

purpurique, etc., n'est qu'une réaction de la peau commune à un grand nombre d'infections, et constitue une « dermatose infectieuse » unique, relevant de ces diverses maladies.

En comparant, en effet, toutes ces éruptions, on leur trouve quantité de points communs : elles apparaissent au début ou à la fin de la maladie causale et aux mêmes lieux d'élection, en général les plis articulaires; la face est ordinairement respectée; la marche est pour ainsi dire cyclique, l'érythème lisse étant le premier terme de la série, l'érythème scarlatinoïde en étant le dernier, et souvent le seul remarqué à cause de la rapidité excessive de l'évolution dans certains cas. L'absence de prurit, la récurrence fréquente alors que la première poussée est encore persistante en certains endroits, la desquamation ou pityrisiasique, ou en grands lambeaux, sont des caractères communs qui plaident en faveur de l'identité. Mais entrons plus avant dans la question.

Les érythèmes médicamenteux, dans l'étude desquels nous n'avons pas à entrer ici, s'ils présentent des différences provenant de la cause qui les a produits, ont, au contraire, au point de vue objectif, des caractères d'identité absolue avec les éruptions infectieuses.

L'action nerveuse se manifeste tout aussi clairement : les feux de dents chez les enfants, les bouffées congestives chez les femmes au moment de l'époque menstruelle, la tache rouge des pommettes au début de la pneumonie, les cas curieux d'érythème symétrique des mains, consécutif à l'application de la teinture d'iode sur l'une d'elles seulement, signalée par Locquin, en 1882, les éruptions pouvant succéder aux influences morales, et allant de la rougeur simple jusqu'à l'aspect roséolique comme l'a démontré Vulpian, ou l'aspect polymorphe bulleux comme l'a indiqué Leloir, en 1887, prouvent que le système nerveux peut réaliser à lui seul la lésion érythro-gène. L'éruption lisse, simple, à la suite de la piqûre de la peau chez les ataxiques; la variété morbilliforme au moment des crises viscérales ou des accès fulgurants; la variété scarlatinoïde signalée par Eulenburg dans la chorée et la migraine ophthalmique, signalée aussi dans l'hystérie déjà par Battmann, plus récemment dans les thèses de Martin et d'Athanasio, sont des faits du même ordre. Enfin, expérimentalement, Weir Mitchell, en 1864, Arnozan (*thèse d'Agrégation*, 1880), après piqûre et section incomplète de certains nerfs, ont noté, longtemps après, des taches érythémateuses sur l'étendue du nerf blessé, s'accompagnant de névralgies et produisant cette peau lisse et vernissée constituant le « glossy skin » des auteurs anglais. Les causes mécaniques, chimiques ou végétales, l'ingestion de viandes, poisons ou végétaux avariés, peuvent aussi provoquer des manifestations certaines du même ordre. Toutes ces observations infirment-elles le groupement spécial d'érythèmes que nous avons appelé « dermatose infectieuse »? Nous ne le pensons pas; elles prouvent que ce syndrome peut être à la fois la manifestation cutanée d'une infection, d'une intoxication, d'un réflexe nerveux, d'une excitation des centres, et, suivant l'expression de M. Bouchard, les processus se combinent pour engendrer l'acte morbide.

Alors nous voyons réapparaître la notion de la constitution individuelle,

l'irritabilité cutanée spéciale, l'idiosyncrasie, en un mot, qui vient surajouter son effet à l'infection; thèse si brillamment et si éloquemment défendue par Bazin ainsi que par M. Bouchard et reprise par Escherich, Koplik et d'autres médecins étrangers au Congrès de 1900. C'est elle seule qui peut rendre compte des diverses modalités de réaction et de défense que chaque tempérament apporte contre l'infection de l'organisme.

Diagnostic. — *Érythèmes médicamenteux.* — Ces éruptions, comme nous l'avons vu, peuvent complètement simuler au point de vue des caractères objectifs l'aspect des érythèmes infectieux que nous avons décrits. Néanmoins, elles se présentent aussi fréquemment sous l'aspect lichénoïde eczématiforme gangréneux. Localisées souvent « à la face et au cou », accompagnées de démangeaisons quelquefois très vives, de congestions des muqueuses, de marche très rapide, elles récidivent à chaque ingestion du médicament et peuvent facilement être éliminées pour peu que l'attention du clinicien soit attirée sur cette confusion possible, par la suppression même de l'élément causal et l'évolution ultérieure de la manifestation cutanée.

Rougeole. — Si l'érythème apparaît au début de la maladie avec une fièvre modérée, il faudra recourir, pour faire le diagnostic, à l'absence du catarrhe oculo-nasal, de troubles laryngés, de bronchite. L'apparition de l'exanthème au niveau des plis articulaires, sa rareté au niveau du cou, derrière les oreilles, sur le haut du tronc, le signe de Koplik, le signe de Comby, bien que Guinon et Méry l'aient constaté à la suite d'érythèmes postsériques, sont autant de faits qui pourront venir en aide. Si l'érythème arrive au cours ou à la fin de la maladie, son évolution clinique, la date d'incubation de la rougeole qui, sauf quelques exceptions près, varie entre 12 et 14 jours, seront des éléments de haute importance.

Rubéole. — Cette affection spéciale qu'on voit au moment de l'automne et du printemps, décrite surtout en Allemagne, et peu observée en France, s'annonce par des frissons, de la courbature, de la fièvre, quelquefois des troubles digestifs. Au bout de 56 heures, en moyenne, apparaissent des taches surtout au niveau du thorax, sans confluence aux plis articulaires. Un certain nombre de ces cas est sujet à caution, et peut être mis sur le compte d'éruptions médicamenteuses, d'angines aiguës, passagères, ou de toxidermies d'origine intestinale.

Scarlatine. — Le diagnostic sera très souvent difficile à établir, si l'on a affaire à un érythème initial. Le début fébrile caractéristique de la scarlatine, l'aspect rouge vernissé de la gorge, la coloration de la langue, l'apparition en 24 heures de l'exanthème à la face, sa généralisation rapide au tronc et aux membres, l'examen du sang, pourront permettre d'arriver à la solution. Récemment, Lobligeois, dans sa thèse de 1902, a étudié cette question du diagnostic entre les érythèmes scarlatiniformes et les érythèmes vrais, en raison non seulement du pronostic, mais de l'utilité qu'il y aurait à isoler les sujets atteints. Il est arrivé aux conclusions suivantes par l'examen des urines, d'après un très grand nombre de faits qu'il a étudiés. Quand la diazo-réaction d'Ehrlich est négative au moment où se produit l'érup-

tion, il y a forte présomption pour qu'il ne s'agisse pas de scarlatine; quand dans les mêmes circonstances la diazo-réaction est positive, on peut presque à coup sûr dire que l'on est en présence d'une scarlatine. Si l'on a affaire à un érythème tardif, la distinction sera encore plus difficile à établir, les scarlatines secondaires étant ordinairement anormales comme marche et comme symptômes, et le plus souvent la chose ne sera jugée que par l'évolution même de la maladie et l'absence de contagiosité.

Rash variolique. — Il sera facilement distingué par l'élévation importante de la courbe thermique, les vomissements, la constipation et la rachialgie, triade du début de la variole, et par les pustules qui apparaissent souvent au début de la maladie, au niveau du pharynx.

Suette. — Elle se reconnaît à l'aspect granité de la peau, à la production des vésicules confluentes remplies de sérosité transparente ou louche, aux sueurs exagérées avec démangeaisons très grandes et urtication de la peau, à l'état de prostration spéciale du malade, à son début fébrile et brusque et enfin aux circonstances épidémiques qui lui ont donné naissance.

Erysipèle. — L'exanthème ici est localisé; la tension, la tuméfaction œdémateuse de la peau, avec le bourrelet saillant caractéristique, sa fréquence si grande à la face, avec le non-envahissement du menton, les caractères de la fièvre accompagnée de vomissements et de céphalalgie intense, lèveront les doutes dans la plupart des cas.

Angioleucite. — Le plus souvent, le diagnostic ne sera pas mis en question: la disposition de la rougeur en arborisation, sa localisation à une région spéciale; son point de départ facile à trouver enlèveront toute hésitation.

Typhose syphilitique. — Chez l'adulte, M. Fournier a décrit une affection spéciale caractérisée par une éruption de taches rosées abondantes, d'autres fois par un exanthème rubéolique accompagné d'un état général très grave. La teinte bronzée de l'éruption, la présence d'autres signes révélateurs de la syphilis, l'état typhique du malade, pourront aider au diagnostic. Néanmoins, dans quelques cas, il sera très difficile à éclaircir et le traitement d'épreuve décidera.

Purpura. — Nous n'avons pas l'intention de traiter à la fois la question des rapports de l'érythème infectieux avec les purpuras et la fusion possible de toutes les variétés secondaires au moins avec le groupe des érythèmes infectieux. Ce sujet exigerait à lui seul de longs développements. Nous ferons seulement remarquer que, d'après les travaux les plus récents de Mathieu (*Dictionnaire Encyclopédique*), les thèses de Martin de Gimard, 1888, de Sortais, 1896, d'Apert, 1897, ces purpuras infectieux secondaires présentent les plus grandes affinités avec la forme spéciale que nous avons décrite sous le nom d'érythème purpurique et qu'on trouve dans les affections les plus diverses.

Babès a fait au Congrès international d'hygiène de Londres, 1891, une communication importante où il constate que, si l'infection hémorragique peut être produite par des bacilles spécifiques, elle peut l'être aussi par les microbes de l'infection des plaies et le streptocoque en particulier. La porte d'entrée serait souvent une pharyngite, une amygdalite ou une « maladie

infectieuse intérieure ». Il ajoute que, dans les cas d'infection hémorragique considérés comme purs, il manque l'examen de la gorge, et il considère le groupe des hémorragies infectieuses secondaires comme de beaucoup le plus nombreux. Cette manière de voir se trouve corroborée par l'observation présentée par Widal, en 1894, à la Société médicale des hôpitaux, où chez un tuberculeux, il constata, en même temps qu'une éruption érythémateuse, des taches purpuriques très nettes accompagnées d'hématuries, d'épistaxis, d'arthralgies; l'examen du sang, pendant la vie, obtenu par piqûres, ou celui des hémoptysies, ainsi que celui des capillaires, après la mort, fit constater la présence d'une grande quantité de streptocoques.

Les faits du même ordre signalés par Hanot et Luzet, Hutinel et Claisse, qui trouvèrent le pneumocoque à l'origine de ces purpuras secondaires; les cas décrits par Claude, en 1896, où le pneumocoque jouait aussi le rôle important et dans lequel les hémorragies intestinales abondantes coexistaient avec l'éruption, prouvent qu'au point de vue anatomo-pathologique, bactériologique et clinique, ces purpuras peuvent tous rentrer dans la variété des érythèmes infectieux dits purpuriques, et qu'ils peuvent accompagner la variété polymorphe ou lui succéder.

Nous terminerons ce chapitre de diagnostic en disant que toute éruption à manifestations multiples dont l'incubation, l'invasion, les lieux d'apparition auront présenté quelque chose d'anormal devra être tenue comme suspecte. Il ne sera pas rare, comme nous l'avons vu nous-mêmes en maintes circonstances, de trouver sur les amygdales ou dans le fond de la gorge la clef d'une éruption dont l'aspect était irrégulier et qui aurait pu être rangée sous le vocable rougeole ou scarlatine anormales et que son évolution ultérieure, ainsi que la marche des phénomènes morbides, ont fait ranger sans aucun doute dans la classe des érythèmes infectieux.

Pronostic. — Au point de vue pronostic, les érythèmes infectieux diffèrent entre eux suivant l'agent pathogène et suivant le degré d'intoxication. Les éruptions peuvent bien présenter, au point de vue dermatologique, le même caractère, mais entraînent un pronostic tout à fait variable suivant la période de l'infection à laquelle elles se produisent, et suivant aussi le microbe causal. Dans la diphtérie, dans la fièvre typhoïde, par exemple, autant l'érythème initial est bénin et sans influence sur la marche de la maladie, autant l'érythème tardif, arrivant sur l'organisme affaibli par le virus, et dans l'impossibilité de réagir, est l'indice évident de l'aggravation dans l'état général du malade. C'est, croyons-nous, pour ne pas avoir fait cette distinction qui ressort de l'étude clinique des divers érythèmes infectieux, qu'on trouve des opinions si divergentes parmi les auteurs, les uns leur accordant une influence heureuse, les autres les considérant comme une manifestation indifférente, les derniers, enfin, comme très graves.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de ces érythèmes a été faite dans les *Annales de la Charité* de Berlin, par Lœvin et par Leloir, de Lille, dans son mémoire « Recherches sur l'anatomie pathologique des érythèmes » (*Société anatomique*, 1884). C'est une lésion constituée par l'hyperhémie des papilles; les bouquets vasculaires sont remplis, il se pro-

duit des taches roses ou rouges séparées par des espaces pâles correspondant aux cônes cutanés, moins complètement irrigués. Cette disposition met en évidence la théorie de Renaut, de Lyon, qui a démontré que la peau était formée par une infinité de petits territoires commandés par une artère. Cette artère a des ramifications en forme de cônes dont la base serait tégumentaire. Supposons l'artériole paralysée, le cône est congestionné; on a la tache rosée ou rouge; parmi les territoires, les uns sont injectés facilement (points d'activité circulatoire maxima), les autres moins facilement (points d'activité circulatoire minima). C'est cette différence qui rend compte des parties anémiées pâles qui séparent les parties rouges, avant que les lésions se soient généralisées. Si la pression sanguine est trop forte, le plasma transsude, il y a œdème de la région hyperhémie, les leucocytes traversent les vaisseaux et leur forment une sorte de gaine; l'érythème papulo-tuberculeux est constitué. Si la lésion s'étend, c'est l'érythème annulaire en cocarde, etc. Si la lésion se généralise, c'est l'érythème scarlatinoïde; si l'exsudation se fait sous l'épiderme, on aura la forme vésiculeuse, bulleuse, pemphigoïde. Dans les parties où l'œdématisation est la plus facile, on aura la variété noueuse. Si le raptus sanguin est trop violent, on aura la dilatation des espaces lymphatiques, la sortie des hématies; l'érythème purpurique est constitué. Les éléments du derme sont souvent dissociés, les fibres du tissu conjonctif épaissies, les glandes plus ou moins modifiées.

En dehors des lésions cutanées, d'après M. Hutinel, les organes les plus manifestement atteints sont : le foie, la rate et l'intestin. Le foie est gros, mou, pâle, stéatosé, se déchire facilement; à la coupe histologique, on trouve une stéatose périlobulaire; les cellules hépatiques qui entourent la veine centrale contiennent des gouttelettes graisseuses. A la périphérie des lobules, non loin des espaces portes, on voit des nodules formés par des amas de noyaux. — Nobécourt, en 1901, a particulièrement insisté sur l'importance de ces lésions hépatiques dans la production de ces érythèmes. Il signale un léger degré de cirrhose bi-veineuse ou bien les lésions du foie silex, ou bien encore des altérations aiguës intenses, congestions, dégénérescences cellulaires, infiltrations leucocytiques, lésions analogues à celles décrites par Apert dans sa Thèse sur le purpura et ses variétés. La rate n'est pas énorme, elle est ferme, violacée et présente une saillie des corpuscules de Malpighi; les reins présentent un léger gonflement avec état trouble des cellules contournées; les poumons sont souvent le siège de lésions de bronchites ou de foyers d'atélectasie; le sang est noir sépia, se coagule mal et souvent il forme peu de caillots dans les cavités du cœur. D'après une communication de Leredde (*Société de Biologie*, 1899), le sang des érythémateux offrirait une leucocytose légère et une diminution du nombre des hématies et de la quantité d'hémoglobine. Chez presque tous, il aurait observé des modifications dans le rapport physiologique des formes leucocytaires, et chez tous il y aurait des leucocytes anormaux.

Ces altérations morphologiques du sang témoigneraient de l'existence d'intoxications qui, agissant sur les cellules endothéliales des capillaires cutanées, provoqueraient ainsi des lésions de la peau.

Bactériologie. — Les recherches bactériologiques concernant les érythèmes infectieux se sont multipliées dans ces dernières années; dans l'étude que nous en avons faite en 1891, nous n'avions incriminé le bacille de Klebs qu'une fois, dans tous les autres cas nous n'avions eu affaire qu'à des angines à streptocoques, ou strepto-diphthéritiques, correspondant aux faits signalés par Grancher et Barbier et décrites par Sevestre et Martin, comme diphthérie associée hyper-infectieuse. Ces faits d'érythèmes graves survenant chez des sujets atteints d'angine à fausses membranes, non diphthéritiques, ne sont plus pour étonner, aujourd'hui que l'on connaît parfaitement, depuis les travaux de Roux, de Morel, de Bouloche, Bourges, Sallard, etc., les infections si graves causées par le streptocoque ou le staphylocoque. Dans l'infection puerpérale, dont les formes les plus variées ont été démontrées par Widal comme devant être rattachées à l'irruption de ces agents pathogènes dans l'organisme, il est infiniment probable que ces érythèmes doivent lui être imputés. A plus forte raison doit-on encore penser à leur action dans la septicémie, dans la pyohémie, dont ils sont l'unique cause. Dans le choléra, au moment des poussées érythémateuses, on a noté des angines souvent diphthéroïdes dont la bactériologie est encore à faire et où le streptocoque doit jouer un rôle. Dans la tuberculose, son association avec le bacille de Koch ainsi que l'exaltation de sa virulence, rendent compte des phénomènes d'infections secondaires dont l'érythème est une des nombreuses manifestations.

Widal et Thérèse, en février 1894, ont rapporté à ce sujet un fait typique que nous avons déjà relaté, où le streptocoque, dûment constaté pendant la vie dans le sang du malade et à l'autopsie dans les capillaires, produisit chez un sujet tuberculeux des poussées alternantes de purpura et d'érythème.

Dans l'ictère grave, dans la fièvre jaune, ce micro-organisme seul ou associé a été noté nombre de fois et considéré par Dupré comme la cause efficiente de la maladie. Dans les variétés d'entéro-colite aiguës signalées par Hutinel en 1899 et par Escherich à la même date, au cours desquelles surviennent volontiers les érythèmes infectieux, le streptocoque existait en très grande abondance dans les selles, et à l'état de pureté dans les parties profondes des fausses membranes. Dans la roséole vaccinale, ce germe peut être introduit par des opérations non aseptiques.

Mais le streptocoque est-il le seul qui puisse causer ces éruptions infectieuses? En 1891, nous disions nettement que ce micro-organisme était le plus souvent constaté, mais que les lésions cutanées nécessaires à la production de ces érythèmes pouvaient être réalisées par des microbes tout à fait différents, au même titre que, dans les viscères, des lésions anatomo-pathologiques semblables sont produites par les micro-organismes les plus variés et même par des poisons végétaux et chimiques. Cette opinion a été corroborée depuis par de nombreuses observations ayant trait à la question. Les observations de Claisse, de M. Hutinel ont pu rattacher dans certains cas ces éruptions au pneumocoque, celles de Babès et de Lebreton, au staphylocoque; Le Gendre d'une part en 1894, Lesage plus récemment ont considéré la présence du coli-bacille dans la fièvre typhoïde comme cause productrice de ces éruptions. Dans les infections gastro-intestinales des nouveau-

nés, c'est le coli-bacille ou le bacille pyo-cyanique qui aurait été retrouvé chez les malades atteints de manifestations cutanées infectieuses. Bosc a même décrit un microbe pathogène spécial analogue au coli-bacille ne coagulant le lait que très tardivement et ne faisant pas fermenter la lactose. Ce microbe d'après lui serait spécifique.

Au 15^e congrès de médecine en 1900, M. Hutinel, revenant sur l'opinion qu'il avait exprimée en 1892, que le streptocoque était l'agent unique de ces éruptions, pense que les affections staphylococciques nettement caractérisées avec ostéo-myélite, les infections pneumo-cocciques ou coli-bacillaires pouvaient être au même titre considérées comme cause de ces variétés d'érythèmes, qu'ils soient bénins ou graves. La présence constante et normale du streptocoque, du staphylocoque, du coli-bacille dans la gorge, dans la profondeur même de l'amygdale, et dans l'intestin; leur variabilité toxique si différente, la rareté extrême des observations où ils ont été constatés dans le sang du cœur ou des organes, laissent au point de vue de leur influence décisive la question encore en suspens.

Récemment, en 1905, Galitzis dans sa thèse, reprenant et résumant le travail de Deguy et Legros, fait à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service du D^r Marfan, pense avoir trouvé un microbe caractéristique de ces érythèmes, qu'il a constaté dans le sang des malades et auquel il a donné le nom d'« Hémophilus avec deux variétés : perlucidus et albus ». En culture sur gélose, le « perlucidus » se montrerait sous forme de grains de rosée visibles par transparence, d'un dixième de millimètre environ, évoluant en 48 heures et mourant en 8 jours; il pousserait mal sur le sérum coagulé, bien sur le bouillon. Examiné après coloration par la méthode de Gram, il se présente sous forme de diplocoques très fins et affectant nettement l'aspect de « chaînette ». Ce diplocoque, virulent pour les cobayes, donnerait une septicémie et se retrouverait dans les organes. « L'albus » sur gélose donne des colonies plates, d'une couleur blanchâtre, porcelainées, polycycliques; en vieillissant elles prennent l'aspect jaune chamois d'abord, puis translucide et se présentant après coloration sous forme de gros diplocoques simulant la disposition du « staphylocoque », mais n'occasionnant jamais ni abcès, ni exsudat. La variété perlucidus serait la plus fréquente. Ce diplocoque se trouverait dans les angines graves, avec érythème scarlatiniforme; on l'aurait constaté quelquefois dans le sang, en dehors des formes malignes ou érythémateuses. Il préexiste toujours à la première injection du sérum curatif, lequel par conséquent n'aurait aucune action sur la naissance et l'évolution de cette diplococcémie.

Ce diplocoque est-il un micro-organisme nettement défini? Nous hésitons à le croire; les caractères de ses cultures, de ses inoculations, de sa morphologie enfin ne le rapprochent-ils pas à s'y méprendre des variétés si nombreuses du streptocoque et du staphylocoque? Il existe une différence bien minime avec les strepto-diplocoques de Barbier, de Bourges; il faudrait pour se prononcer que l'on ait fait une révision bactériologique complète de toutes ces formes si diverses de streptocoques et de staphylocoques qui sous des aspects extérieurs identiques peuvent produire des lésions si différentes

comme marche et comme pronostic. Sans aller comme Remlinger jusqu'à renoncer à tout examen bactériologique, et simplifier ainsi la question, on peut donc dire qu'il n'y a pas un micro-organisme, seul producteur de ces érythèmes, mais que, si le streptocoque joue un rôle important dans leur production, la flore microbienne en est très variée.

Pathogénie. — Comment se produisent ces érythèmes? Plusieurs théories sont en présence. La plus ancienne est celle qui en fait une dermatopathie rhumatismale soutenue par Bazin, Ferrand, Hillairet s'appuyant sur la présence, en certains cas, de douleurs articulaires, de fièvre et sur la disparition sous l'influence du salicylate de soude. Mais ces auteurs rapportaient au médicament qui est plutôt érythrogène ce qui tenait à la nature essentiellement fugace de l'éruption; d'autre part, on ne connaissait pas les manifestations articulaires des infections.

La seconde théorie a été formulée par Hutchinson et soutenue par de Molènes; l'érythème polymorphe serait, dans certains cas, une infection spéciale, une fièvre éruptive franche de cause inconnue. Cette seconde théorie, nous ne la croyons pas exacte et voici sur quoi nous nous appuyons: l'érythème infectieux n'a point de fièvre, ni d'invasion qui lui soit propre; l'état fébrile est variable avec la date de production de l'éruption, avec la violence de l'intoxication et la réaction de l'économie tout entière; il peut même, dans certains cas, faire défaut totalement. On ne trouve pas de symptômes prémonitoires précédés d'incubation régulière suivie, à échéance fixe, d'une éruption, ni de complications spéciales inhérentes à la maladie. La durée éphémère, la récurrence fréquente au moment de la desquamation, la variété si grande de causes productrices que nous venons d'étudier ne permettent pas d'accepter cette hypothèse.

Une troisième théorie est la théorie de l'angio-névrose: formulée par Koebner, en 1869, rajeunie par Behrend, Uffelmann, brillamment soutenue par Lœwin. Elle fait des érythèmes une angio-névrose caractérisée par l'atonie des nerfs vaso-constricteurs. Toute cause morbide qui mettra en jeu ce trouble de l'innervation sera une des causes productrices de l'érythème; ainsi non seulement les états infectieux les plus divers par l'intermédiaire de leurs poisons, mais encore les agents mécaniques, chimiques, les médicaments, les lésions nerveuses centrales, médullaires ou périphériques, pourront être la cause de cette manifestation cutanée, une dans son évolution dermatologique et si variable au point de vue étiologique.

Enfin, la dernière théorie, dont nous venons d'exposer les éléments, est la théorie infectieuse ou plutôt toxi-infectieuse, le microbe n'agissant pas dans la plupart des cas par lui-même, mais bien par la toxine sécrétée. La peau est avec le rein, suivant la théorie de M. Bouchard, l'émonctoire par excellence par lequel l'organisme se débarrasse de ses produits toxiques; la polyurie, les sueurs critiques en sont une preuve.

Ne pourrait-on pas admettre des sortes de décharges bactériennes produisant des lésions cutanées, comme l'ont constaté Hanot, dans la miliaire, Kivisch et Neuhaus, dans la fièvre typhoïde? Les recherches ultérieures de Jungnickel, de Fraenkel, de Morel et d'autres nombreux auteurs qui, à de

très rares exceptions près, n'ont jamais trouvé dans les lésions cutanées de la diphtérie ou d'autres infections, de bacilles spécifiques; d'autre part, les résultats négatifs de la culture du sang, dans la grande majorité des cas, font penser que tous ces micro-organismes, producteurs de l'érythème, agissent bien plus par leurs produits solubles que par eux-mêmes.

Dans une note présentée à l'Académie des sciences, M. Bouchard annonça qu'il existe dans les produits solubles sécrétés par les micro-organismes deux substances : l'anectasine, paralysant les centres vaso-dilatateurs, l'ectasine favorisant leur dilatation et la diapédèse; ces deux substances pouvant être sécrétées par le même microbe, fait démontré pour le pyocyanique par Charrin et Gley.

Arloing a trouvé, dans les cultures filtrées du staphylocoque pyogène, un produit soluble hyperexcitant le système vaso-dilatateur; Babès, Rackzinski ont fait la même démonstration pour les produits solubles du streptocoque, qui peuvent à la fois engendrer l'érythème ou l'hémorragie. La tuberculine, employée comme mode de traitement ou comme diagnostic, aussi bien que le sérum de Roux, ont reproduit « la série » des érythèmes infectieux et viennent fournir un argument presque décisif à l'appui de la toxine érythrogène. Il est probable que les autres toxines, bien que n'ayant pas été étudiées à ce sujet, celles du colibacille, du pneumocoque, aussi bien que celles pouvant se former à la suite d'ingestions de viandes, poissons, végétaux avariés ou vénéneux, ont la même action dans la production de ces éruptions; que c'est à ces produits solubles encore que le maïs altéré par le verdet, le seigle ergoté, ou la farine de froment de mauvaise qualité doivent leur action comme cause de l'érythème pellagreux ou acrodynique qui ne sont que des modalités spéciales de dermatopathies infectieuses.

Depuis que ces éruptions ont été signalées à la suite d'injections antidiphtériques, les explications en ont été données nombreuses; pour Edron, Variot, la toxine est incriminable; pour d'autres, Netter, Beclère, Bertin, Roux, il ne faudrait en chercher la cause ni dans la toxine qui est éliminée par le cheval depuis longtemps, ni dans l'anti-toxine, mais bien dans une substance préexistante dans le sérum non immunisé. Les accidents, disent ces auteurs, ne sont pas en rapport avec la quantité injectée; peuvent être produits par le sérum physiologique, par les autres sérums médicamenteux et varient suivant le cheval producteur, des sortes d'épidémies pouvant d'ailleurs se montrer suivant le sérum employé.

A toutes ces causes viennent s'ajouter les lésions du foie décrites par Nobécourt et Merklen qui l'empêchent de remplir son rôle anti-toxique, les altérations du sang et du rein; enfin et surtout, l'influence si importante du tempérament individuel mise si bien en lumière par l'école dermatologiste française, ainsi que la prédisposition héréditaire, qui viennent peser de tout leur poids dans la production de ces manifestations infectieuses.

Quant aux portes d'entrée on les trouvera dans une lésion de l'intestin, comme dans la fièvre typhoïde ou dans une lésion de la peau, comme dans la vaccine ou la septicémie, mais le plus souvent, dans les ulcérations du nez ou de la bouche, dans les fissures labiales, dans les érosions amygda-

liennes, dans de véritables éruptions aphteuses; toutes lésions que l'on constatera, si on les recherche avec soin dans la plupart des infections.

Traitement et hygiène. — Comme traitement proprement dit, il n'est rien de spécial à conseiller. Étant donnée la disparition rapide de ces érythèmes, on se contentera d'administrer des purgatifs légers, des toniques, de surveiller la courbe thermique, en modérant s'il le fallait les exacerbations de la température par les enveloppements mouillés ou la balnéation. Et on portera surtout son attention sur la maladie causale dont l'érythème pourra, dans certains cas, être une complication très aggravante.

Au point de vue hygiénique, il sera bon d'isoler le plus possible les malades, quoique la contagion n'ait été constatée que dans les érythèmes typhoïdiques; mais avant tout et surtout il faudra surveiller très attentivement les lèvres, la bouche et le pharynx et pratiquer, à l'apparition de la plus petite lésion, une antisepsie minutieuse et rigoureuse de toutes ces régions. On emploiera les grandes irrigations tièdes ou chaudes, abondantes et répétées, soit avec la solution boriquée à saturation, l'acide salicylique à 1 pour 100, l'eau naphtolée saturée ou tout simplement de l'eau bouillie en évitant avec soin les corps toxiques. On pourra aider l'antisepsie par des pulvérisations au thymol qui entretiendront dans l'air une certaine humidité favorable, et par l'introduction dans les narines de vaseline salolée ou légèrement mentholée; en se réservant bien entendu, au cas où apparaîtraient, au niveau des portes d'entrée, des fausses membranes diphtériques ou non, de les traiter par l'emploi des topiques usités en pareil cas: soit la mixture de Gaucher, soit le sublimé dissous dans la glycérine au 40°. En ce qui concerne les érythèmes post-sériques, ils sont de nature si variable, si fugace, suivant le sérum employé et la prédisposition individuelle, d'un pronostic relativement si bénin qu'il faut, avant toute autre considération, régler sa conduite sur l'état du malade et la gravité de l'affection. Leur apparition ne saurait, dans aucun cas, retarder ni empêcher les injections du sérum de Roux.