

rente, souvent provoquée par des ulcérations ou des gangrènes cutanées.

La marche très lente de cette affection, son développement non précédé d'une autre dermatose la distinguent des autres érythrodermies.

Les **érythrodermies exfoliantes chroniques secondaires** (herpétides exfoliatrices malignes de Bazin) peuvent succéder à diverses dermatoses : eczémas étendus, psoriasis, pemphigus. La dermatose primitive subit des modifications insensibles; elle se recouvre de squames plus larges et mal limitées s'il s'agit d'une dermatose squameuse; ses éléments se dessèchent et se transforment en squames plus ou moins larges si elle revêt la forme vésiculeuse ou bulleuse. Peu à peu, l'érythrodermie se constitue, la peau prend une coloration rouge diffuse, qui s'étend à toute sa surface alors même que l'affection primitive était limitée, elle se recouvre de squames de largeur et d'épaisseur variables.

L'état général, dont l'atteinte précède souvent la transformation de la lésion primitive, peut cependant se maintenir bon pendant toute la durée de l'érythrodermie exfoliante; celle-ci peut aboutir à la guérison. Mais, le plus souvent, les sujets qui sont atteints de cette complication tombent dans un état de cachexie profonde et succombent à une diarrhée profuse ou à des accidents pulmonaires.

Cette complication des dermatoses chroniques, qui en représente la phase terminale, est en réalité d'une grande rareté. Elle a été regardée comme une sorte de cachexie cutanée, résultant d'une altération profonde de la peau par ses lésions antérieures et comparée sans raison suffisante aux cachexies terminales des affections viscérales, à l'asystolie et à l'urémie.

Le **traitement** général des érythrodermies exfoliantes chroniques a pour but de relever l'état général des malades lorsqu'il est atteint, de combattre les complications viscérales qui peuvent se produire, et d'assurer le fonctionnement des divers organes sur lesquels peuvent retentir les lésions cutanées.

Les toniques (quinquina, kola, ferrugineux, etc.) répondent à la première indication.

Le traitement des complications viscérales relève de la thérapeutique des lésions internes.

Les divers diurétiques, en particulier le lait, la lactose, doivent presque toujours être prescrits, afin d'assurer l'élimination des produits toxiques dont l'état de la peau empêche l'excrétion par la voie cutanée.

Localement, la peau des malades sera tenue dans un état de propreté aussi absolue que possible, les applications de liniment oléo-calcaire calment souvent très bien le prurit et l'irritation cutanée. Les enveloppements humides avec des solutions faibles de sublimé, de résorcine ou d'ichthyol, avec de l'infusion faible de camomille, etc., soulagent souvent les malades, mais ne doivent être employés qu'avec surveillance. Les pommades à l'oxyde de zinc, à l'amidon peuvent être employées lorsque l'irritation tégumentaire est moins prononcée.

Les bains courts sont parfois utiles pour obtenir la propreté des surfaces malades, mais ils sont mal supportés par certains malades. Les bains prolongés ou mieux permanents sont utiles dans la dermatite exfoliatrice, mais sont difficiles à bien administrer et quelquefois mal supportés.

IV

LES ECZÉMAS

Nous étudierons successivement dans ce chapitre, les eczémas en général, l'eczéma séborrhéique et les diverses localisations des eczémas.

LES ECZÉMAS EN GÉNÉRAL

Il semble impossible, à l'heure actuelle, de donner du terme eczéma une définition précise et exacte.

Il y a quelques années, ce terme englobait une série considérable de dermatoses caractérisées cliniquement par une inflammation dermo-épidermique à type érythémato-vésiculeux, aboutissant à la formation de croûtes ou de squames et affectant une marche habituellement chronique. On y faisait rentrer en réalité toutes les affections cutanées qui n'avaient pas reçu de nom particulier, dont la caractéristique était une vésicule plus ou moins éphémère et qui se terminaient sans laisser de cicatrices.

Anatomiquement, l'école allemande définissait l'eczéma un catarrhe humide de la peau, c'est-à-dire une lésion devant se terminer par résolution.

De la révolution faite en terminologie dermatologique par Hebra, la question de l'eczéma n'a retiré aucun profit, aucune lumière; tout au contraire, s'est-il vu adjoindre toute la série des dermatoses artificielles à forme vésiculeuse ou pustuleuse; le nom d'eczéma est devenu plus banal encore que précédemment et les descriptions basées sur cette conception ont été plus confuses encore que celles des prédécesseurs de Hebra, de Bazin par exemple; la compréhension de ce terme est devenue à tout le moins aussi étendue, et sa signification aussi banale et imprécise qu'elle l'est pour les gens du monde.

Peu à peu, du groupe de l'eczéma ont été distraites des dermatoses qui y étaient comprises avant Hebra ou depuis lui.

Des descriptions précises ont fait connaître le lichen de Wilson, l'impétigo, la dyshidrose; plus tard, malgré les résistances de l'École allemande, ont été distraits de l'eczéma le lichen circonscrit, les prurigios diathésiques de E. Besnier.

On a reconnu qu'il était impossible de ranger sous une seule dénomination des dermatoses survenant sous l'intervention évidente d'agents extérieurs et des dermatoses d'apparence spontanée; toutes les éruptions artificielles de cause externe ont été, d'un accord à peu près unanime, distraites du groupe de l'eczéma, bien qu'il soit souvent difficile de fixer la limite entre une dermatose artificielle prolongée et un eczéma provoqué par une cause externe.

La notion du rôle des glandes cutanées dans la production ou tout au moins dans le processus de certains eczémas, notion considérablement étendue et vulgarisée par Unna, a été formulée par lui dans la dénomination d'eczéma séborrhéique qui a fait une rapide fortune: elle a permis de mieux classer certains faits compris sous le nom d'eczéma; mais, bien que la doctrine de Unna ait déjà plus de 15 ans de date, elle prête encore à la discussion et à l'incertitude sur plusieurs de ses points les plus essentiels.

En résumé, les travaux qui se sont succédé depuis 25 ans ont eu pour résultat, sauf ceux qui ont trait à la question de l'eczéma séborrhéique, de distraire successivement de l'eczéma une série importante de faits auparavant compris sous cette dénomination.

Le déclassement de l'eczéma cependant semble loin d'être terminé : les faits qu'il englobe actuellement sont très différents par leur aspect clinique, leur évolution, leurs conditions de développement ; plus on observe de cas d'eczéma, plus on est frappé de leur disparité.

Au point de vue symptomatique, l'eczéma semble un *caput mortuum*, dans lequel on continue, comme il y a vingt ans, à ranger toutes les affections qui ne sont pas encore individualisées et n'ont pas reçu de nom spécial.

Les données acquises en matière d'anatomie pathologique et de pathogénie ne permettent, pas plus que les caractères symptomatiques, de définir l'eczéma, c'est-à-dire de le spécifier par un phénomène constant et n'appartenant qu'à lui.

Les lésions anatomiques paraissent, malgré des affirmations contraires, trop peu différenciées pour suffire à caractériser les eczemas.

La bactériologie n'a pas non plus jusqu'ici éclairé la signification du mot eczéma et fait connaître un micro-organisme pathogène dont la présence explique le développement des lésions et dont la constatation dans les différents cas montre leur semblable nature et leur signification identique. A la vérité, les recherches faites dans ce sens sont encore trop peu nombreuses, et ont été entreprises avec une technique trop insuffisante pour permettre une conclusion sur la valeur pathogène des micro-organismes incriminés.

Alors même que serait établi leur rôle dans la production des lésions eczémateuses, ils ne pourraient servir à définir l'eczéma que s'ils y étaient constants et s'ils étaient tellement différenciés qu'ils ne se rencontrent jamais que dans un groupe bien délimité d'affections cutanées auxquelles on réserverait ce nom. En effet, le siège superficiel des lésions eczémateuses les expose aux infections par les micro-organismes existant à la surface du tégument : une fois infectées par ceux-ci, elles éprouvent de ce fait des modifications qui peuvent s'élever à la hauteur de caractères cliniques importants ; mais ces mêmes micro-organismes, en infectant des lésions banales qui n'ont aucun rapport avec les précédentes, peuvent également les modifier et leur donner des caractères analogues. La suppuration avec formation de croûtes jaunâtres est devenue la caractéristique de l'impétigo ; son développement sur des surfaces eczémateuses est considéré comme une complication, due à l'infection staphylococcique : il peut quelque jour en advenir autant des lésions aujourd'hui considérées comme les plus importantes du processus eczémateux.

Cette remarque sur le rôle des agents extérieurs dans les transformations des lésions eczémateuses amène à cette conclusion que les micro-organismes attribués à l'eczéma peuvent n'être que les micro-organismes de la transformation vésiculeuse ou de la desquamation eczémateuse ; ou, d'une façon générale et pour revenir à la terminologie anatomique, que les micro-organismes en question n'ont peut-être pour effet que de produire le catarrhe de la peau.

Or, le catarrhe de la peau est une lésion banale anatomiquement, banale aussi cliniquement.

Besnier a, dans ces dernières années, insisté avec raison sur ce fait que des lésions ayant tous les caractères morphologiques attribués aux eczemas peuvent se produire sous l'influence de causes extérieures, de grattages chez des sujets

prédisposés, dans les prurigos diathésiques par exemple ; il a donné le nom d'*eczématisations* à ces lésions, à la production desquelles prennent sans doute part les micro-organismes du tégument et dont les caractères anatomiques sont précisément ceux du catarrhe humide.

La précédente discussion, dont plusieurs points devront être repris dans les paragraphes suivants, était nécessaire avant d'entrer dans la description des faits actuellement groupés sous le nom d'eczéma.

Elle montre combien est peu précise la dénomination d'eczéma, journallement usitée cependant pour désigner des dermatoses dont l'aspect clinique est variable et qu'il est, jusqu'ici, impossible de ranger dans les autres cadres dermatologiques.

Puisqu'il faut, pour fixer les idées du lecteur, donner sinon une définition, du moins une description résumée faisant comprendre ce qu'est et ce que n'est pas l'eczéma, nous dirons que :

On donne le nom d'eczéma à une série d'affections à marche parfois aiguë, la plus souvent chronique avec poussées successives, affections caractérisées initialement par le développement de vésicules auxquelles succèdent soit des perforations épidermiques, soit des lésions pustuleuses ou squameuses, parfois des lésions simplement érythémateuses, avec ou sans infiltration du tégument, avec ou sans suintement épidermique appréciable et formation de croûtes, affections enfin qui, sauf le cas d'infection surajoutée et de complications suppuratives prolongées, se terminent par résolution et sans laisser de cicatrices, quelle qu'ait été d'ailleurs leur durée. Ces dermatoses très polymorphes se développent généralement sur un terrain diathésique.

En réalité, il n'y a pas un eczéma, mais *des eczemas*, variables dans leur forme clinique, leur marche, leurs localisations, leur cause.

Après avoir décrit les caractères généraux des eczemas, nous en étudierons les formes principales, réservant pour un chapitre spécial tout ce qui a trait à l'eczéma séborrhéique.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES ECZÉMAS

Description clinique. — Les caractères cliniques des lésions eczémateuses sont des plus variables et se prêtent difficilement à une description d'ensemble.

Au point de vue morphologique, ces lésions revêtent presque toujours, à un moment ou à un autre de leur évolution, le type vésiculeux. C'est donc la vésicule eczémateuse qui nous occupera tout d'abord. Nous décrirons ensuite ses transformations et les lésions qui l'accompagnent.

La vésicule eczémateuse est constituée par un soulèvement épidermique à contours arrondis, tantôt hémisphérique, tantôt et plus souvent acuminé, conique ou en tronc de cône ; ses dimensions varient depuis celles d'une pointe d'aiguille, appréciable seulement à la loupe, jusqu'à celles d'une grosse tête d'épingle ; les vésicules les plus fines se laissent généralement rompre avec une grande facilité ; les plus grosses sont ordinairement résistantes et il faut les piquer pour en faire sortir le contenu ; certaines ont une paroi ferme, comme les vésicules de la dyshidrose ; ce contenu est un liquide transparent, incolore, ou d'un jaune très clair, filant et collant légèrement au doigt ; essuyé avec un linge, il y forme un empois analogue à celui du sperme.

Les vésicules, transparentes tant qu'elles sont remplies de sérosité, peu-

veut subir la transformation purulente: on les voit alors, sans changer de dimensions, prendre une couleur opaline ou blanchâtre, ou devenir franchement opaques. Cette transformation purulente des vésicules ne doit pas être confondue avec le développement, sur les surfaces eczémateuses, de vésico-pustules d'impétigo (*eczéma impétiginisé*), complication qui se montre surtout chez les enfants.

Les vésicules peuvent se rompre spontanément au bout d'un temps variable, quelquefois si rapidement qu'elles passent inaperçues. Leur contenu s'épanche alors à la surface, donnant lieu à un suintement plus ou moins prononcé ou se concrétant en croûtes molles et minces plus ou moins jaunâtres, parfois jaunes et épaisses comme celles de l'impétigo (*eczéma impétiginiforme*), parfois grisâtres ou brunâtres.

La rupture des vésicules laisse à leur place des perforations épidermiques arrondies, répondant aux dimensions de la vésicule primitive, punctiformes lorsque celle-ci a été très petite; ces perforations épidermiques constituent peut-être le signe le plus caractéristique de l'eczéma.

D'autres fois, lorsque les vésicules sont très fines et reposent sur une base peu inflammatoire, le suintement fait défaut, la rupture des vésicules se traduit par le soulèvement de l'épiderme et une desquamation très fine, furfuracée (*eczéma pityriasique*, pityriasis simplex des auteurs), qui peut se reproduire à plusieurs reprises.

Les vésicules reposent sur une base rouge, qui peut atteindre une étendue variable, s'accompagner d'une infiltration et d'une tuméfaction plus ou moins considérables du tégument. Dans certains cas (*eczéma rubrum*), la rougeur forme des nappes étendues, d'un rouge foncé, sur lesquelles les vésicules sont à peine visibles.

Telles sont les lésions initiales de l'eczéma. Les perforations consécutives à la rupture des vésicules peuvent se réparer rapidement, laissant une légère desquamation pendant un certain temps, puis la rougeur disparaît et la peau reprend son état normal.

Cette restitution ad integrum, sans trace de cicatrice, est un des caractères primordiaux de l'eczéma; mais, avant d'aboutir à la guérison, les lésions peuvent subir des transformations plus complexes.

Sous l'influence du grattage, un certain nombre de vésicules peuvent s'excorier, persister pendant un temps plus ou moins long, recouvertes d'une croûte brunâtre.

Le grattage est souvent aussi, par l'intermédiaire des troubles vasomoteurs qu'il détermine, la cause d'une infiltration plus ou moins prononcée du derme, avec ou sans formation de papules distinctes; les plis de la peau sont exagérés, (*eczéma lichénoïde*); l'épiderme est souvent épaissi, par places, en desquamation furfuracée; sur les parties infiltrées, il peut se produire des fissures plus ou moins profondes, ou des sillons suintants et sanguinolents (*eczéma fissuraire*).

La desquamation des surfaces eczémateuses, qui constitue un des phénomènes constants de la période de guérison, peut s'établir pendant la période d'activité de la maladie, présenter une grande importance, donner lieu à la formation de squames parfois larges, minces, se détachant facilement (*eczéma foliacé*), d'autres fois plus adhérentes, blanches, brillantes (*eczéma psoriasiforme*). Sur les surfaces déjà recouvertes d'épiderme corné, on peut voir celui-ci se rompre par places, laissant dans ses intervalles des surfaces suintantes de configuration variée (*eczéma craquelé*).

D'autres fois l'épiderme est le siège de lésions profondes se traduisant par son hypertrophie, son épaississement en plaques épaisses et résistantes n'ayant pas de tendance à desquamer, souvent fissurées profondément (*eczémas cornés*).

Les lésions eczémateuses sont extrêmement variables d'un cas à l'autre; elles varient dans le même cas suivant les régions et souvent même on peut voir simultanément, dans une seule région, des lésions eczémateuses à diverses périodes de leur développement et sous des formes variées.

Le polymorphisme de l'affection est encore accru par la diversité de configuration des lésions.

Celles-ci peuvent être disséminées, occuper sans ordre un territoire restreint, ou au contraire des surfaces étendues de la peau; elles peuvent être généralisées à presque tout le tégument. D'autres fois elles offrent une configuration bien nette, sont disposées en plaques arrondies et régulières (*eczémas nummulaires*) ou ovales; ces surfaces peuvent varier de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 5 francs et plus; elles peuvent se réunir pour former des surfaces à contours irréguliers ou polycycliques (*eczémas figurés*); parfois elles figurent des îlots de forme irrégulière. Lorsque les lésions eczémateuses se réunissent en groupes arrondis ou irréguliers, il est habituel que ces groupes soient finement ondulés sur leurs bords et que ceux-ci soient entourés à quelque distance d'éléments eczémateux isolés ou aberrants qui déforment plus ou moins le groupe principal.

Les lésions eczémateuses peuvent occuper des territoires très variables de la surface cutanée; elles peuvent se localiser en certains points, d'une façon symétrique ou asymétrique, aux extrémités des membres, sur leur partie supérieure, au tronc ou à la face, atteindre les plis articulaires ou la continuité des membres, les régions pilaires ou les parties glabres; elles peuvent aussi atteindre la totalité ou la presque totalité du tégument, soit simultanément, soit par poussées successives.

Les lésions eczémateuses s'accompagnent presque toujours d'un prurit d'intensité variable, parfois très violent. Ce prurit peut exister dès le début des lésions et persister pendant toute leur durée. Très fréquemment il se montre au début, alors que les vésicules sont encore à peine développées, se calme plus ou moins après la rupture des vésicules, mais peut cependant survenir par accès irréguliers pendant toute la période d'état de la maladie; il reprend souvent une grande intensité lorsque les lésions se dessèchent et repassent à l'état pityriasique.

Marche. — La marche des eczémas est variable. Ils peuvent débiter d'une façon aiguë, évoluer rapidement et disparaître complètement dans l'espace de quelques semaines, ou céder sur la presque totalité des surfaces atteintes et laisser en quelque point un reliquat persistant.

Ou bien ils peuvent débiter d'une façon lente, par une ou plusieurs régions où ils restent localisés définitivement ou d'où ils s'étendent à d'autres régions, d'une façon lente, ou rapidement à la manière d'une poussée aiguë.

Au cours d'un eczéma aigu, on voit souvent des poussées successives, dans l'intervalle desquelles il peut y avoir des améliorations passagères.

Au cours d'un eczéma chronique peuvent survenir des poussées aiguës d'intensité variable.

Tant que persistent en quelque point des lésions eczémateuses, si limitées