

qu'elles soient, et si près de la guérison qu'elles paraissent, on doit craindre la reprise de ces lésions et leur généralisation est possible.

Lorsqu'un sujet a été une fois atteint d'eczéma, il est habituel de voir cette affection reparaitre, sous l'influence des causes qui l'ont provoquée précédemment, ou sans cause appréciable.

Dans ces reprises successives, les lésions peuvent affecter la même marche et les mêmes localisations ou se porter sur des régions différentes et évoluer d'une façon variable.

Les poussées d'eczéma peuvent coïncider ou alterner avec des manifestations morbides sur différents viscères : cerveau, poumons, intestins, etc. Les métastases de l'eczéma ne peuvent être niées, mais leur fréquence est assez restreinte et leur crainte a été souvent exagérée, au détriment des malades qu'elle empêchait de soumettre à un traitement suffisamment énergique.

Complications. — Les surfaces eczémateuses offrent une porte d'entrée aux diverses infections externes.

L'impétigo se développe facilement à leur niveau, et vient modifier leur aspect, tout en le rendant analogue à celui de certaines formes cliniques d'eczéma.

L'ecthyma peut également se superposer à l'eczéma; les pustules s'associent aux lésions primitives; ces pustules et les croûtes qui leur succèdent exagèrent encore le polymorphisme de l'affection.

Les furoncles peuvent se montrer au niveau des placards d'eczéma ou à leur voisinage, surtout à la période de déclin de la maladie.

Les trois affections précédentes se développent habituellement sur une partie seulement des lésions eczémateuses, ou sur une seule des régions atteintes par l'eczéma; une fois apparues, elles tendent à se généraliser et à envahir, si on ne protège celles-ci, toute l'étendue des surfaces eczémateuses; souvent même le grattage produit leur inoculation en des points respectés par l'eczéma.

Les lymphangites et les adénites, généralement sans tendance à la suppuration, ne sont pas rares dans les eczémas suintants; elles y sont cependant moins fréquentes et moins intenses que dans les dermites artificielles.

L'érysipèle peut, quoique cela ait été nié, avoir des lésions eczémateuses pour point de départ. Il est l'occasion des transformations graves des eczémas variqueux.

Les infections d'origine externe superposées aux eczémas peuvent être la cause de lésions viscérales, en particulier de lésions rénales.

Étiologie. — Les conditions qui président au développement des eczémas sont très nombreuses et doivent être distinguées en causes externes et causes internes.

Des causes externes multiples et variées, l'action de la lumière, le contact de corps irritants très divers, produits chimiques maniés accidentellement ou professionnellement, ou employés dans un but thérapeutique, etc., peuvent être l'origine d'éruptions eczémateuses; mais ce sont là des conditions de localisation plutôt que des causes véritables d'eczéma. De ces substances, les unes (voir *Éruptions de cause externe*, p. 142 et *Éruptions médicamenteuses*, p. 148) déterminent chez tous les sujets qui sont soumis à leur contact des éruptions de caractères particuliers, véritables dermites chimiques, qui ne peuvent à aucun titre être confondues avec l'eczéma; d'autres provoquent, chez certains sujets

prédisposés seulement, des dermatoses à évolution généralement rapide, qui disparaissent sans laisser de traces, et ne se reproduisent plus que sous l'influence de nouveaux contacts identiques: ici encore, il s'agit de dermatites artificielles, au sujet desquelles on ne saurait prononcer le nom d'eczéma.

Mais, à côté de ces faits d'interprétation facile et dont la dénomination ne prête pas à la discussion, il en est d'autres, où le contact irritant est manifestement en cause et dont l'admission au nombre des eczémas ou le rejet hors de cette catégorie de dermatoses sont sujets à controverse.

Ces faits sont de deux ordres.

Ou bien, sous l'influence de contacts irritants prolongés et multipliés, il s'est développé des lésions de dermite chronique, avec vésiculations irrégulières et infiltration tégumentaire de forme lichénoïde, lésions très persistantes, survivant longtemps à la cessation des contacts irritants: tel est le cas des laveuses, des ouvriers des fabriques de produits chimiques, etc.: ici l'interprétation qui se présente à l'esprit est qu'il s'agit d'une dermite prolongée de cause externe, et de fait cette interprétation convient à nombre de ces cas où les lésions sont et restent limitées aux régions des téguments exposées aux contacts irritants; mais, dans certains de ces faits, les lésions tégumentaires dépassent la zone d'action de ces contacts, et revêtent l'aspect des formes vulgaires de l'eczéma, de sorte qu'on est amené à les ranger parmi les eczémas.

D'autres fois une dermite aiguë, manifestement liée à des contacts irritants, accidentels ou peu prolongés, au lieu d'évoluer d'une façon rapide et normale, s'éternise sur une partie ou sur la totalité des surfaces atteintes et, changeant de caractère, revêt l'aspect de l'eczéma, récidivant plus tard sur place ou à distance: on ne peut refuser à ces faits la dénomination d'eczéma; il s'agit certainement non plus de dermites de cause externe, mais d'eczémas provoqués et localisés par une cause externe ou plutôt par une dermite de cause externe.

Ces faits, où l'eczéma succède, ou s'associe, ou se confond avec les dermites artificielles, sont très distincts des eczématisations provoquées par le grattage au niveau de dermatoses antérieures, telles que les prurigos diathésiques, le lichen circonscrit, l'ichthyose, etc. Dans ces derniers cas, il y a manifestement intervention de troubles neuro-vasculaires locaux qui viennent modifier l'état d'un tégument rendu vulnérable par une altération précédente.

Il faut signaler parmi les causes externes le contact de sécrétions altérées, telles que l'urine diabétique fermentée qui provoque des lésions eczémateuses des organes génitaux et les sécrétions sébacées altérées par macération qui sont l'origine d'eczémas des plis articulaires.

Des causes internes interviennent de façon plus ou moins apparente dans le développement d'un grand nombre d'eczémas.

Si quelques eczémateux répondent au type des lymphatiques et des strumeux, la plupart d'entre eux offrent les attributs de l'arthritisme et surtout du neuro-arthritisme: chez certains l'influence diathésique est rendue plus apparente par la coïncidence ou l'alternance des poussées eczémateuses avec d'autres manifestations arthritiques.

Des lésions et des troubles viscéraux sont souvent l'origine d'eczémas.

Il faut attribuer une influence prépondérante aux troubles des voies digestives. Les gastro-entérites provoquées par une alimentation déficiente et par des écarts de régime et s'accompagnant de fermentations intestinales existent presque constamment chez les enfants atteints d'eczémas. Chez l'adulte, la dys-

pepsie nervo-motrice, avec constipation, stases et fermentations gastro-intestinales, se rencontre fréquemment associée à ces dermatoses; les poussées eczémateuses sont très souvent consécutives à des écarts de régime, ingestion d'aliments indigestes ou acides, ou riches en toxines, usage même non excessif de boissons alcooliques, etc.

Les lésions viscérales qui aboutissent à l'insuffisance de la dépuratation urinaire provoquent quelquefois l'eczéma, mais plus souvent encore aggravent et prolongent des poussées eczémateuses survenues sous d'autres influences.

Il en est de même des troubles des fonctions hépatiques.

La dysménorrhée, les affections utérines jouent également un rôle dans le développement des eczémas.

Les troubles locaux de la circulation veineuse (varices, phlébite) peuvent faciliter le développement, la localisation et la persistance de lésions eczémateuses.

On voit parfois survenir des éruptions eczémateuses à la suite de troubles nerveux, d'émotions vives, de surmenage nerveux; ces faits sont cependant moins fréquents qu'on ne le pense généralement, si on évite de confondre avec eux les prurigos diathésiques à éruptions eczématiformes. Souvent les causes nerveuses agissent par l'intermédiaire des perturbations qu'elles amènent dans les fonctions digestives; elles peuvent cependant parfois provoquer directement des poussées eczémateuses plus ou moins violentes.

Il n'est pas rare de voir plusieurs sujets d'une même famille atteints d'eczéma: les anciens auteurs avaient basé sur ces faits leur croyance à l'existence d'une diathèse dartreuse ou herpétique; ils impliquent plutôt en réalité la *transmission héréditaire* d'une disposition diathésique qui se révèle chez certains membres de la famille par des lésions eczémateuses ou par diverses manifestations cutanées et chez d'autres par des troubles viscéraux, hépatiques, rénaux ou autres.

La *contagion* des eczémas, parfois invoquée, n'a rien d'inadmissible: il faut reconnaître cependant que les faits publiés ne présentent pas de suffisantes garanties d'interprétation et que celle-ci est rendue difficile par la fréquence des eczémas et par la facilité avec laquelle des lésions eczémateuses peuvent rester longtemps inaperçues.

On peut voir les eczémas se développer à tout *âge*: ils sont plus fréquents chez les enfants du premier âge que dans la deuxième enfance et dans l'adolescence, et redeviennent fréquents à l'âge adulte et dans la vieillesse.

Anatomie pathologique — Les lésions anatomiques des eczémas varient considérablement, on le conçoit facilement, suivant leurs variétés morphologiques. D'une façon générale, elles sont caractérisées par une inflammation dermo-épidermique avec infiltration séreuse plus ou moins prononcée et à tendance résolutive: ce sont, suivant la dénomination usitée en Allemagne, des catarrhes humides de la peau.

Ces lésions ont surtout été bien étudiées par Unna⁽¹⁾ qui décrit séparément l'eczéma vésiculeux aigu et l'eczéma chronique, et dont nous résumons la description.

Dans l'eczéma vésiculeux aigu, les vésicules se développent au-dessous de la couche cornée; ces vésicules, uniloculaires, sont mal limitées; elles renferment

(1) UNNA, Die Histopathologie der Hautkrankheiten, Berlin 1894. Anal. critique, par DARIER, *Annales de dermat.*, 1896-1897.

des leucocytes, du sérum, et des cellules épithéliales en partie ballonnées; les cellules du corps muqueux sont tuméfiées; entre elles on trouve un petit nombre de globules blancs; dans le derme, où il existe de nombreuses mitoses, on trouve de l'œdème et de la congestion vasculaire, sans diapédèse.

Dans l'eczéma chronique, quelle que soit son apparence clinique, on trouve toujours dans l'épiderme trois lésions histologiques dont l'association et l'intensité variable donnent lieu aux différents aspects macroscopiques; ce sont: 1° la parakératose, ou modification de la fonction kératosique, résultant d'un œdème des rangées les plus superficielles des cellules du corps muqueux, d'où il résulte qu'à la base de la couche cornée on trouve des couches de cellules ayant conservé leurs noyaux; cette altération est la cause de la formation des squames, qui ne sont pas constituées par la couche cornée kératinisée mais par la couche épineuse desséchée; 2° la prolifération des cellules épithéliales (acanthose suivant la terminologie de Auspitz) avec mitoses nombreuses et généralement avec allongement des bourgeons interpapillaires et, par suite, des papilles: cette lésion, qui est la conséquence de l'œdème de l'épiderme, se traduit par la saillie papuleuse des éléments eczémateux; 3° l'œdème interstitiel de l'épiderme, d'autant plus marqué qu'on examine des parties plus éloignées du derme; cet œdème aboutit à la dilatation des canaux intercellulaires de la couche épineuse qui présentent un état spongieux; dans ces canaux, se fait une exsudation de liquide d'abord séreux, plus tard séro-fibrineux, peu riche en leucocytes; leur dilatation excessive aboutit à la formation de vésicules secondaires dont la pathogénie est, par suite, différente de celle des vésicules primaires.

Du côté du derme, on trouve dans l'eczéma chronique une prolifération des cellules fixes, spécialement autour des vaisseaux sous-papillaires, très peu ou pas de leucocytes et de cellules plasmatiques.

Ces diverses altérations se modifient suivant les aspects de l'eczéma. Ainsi, dans les formes lichénoïdes, on trouve une sclérose dermique s'étendant à tout le corps papillaire. Dans les eczémas psoriasiformes, les lésions sont très analogues à celles du psoriasis et peuvent à peine en être distinguées histologiquement; l'hyperkératose est très accusée.

De toutes les lésions de l'eczéma chronique, la plus importante est la parakératose, qui, pour Unna, est pathognomonique.

Toutes ces lésions suffisent-elles à spécifier les eczémas et à donner l'individualité à cette espèce morbide? Il est sans doute prématuré de l'affirmer, malgré l'opinion de Unna: pour leur donner une signification aussi formelle, il faudrait leur trouver un caractère commun plus spécial que la parakératose.

L'étude bactériologique de l'eczéma ne repose guère que sur les recherches de Unna; les résultats obtenus par lui n'ont pas été contrôlés par un assez grand nombre d'observateurs pour être regardés comme définitifs.

Dans les cavités épidermiques de l'eczéma vésiculeux aigu, et très souvent dans le protoplasma même des cellules, Unna a trouvé un microcoque formé de cocci de dimensions très inégales; ces cocci sont réunis par 2 ou par 4, ou constituent des amas mûrifomes, qui lui ont fait donner le nom de morocoque (*μύρον*, mûre); le microcoque qui, pour Unna, est pathognomonique de l'eczéma, présente les mêmes réactions colorantes que le staphylocoque. Unna l'a trouvé également dans les lésions de l'eczéma chronique, en particulier dans les croûtes, où il l'a vu associé à d'autres microbes vulgaires.

Pathogénie. — La pathogénie des eczémas est, à l'heure actuelle, un des problèmes les plus ardues de la dermatologie.

La question de leur origine parasitaire, que l'on pouvait à peine entrevoir il y a quelques années, se pose aujourd'hui d'une façon formelle, mais avec des incertitudes et des difficultés de démonstration qui ne peuvent être dissimulées.

Divers arguments cliniques peuvent être invoqués en faveur de la doctrine parasitaire des eczémas : ce sont les modes de dissémination des lésions eczémateuses et leur configuration. Quelles que soient la forme clinique d'un eczéma, sa localisation initiale et sa cause, il est habituel de voir se développer des foyers secondaires en des régions diverses souvent éloignées les unes des autres et généralement en des points où le grattage a pu s'exercer et s'est exercé; le mécanisme de ces lésions, qui ont été attribuées à des troubles vaso-moteurs réflexes, est facile à concevoir dans l'hypothèse parasitaire, les foyers secondaires étant, dans cette hypothèse, des centres de réinoculation successive par transport de l'agent pathogène au moyen des ongles; de même la possibilité de récurrence, tant que tous les foyers eczémateux ne sont pas éteints, cadre avec cette hypothèse.

La configuration des lésions, souvent arrondies comme les dermatophyties, la présence, au voisinage des foyers principaux, de lésions aberrantes qui semblent être le résultat de réinoculations périphériques éveillent également l'idée d'un parasite.

Les causes externes, irritants chimiques, thermiques ou autres, pourraient n'agir qu'indirectement, du fait de l'inoculation, sur des surfaces dénudées ou hyperémisées, de micro-organismes spéciaux et spécifiques, ou d'ordre banal. Et le parasitisme pourrait aussi expliquer comment des irritations mécaniques, telles que le grattage, provoquent des lésions d'apparence eczémateuse.

Quant aux causes internes, leur influence prépondérante dans le développement des eczémas n'est pas un argument valable contre leur origine parasitaire : les micro-organismes les plus divers demandent, pour évoluer et provoquer des lésions, des conditions spéciales de terrain que les causes générales peuvent seules réaliser.

L'histologie confirme cette idée, en montrant des altérations ayant une grande analogie avec celles que provoquent les agents microbiens.

Toutes ces raisons ont depuis longtemps fait rechercher la présence de parasites dans les lésions eczémateuses. De fait, on en rencontre, et en grand nombre, d'une façon constante; mais leur présence, comme leur diversité, peut s'expliquer par la superficialité des lésions et leur infection secondaire facile de l'extérieur. Unna, reconnaissant l'exactitude de cette objection générale, pense que le morocoque trouvé par lui d'une façon constante dans l'eczéma vésiculeux aigu et dans les formes chroniques représente l'agent pathogène de l'eczéma.

Il est impossible actuellement de se prononcer sur la valeur pathogène du morocoque. Török⁽¹⁾ a même pu dire que les lésions où Unna l'avait signalé n'appartenaient pas à la catégorie des eczémas.

D'ailleurs, il est certain que la démonstration de la valeur d'un parasite quelconque exige des preuves, tirées des cultures et des résultats de l'inoculation, que Unna n'a jamais fournies.

(1) TÖRÖK, L'eczéma est-il une maladie parasitaire? *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 1075.

La démonstration de la qualité eczémateuse d'un parasite quelconque ne résoudrait qu'une partie du problème : il est vraisemblable que, fussent-elles toutes d'origine parasitaire, les dermatoses englobées dans la description actuelle des eczémas, ne relèvent pas toutes d'un seul et même microbe.

Les perturbations du chimisme sanguin, engendrées par les causes diathésiques et les altérations viscérales qui provoquent l'eczéma, pourraient expliquer l'apparition de lésions dermo-épidermiques : elles permettent, même dans l'hypothèse parasitaire, de comprendre comment ce parasite ne se développe pas indifféremment chez tous les sujets quel que soit leur état général.

L'intervention du système nerveux, régulateur de la circulation et des échanges organiques, les modifications vaso-motrices du tégument peuvent être invoquées pour expliquer certaines localisations eczémateuses, mais ne sont que des mécanismes instrumentaux, des intermédiaires.

Ces troubles vaso-moteurs, provoqués par le grattage, provoquent plus souvent encore l'eczématisation de lésions cutanées diverses que le développement primitif d'eczémas.

Diagnostic. — Le polymorphisme des eczémas d'une part et la fréquence avec laquelle d'autres affections, en se modifiant sous l'influence de causes externes, prennent l'aspect des eczémas, d'autre part, font que ces dermatoses sont exposées à être confondues avec un grand nombre d'autres affections cutanées.

L'eczéma aigu, principalement à la face, peut être pris pour un *érysipèle*, mais dans cette dernière affection il y a une tuméfaction plus considérable, les lésions sont plus nettement limitées par un bourrelet, les vésicules lorsqu'il s'en produit sont moins nombreuses et plus volumineuses, l'état fébrile, qui peut exister dans les deux affections, est plus intense dans l'érysipèle.

Les *dermites artificielles de cause externe* peuvent également simuler l'eczéma : leurs localisations initiales correspondant aux points d'application de l'agent irritant, leur configuration souvent plus ou moins géométrique en raison même de la forme des surfaces exposées à ces contacts, les commémoratifs fournis ou avoués par les malades permettent la distinction dans les cas aigus; pour les cas chroniques, nous avons précédemment assez insisté sur les difficultés d'interprétation pour n'avoir pas à y revenir.

La *dyshidrose* offre souvent une grande ressemblance avec l'eczéma; mais elle se limite au début sur les faces latérales des doigts, donne lieu à des vésicules plus fermes, souvent plus volumineuses que celle de l'eczéma aigu, remplies de liquide moins collant; elle se montre dans la saison chaude.

La *miliaire sudorale* peut également simuler l'eczéma aigu : elle s'en distingue par la transparence des vésicules dont le contenu n'est jamais un liquide collant et filant comme celui de l'eczéma et par l'absence de suintement après la rupture des vésicules.

L'*impétigo* est très fréquemment l'occasion de confusions; la presque totalité des cas réputés impétigos chroniques ne sont que des eczémas avec suintement, se concrétant en croûtes jaunes; d'autre part, bien des impétigos aigus à petits éléments sont très souvent qualifiés d'eczéma. La confusion peut être évitée si on se rappelle que les vésicules d'impétigo sont très éphémères, se transforment très rapidement en pustules qui se rompent, et dont le contenu forme en se concrétant des croûtes jaunes de forme arrondie, isolées les unes des autres, tandis que, dans les eczémas impétiginiformes, les vésico-pustules font complète-

ment défaut, les croûtes sont larges, sans limites précises, de même que les surfaces suintantes qui s'en recouvrent. La difficulté est plus grande de distinguer un eczéma impétiginiforme d'un eczéma compliqué d'impétigo; cependant, dans ce dernier cas encore, les croûtes jaunes sont plus limitées, arrondies et non diffusées, et surtout on parvient très rapidement à les faire tomber par des applications émollientes et à en empêcher la reproduction par des pansements appropriés, tandis que la disparition des croûtes de l'eczéma impétiginiforme est beaucoup plus difficile à obtenir.

Les *prurigos diathésiques* rappellent de très près l'eczéma; ils peuvent en être distingués en tenant compte des antécédents, du caractère encore plus nettement récidivant de l'affection, du développement des lésions à la suite du prurit et de leur extension étroitement liée à la distribution du prurit, enfin du polymorphisme plus accusé encore des lésions au milieu desquelles on rencontre des saillies papuleuses brillantes rappelant plus ou moins l'aspect des papules de lichen.

Les mêmes éléments de diagnostic et, en outre, la marche paroxystique saisonnière permettent le diagnostic du *prurigo de Hebra*.

Le *lichen de Wilson* se distingue des eczémas papuleux par l'absence complète de suintement, par les caractères de la papule initiale, brillante, polygonale, avec une dépression centrale; cette papule est d'une consistance ferme qu'on ne rencontre jamais dans les lésions des eczémas.

Le *lichen circonscrit* est souvent très embarrassant à distinguer des eczémas en placards, non pas lorsqu'il se présente avec ses caractères typiques de lésion papuleuse non précédée d'un stade vésiculeux, mais lorsque le grattage et les irritations externes l'ont modifié et ont provoqué son eczématisation; il peut encore alors être reconnu à la disposition de ses lésions en placards occupant des sièges de prédilection, les parties latérales du cou, les plis articulaires, à la présence sur ces placards, dans l'intervalle des excoriations et des croûtes eczématiformes, de papules arrondies légèrement brillantes, de coloration rouge tirant sur le brun, enfin à l'infiltration manifeste des téguments, au niveau des placards.

Les lésions eczématiformes du *mycosis fongoïde* sont très souvent confondues avec les formes sèches des eczémas, pendant une durée plus ou moins longue: le prurit violent qui les accompagne et qui est plus prononcé que dans la plupart des eczémas, la diffusion des lésions et l'infiltration du tégument peuvent faire préjuger un diagnostic, que l'examen microscopique de la peau permet de confirmer d'une façon absolue.

Le *pityriasis rosé de Gibert*, irrité par des grattages et surtout par un traitement intempestif, peut être pris pour un eczéma: la marche rapide de la maladie qui serait insolite pour un eczéma nummulaire, la topographie spéciale de l'éruption sur le tronc et principalement sur sa partie supérieure et la présence, sur quelques-uns de ses éléments moins irrités que les autres, du plissement caractéristique de l'épiderme, tels sont les éléments d'un diagnostic que les résultats du traitement calmant, qui supprime les lésions secondaires et rend plus apparents les caractères essentiels du pityriasis, permettent de confirmer.

Le *psoriasis* se distingue des formes squameuses de l'eczéma chronique par la facilité avec laquelle on détache ses squames, par le suintement sanguin qui succède au grattage des surfaces malades, par la topographie des lésions qui débutent au niveau des genoux, des coudes et du cuir chevelu. Il est cependant

des cas où le diagnostic est à peu près impossible à établir de façon formelle.

Certaines *syphilides tertiaires* peuvent rappeler de si près les caractères des eczémas secs que la distinction en est des plus embarrassantes, en particulier lorsque les lésions siègent à la plante des pieds et à la paume des mains. Les éléments de ce diagnostic sont la symétrie habituelle des lésions eczémateuses contrastant avec l'absence de symétrie des syphilides, la configuration arrondie ou polycyclique de ces dernières et surtout l'infiltration constante et presque toujours facile à reconnaître de la peau à leur niveau.

Le diagnostic de l'eczéma *séborrhéique* sera exposé à l'occasion de l'étude de cette dermatose.

Traitement. — Une première question se pose à propos du traitement des eczémas. Faut-il traiter tous les eczémas? Cette question a été diversement résolue.

Pour certaine école dont les partisans diminuent de jour en jour, l'eczéma est une de ces maladies qu'il ne faut pas guérir, parce qu'elle met à l'abri d'accidents viscéraux plus graves qu'elle-même, que sa disparition est le prélude et la cause de ces accidents qui peuvent être mortels. Cette doctrine ne peut évidemment pas être appliquée à tous les cas d'eczémas. Elle ne saurait se soutenir en présence d'éruptions eczémateuses généralisées, suintantes: ces éruptions sont un supplice auquel les malades ne peuvent être condamnés et un danger réel résultant tout à la fois des pertes séreuses et épidermiques qu'elles font subir et des infections graves auxquelles elles exposent. Sur ce point, il n'y a plus actuellement de désaccord absolu: il faut traiter ces malades, ce qui ne veut pas dire qu'on parvienne toujours à les guérir rapidement.

Mais, en présence d'éruptions eczémateuses moins étendues et moins suintantes, surtout lorsqu'elles sont de date ancienne, qu'elles finissent, en raison de leur durée, par constituer une sorte d'habitude morbide de l'économie, ne peut-on craindre le développement de métastases viscérales lors de leur disparition et surtout de leur disparition subite? C'est là la doctrine classique, que les dermatologistes de l'ancienne école française acceptaient sans hésitation et qui a dû une partie de sa faveur aux préjugés du public, une partie aussi à la difficulté de guérir les eczémas chroniques et à l'insuffisance des moyens généralement employés, et surtout à la manière incorrecte dont le traitement est généralement dirigé et suivi. Cette doctrine n'est plus acceptable dans son intégrité.

Bien des cas de prétendues métastases viscérales de l'eczéma ne sont en réalité que des eczémas au cours desquels se développent des complications ou des maladies intercurrentes: le début de celles-ci s'accompagne d'une diminution des lésions cutanées. Mais, comme les deux phénomènes sont presque simultanés, le deuxième est, en vertu d'une idée préconçue, considéré comme la cause du premier.

Malgré les exagérations dont la doctrine des métastases de l'eczéma a été l'occasion, il est hors de doute que, dans des cas d'ailleurs rares, très rares même, la disparition spontanée ou thérapeutiquement obtenue de l'eczéma peut être le signal de troubles viscéraux graves, céphaliques, pulmonaires, gastro-intestinaux, rénaux et que la reproduction ou le rappel des lésions cutanées est suivie de l'atténuation ou de la disparition de ces troubles. Pour ne parler que des auteurs récents, Besnier et Brocq en ont cité des observations incontestables.