardite, endocardite, pleurésie, etc.) relevant de l'infection qui le produit, peuvent être la cause d'élévations thermiques plus accusées.

Les hémorragies viscérales sont rares et surtout rarement abondantes et répétées dans le purpura rhumatoïde, bien qu'elles puissent se produire par des voies très diverses.

La **marche** du purpura rhumatoïde est presque toujours aiguë et l'affection se termine dans l'espace de quelques semaines; cependant on l'a vu se prolonger pendant des mois, par la répétition incessante de poussées éruptives subintrantes. En outre, il n'est pas rare d'observer des récidives de l'affection à intervalles plus ou moins longs.

Le **diagnostic** du purpura rhumatoïde est ordinairement facile.

L'**érythème polymorphe** présente avec lui de telles affinités qu'il est des cas où la confusion ne peut être évitée et où d'ailleurs, au point de vue de la pathogénie et du traitement, elle n'offre aucun inconvénient. Dans les cas nettement différenciés, le purpura a pour caractère de siéger plus particulièrement aux membres inférieurs, et de persister malgré la pression, tandis que l'érythème polymorphe occupe presque également les membres supérieurs et inférieurs et que ses éléments s'effacent par la pression.

Certains *rhumatismes infectieux* avec hémorragies cutanées et multiples peuvent en imposer pour le purpura rhumatoïde, mais en diffèrent par la prédominance des manifestations articulaires, localisées à un petit nombre de jointures, et par les phénomènes généraux qui les accompagnent.

Le *scorbut*, dans ses formes atténuées, présente une telle analogie avec le purpura rhumatoïde que la confusion a été faite plus d'une fois. Cependant les conditions étiologiques, l'état fongueux des gencives, la coexistence d'infiltrations sanguines profondément situées et de consistance dure permettront ordinairement de faire la distinction. Le siège des pétéchies au pourtour des poils, considéré par quelques auteurs comme propre au scorbut, n'a aucune valeur diagnostique, car il peut se rencontrer également dans toutes les formes de purpura.

La marche aiguë de l'affection, son apparition à la suite de fatigues dans le cours d'une santé bonne ou même parfaite, l'absence de toute cause apparente permettent d'éliminer les *autres formes de purpura*; il est cependant des cas où le purpura développé au cours d'une maladie infectieuse (fièvre typhoïde, blennorrhagie, tuberculose, etc.) revêt une telle ressemblance morphologique et évolutive avec le purpura rhumatoïde qu'on est amené à admettre que cette affection s'est développée au cours de la maladie primitive.

La **pathogénie** du purpura rhumatoïde présente encore bien des obscurités. Le rôle du système nerveux, bien établi par Hensch, Couty, Faisans, Alb. Mathieu, découle manifestement de la disposition symétrique de l'éruption et de la coexistence de manifestations articulaires, œdémateuses et gastro-intestinales qui doivent être rapprochées des manifestations de même ordre et de même siège survenant au cours de diverses affections de la moelle. Mais on ne peut préciser le siège médullaire ou ganglionnaire des altérations qui gouvernent le purpura.

Le système nerveux d'ailleurs ne semble y intervenir que comme agent de localisation et comme intermédiaire entre la cause réelle et les manifestations cliniques.

En fait, son intervention est mise en œuvre par le surmenage, ou plus souvent encore par une intoxication, auto-intoxication ou hétéro-intoxication.

Les maladies infectieuses provoquent le syndrome purpura rhumatoïde, vraisemblablement non par action directe de leur agent pathogène, — car la recherche de cet agent dans le sang ou au niveau des taches a régulièrement

donné des résultats négatifs aux auteurs qui l'ont faite avec les précautions nécessaires⁽¹⁾, — mais par action des toxines que celui-ci élabore.

Le purpura rhumatoïde semble donc bien être constamment un purpura toxique, de mécanisme nerveux.

Quant aux altérations hématiques, elles sont complètement inconnues dans le purpura rhumatoïde, quoiqu'elles y aient été recherchées par nombre d'observateurs.

Le repos au lit, avec élévation légère des membres inférieurs, continué pendant plusieurs jours après la fin de la poussée éruptive, la compression ouatée légère, les lotions fraîches sur les membres forment la base du **traitement** du purpura rhumatoïde; on y joindra un régime tonique, comprenant des végétaux frais et légèrement acides (salades, cresson, citrons, etc.), l'emploi de médicaments analgésiques et nervins: sulfate de quinine, anti-pyrine, salicylate de soude, ou opium lorsque l'élément douloureux est très accusé. Quant aux hémostatiques, tels que le perchlorure de fer, le tannin, l'ergot de seigle, leur influence sur les lésions cutanées du purpura est des plus restreintes, souvent même absolument nulle. Quelques auteurs (Wright, Apert) ont préconisé récemment l'usage du chlorure de calcium à la dose de 1 à 2 grammes par vingt-quatre heures; les résultats paraissent assez favorables dans les cas de purpura prolongé.

PURPURA INFECTIEUX

Des maladies infectieuses non classées, avec lésions viscérales plus ou moins appréciables pendant la vie, peuvent avoir pour manifestation clinique principale une éruption de purpura accompagnée de fièvre et parfois d'un état typhoïde plus ou moins accusé. Ces affections survenant parfois sous la forme d'épidémie (Guelliot) et susceptibles de se transmettre de la mère au fœtus (Dohrn, Hanot et Luzet) peuvent revêtir des types très différents.

L'un de ces types a été décrit par Landouzy et Gomot sous le nom de *typhus angéo-hématique*: il s'agit d'une affection débutant brusquement par un frisson violent ou lentement par un malaise général auquel succèdent des hémorragies par diverses voies, des pétéchies et surtout des ecchymoses d'étendue variable, souvent très larges, disséminées irrégulièrement sur toute la surface du corps. En même temps l'état général est profondément touché; le visage pâle et décoloré, plus que ne le comporte l'abondance des hémorragies, exprime la stupeur, l'abattement; il y a par moments du délire, les lèvres et la langue sont souvent desséchées; la température est élevée, atteint et dépasse 40°; il y a de l'albuminurie, parfois de l'ictère. Si la vie se prolonge, il peut se produire des plaques de gangrène au niveau des éléments purpuriques; mais souvent la mort survient au bout de peu de jours, soit brusquement à la suite d'une hémorragie abondante, soit lentement par les progrès de l'adynamie.

Le *purpura fulminans* de Hensch, qui paraît propre au jeune âge, débute chez des enfants en pleine santé, d'une façon brusque, par un frisson ou par des hémorragies répétées suivies d'une fièvre plus ou moins intense; les ecchymoses, ordinairement très étendues, occupent soit les membres inférieurs, soit le tronc, soit la face; des hémorragies multiples se produisent et l'enfant

⁽¹⁾ APERT, Le purpura, sa pathogénie et celle de ses diverses variétés cliniques. Thèse de Paris, 1896-1897.

meurt dans l'adynamie en quelques heures, exceptionnellement en plus de 2 ou 3 jours.

A côté de ces types graves, on rencontre dans le purpura infectieux des faits de tout autre apparence, dans lesquels les symptômes généraux sont réduits au minimum, au moins pendant un certain temps, et dans lesquels la reconnaissance de la cause infectieuse est parfois fort embarrassante, tant est grande la ressemblance avec le purpura névropathique.

Survenant sans cause appréciable, s'installant sourdement sans fracas, sans manifestations douloureuses accusées, sans fièvre ou avec un état fébrile modéré, ces variétés de purpura infectieux donnent lieu à une éruption de pétéchies ou d'ecchymoses irrégulièrement distribuées, généralement asymétriques, occupant les membres, le tronc et la face, ou certaines régions seulement, accompagnées parfois d'un certain degré d'œdème périphérique; des arthropathies infectieuses peuvent se joindre à l'éruption qui évolue par poussées irrégulières. Des hémorragies viscérales, des manifestations de l'infection sur les viscères peuvent se produire; au bout d'un temps variable, l'état général peut devenir grave, plus ou moins analogue à celui du typhus angéio-hématique; des plaques de gangrène cutanée, parfois très étendues, comme dans les cas de Worms et de Martin de Gimard, peuvent se développer et, par l'atteinte que cette complication porte à l'état général, devenir la cause de la mort. Le plus ordinairement, malgré ces complications, la terminaison est favorable; mais la guérison ne se produit parfois que très lentement et après une convalescence souvent laborieuse.

Des agents infectieux très divers peuvent donner lieu à ces différentes variétés d'infections hémorragiques à purpura. Klebs, Watson Cheyne, Balzer, W. Legg, Petrone ont constaté dans le sang et dans les viscères des micro-organismes dont la détermination n'a pas été faite exactement. Martin de Gimard ayant trouvé, chez deux enfants atteints de purpura compliqué de gangrène, un microcoque qu'il a pu cultiver, a considéré ce micro-organisme comme l'agent pathogène du purpura, qu'il regardait à tort comme une maladie toujours identique à elle-même, spécifique comme les fièvres éruptives. Tizzoni et Giovannini, dans un cas d'infection hémorragique, ont également trouvé un microcoque formé de grains isolés. Neumann (de Berlin) a rencontré le microbe pyocyanique. Hanot et Luzet, chez une femme atteinte de méningite cérébro-spinale, avec lésions purpuriques des membres inférieurs, ont rencontré un streptocoque. P. Claisse et Claude ont vu le pneumocoque dans 2 cas. Michel Dansac a constaté dans un cas la présence du coli-bacille; Apert a trouvé le staphylocoque blanc au niveau des taches.

Il résulte de ces recherches, encore trop peu nombreuses, que des infections très diverses peuvent devenir l'origine du purpura, et que cette lésion cutanée, même dans les cas où elle reconnaît pour cause une infection caractérisée, ne peut être considérée comme une véritable maladie, due à un agent pathogène spécifique et toujours le même.

Outre les affections énumérées à propos du diagnostic du purpura rhumatoïde, on peut être exposé à confondre le purpura infectieux avec la *variole hémorragique*: l'intensité de la rachialgie et de la fièvre, la notion épidémique pourront seules permettre d'éviter la confusion dans certains cas de purpura infectieux à marche rapide dans lesquels la mort survient à une époque où l'éruption caractéristique de la variole n'a pas encore eu le temps d'apparaître.

Il est inutile d'insister sur les différences profondes qui séparent du *purpura rhumatoïde* les formes graves du purpura infectieux: l'intensité des phénomènes généraux, l'irrégularité de distribution, de forme et de dimension des taches purpuriques qui, ici, relèvent manifestement d'hémorragies cutanées et non d'une congestion vasculaire excessive, différencient le purpura infectieux de ce type morbide dans lequel les phénomènes généraux sont généralement peu accusés, les douleurs et les manifestations articulaires localisées aux membres inférieurs et l'éruption distribuée symétriquement.

Le **traitement** du purpura infectieux consiste surtout dans l'emploi des toniques (alcool, quinquina, etc.) auxquels on ajoutera des antipyrétiques, et en première ligne les sels de quinine, lorsqu'il existe un état fébrile; lorsque les hémorragies sont abondantes et répétées, on recourra aux hémostatiques, bien que leur emploi ne donne souvent aucun résultat appréciable.

MALADIE DE WERLHOF

Le type de purpura décrit par Werlhof a reçu une extension trop considérable et pendant longtemps on y rangeait la presque totalité des cas de purpura: cette confusion, contre laquelle Bucquoy a protesté le premier dès 1855, a heureusement cessé et on réserve le nom de maladie de Werlhof à une forme de purpura relativement rare, dont l'étiologie et la pathogénie restent encore indéterminées, mais dont le type clinique est assez net.

Dans le cours d'une santé parfaite, sans cause, ou après une émotion (cas de Lancereaux) ou un traumatisme souvent léger (cas de Hartmann), apparaît une hémorragie plus ou moins abondante, le plus souvent gingivale, quelquefois une épistaxis, plus rarement une hémorragie viscérale; au bout d'un jour ou deux, des pétéchies se montrent aux membres inférieurs, puis des ecchymoses plus larges, disséminées sur divers points du corps, en même temps que des hémorragies se font jour par diverses muqueuses; mais il n'y a pas de fièvre et la santé générale est peu atteinte. Au bout de 8 à 10 jours, rarement plus, les hémorragies cessent, l'état général redevient rapidement parfait et le malade guérit sans la moindre complication. On décrit cependant des cas où l'affection persiste, avec les mêmes caractères, pendant plusieurs mois.

Le **diagnostic** de la maladie de Werlhof ne peut être établi définitivement qu'après la disparition de tous les symptômes; en effet, il faut bien reconnaître que ce tableau presque entièrement négatif, caractérisé par l'absence même de toute complication et de tout phénomène sérieux, peut être réalisé dans les autres formes de maladies à purpura et que le purpura infectieux le plus fatalement mortel peut entrer en scène avec les mêmes dehors de bénignité.

La **pathogénie** de cette affection est complètement inconnue; les symptômes viscéraux, le manque de symétrie de l'éruption, et l'absence des poussées fluxionnaires cutanées et articulaires que l'on observe dans le purpura rhumatoïde semblent devoir faire rejeter l'intervention du système nerveux. La multiplicité des hémorragies viscérales paraît indiquer une altération sanguine; mais celle-ci est-elle d'origine infectieuse ou primitivement d'ordre chimique? Rien ne permet encore de trancher cette question et peut-être même le type différencié par Werlhof ne répond-il pas à une pathogénie univoque.

Il convient seulement de signaler que c'est dans les formes chroniques de la maladie de Werlhof qu'on observe le plus nettement les lésions sanguines

décrites par Hayem et Bensaude, à savoir l'absence de rétraction du caillot et l'absence d'exsudation du sérum (Apert et Rabé).

Le traitement consiste surtout dans l'emploi des toniques, des végétaux frais et acides, et des hémostatiques.

URTICAIRE

Définition. — On décrit sous le nom d'urticaire une modification de la peau caractérisée par la production d'élevures (saillies ortiées, pomphi), de forme, d'étendue et de saillie variables, dont le centre blanc est bordé par une zone rouge ou rosée de largeur également variable; ces élevures sont transitoires et s'accompagnent ordinairement d'un prurit assez intense.

L'ortie commune (*urtica dioïca*) compte parmi les agents qui peuvent provoquer ces lésions, d'où le nom qui leur a été donné.

L'urticaire n'est pas une maladie, mais bien une forme de lésions cutanées reconnaissant des causes variées. Dans certains cas, elle constitue le symptôme le plus apparent d'un état pathologique d'origine toxique ou peut-être infectieuse, accompagné de fièvre et de symptômes généraux plus ou moins accusés; on a donné à ces cas le nom de *fièvre ortiée*, qui a le grand tort de faire croire qu'il s'agit d'une affection classée et univoque tandis qu'elle peut relever de causes très diverses.

Description. — Débutant brusquement ou tout au moins rapidement par une légère saillie rosée, les élevures urticariennes s'étendent avec une grande rapidité, en même temps qu'elles deviennent plus saillantes et que l'aspect de leur partie centrale se modifie: celle-ci devient d'un blanc plus ou moins brillant, son niveau se confond avec celui de la bordure périphérique restée rouge ou bien il s'affaisse de façon à constituer une légère dépression. Généralement arrondies, les plaques ortiées se confondent souvent en se réunissant pour constituer des figures irrégulières qui ne répondent à aucune description et qui sont sujettes à des modifications rapides de forme en raison du caractère éphémère de l'éruption; d'autres fois, et surtout lorsqu'elles sont produites par une pression extérieure, elles affectent une forme linéaire correspondant au trajet suivi par le corps qui les a déterminées. Leurs dimensions peuvent varier de celle d'une lentille à celle d'une pièce de 5 francs et plus; il n'est pas rare d'en voir qui occupent tout un segment de membre.

Le prurit existe d'une façon constante, sauf quand l'urticaire reconnaît pour cause une pression extérieure: quelquefois modéré, il est d'autres fois véritablement intolérable et c'est lui qui constitue pour ainsi dire le seul phénomène gênant de l'urticaire; il est même souvent, par les traumatismes dont il est l'origine, la cause déterminante des éruptions ortiées, témoin la facilité avec laquelle le grattage et le frottement déterminent le développement d'éléments ortiés chez les sujets en puissance d'urticaire, témoins aussi les résultats favorables obtenus par Jacquet⁽¹⁾ au moyen de l'enveloppement ouaté.

Les saillies de l'urticaire disparaissent avec une grande rapidité; elles ne

(1) JACQUET, Note sur le mode de production des élevures de l'urticaire. *Annales de dermat.*, septembre 1888, p. 529.

laissent ordinairement après elles aucune autre trace que les excoriations consécutives aux grattages provoqués par le prurit qui les accompagne; quelquefois cependant, on voit persister pendant quelques heures une bordure érythémateuse qui en dessine le contour.

Tels sont les caractères de l'urticaire dans les cas ordinaires; mais certains faits s'écartent de la description précédente, soit par l'intensité des lésions ortiées qui en modifie l'aspect, soit par l'addition au processus urticarien de lésions plus considérables et plus persistantes, qui au premier abord lui semblent étrangères tandis qu'elles ne sont que l'exagération même de ce processus.

Une des formes anormales les plus curieuses est celle qui a reçu le nom d'*urticaire géante* ou d'*urticaire œdémateuse*. Les éléments ortiés y sont assez larges, ils peuvent atteindre l'étendue de la paume de la main; au lieu d'être légèrement saillants au-dessus des téguments sains, ils les dépassent d'une façon considérable, formant une sorte de bosse volumineuse, de coloration blanche, bordée ou non par un mince liséré rose; parfois les limites de la lésion sont peu accusées et son aspect rappelle absolument celui de l'œdème cutané: les faits décrits par Quincke⁽¹⁾ sous les noms d'*œdème aigu circonscrit de la peau* et ceux décrits par Féréol⁽²⁾ sous le nom de *nodosités cutanées éphémères arthritiques* appartiennent à l'urticaire, comme le prouvent leur coexistence ou leur alternance avec des éruptions indiscutables d'urticaire.

Dans ces formes, les éléments ortiés sont toujours peu nombreux; les nodosités éphémères siègent surtout au front, au crâne, aux membres; les plaques d'œdème aigu circonscrit occupent de préférence le visage, les mains et les organes génitaux et le prurit y est généralement peu accusé; dans les régions où la peau est mince et où le tissu cellulaire se laisse facilement infiltrer de sérosité, comme les paupières et le gland, l'œdème peut atteindre des proportions considérables.

Il faut également ranger dans le cadre de l'urticaire certaines éruptions d'apparence érythémateuse qui se rapprochent de l'érythème polymorphe et qui se caractérisent par le développement, chez des sujets urticariens et sous l'influence des causes ordinaires de l'urticaire, d'une éruption érythémateuse avec éléments festonnés, légèrement surélevés et très prurigineux.

L'exagération de l'exsudation intercellulaire qui constitue l'urticaire et l'irruption de la sérosité entre les couches épidermiques peuvent se traduire par le développement de vésicules et de phlyctènes sur tout ou partie des saillies ortiées. J. Renaut (de Lyon) a attribué à l'intensité de l'anémie au centre des papules ortiées, la production de petites plaques disséminées de sphacèle dans certains cas encore mal déterminés de gangrène multiple des téguments.

Plus souvent, la congestion périphérique peut être assez intense pour produire une extravasation sanguine se traduisant par des taches purpuriques à la périphérie des éléments ortiés, taches purpuriques qui laissent après elles des macules brunes, semblables à celles qui succèdent aux ecchymoses (urticaire hémorrhagique).

Marche. — L'urticaire revêt le plus souvent une marche aiguë; les éléments

(1) QUINCKE, Ueber akutes umschriebenes Hautœdem. *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1882, T. I., p. 129.

(2) FÉREOL, Des nodosités éphémères cutanées chez les arthritiques. Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, 1879.