

VII

ÉRYTHÈMES INFECTIEUX IDIOPATHIQUES

PAR LE D^r J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants Malades.

I

ÉRYTHÈME NOUEUX

L'érythème noueux, décrit encore sous le nom de *dermatite contusi-forme*, est une maladie aiguë qui se caractérise par la production de nodosités dermiques rouges, chaudes, douloureuses, siégeant avec prédilection à la face antéro-interne des jambes, mais pouvant aussi s'observer sur les cuisses, les bras, les avant-bras, et même sur le tronc.

D'après les dermatologistes les plus qualifiés (Kaposi, Besnier, etc.), l'érythème noueux ne constituerait qu'une variété de l'érythème polymorphe de Hebra. Or, si nous restons sur le terrain de la clinique infantile, il est bien difficile de partager cette opinion. L'érythème noueux des enfants se présente toujours avec les mêmes allures, la même uniformité; il n'est jamais polymorphe. Il présente plutôt les caractères d'une fièvre éruptive, d'une maladie infectieuse parfaitement autonome. Quant à l'érythème polymorphe, il se voit aussi chez les enfants, mais plus rarement que l'érythème noueux, et il ne présente pas les mêmes caractères objectifs, ni la même évolution. Il forme une espèce distincte. Je décrirai donc séparément l'érythème noueux, l'érythème polymorphe, et je consacrerai quelques lignes à l'érythème induré des jeunes filles que Bazin a eu le mérite de nous faire connaître.

Étiologie. — L'érythème noueux est une maladie primitive, sans attache avec d'autres maladies infectieuses classées. On a dit que c'était une manifestation rhumatismale et Bazin en faisait une *arthritide*. C'est là une erreur contre laquelle s'élève avec raison M. E. Besnier. L'érythème noueux n'a aucun rapport avec le rhumatisme articulaire aigu, et s'il s'accompagne parfois de douleurs et d'arthropathies légères, on aurait tort de confondre ces symptômes pseudo-rhumatismaux avec le rhumatisme vrai. Sans doute on a décrit des nodosités rhumatismales éphémères; mais nous verrons, au chapitre du diagnostic, que ces localisations dermiques du rhumatisme n'ont rien de commun avec l'érythème noueux. L'érythème noueux n'est donc pas une maladie rhumatismale.

Ce n'est pas non plus une *maladie paludéenne*, quoique MM. Boigesco et Moncorvo aient décrit un érythème noueux palustre.

L'affection est-elle *contagieuse*? *A priori* cette opinion, en faveur de laquelle le D^r Para a produit un fait de contagion d'enfant à enfant, et le

D^r A. Moussous un autre cas, n'a rien qui choque nos idées. Si l'érythème noueux est, comme nous le croyons, une maladie infectieuse, rien n'empêche d'admettre sa transmission possible, dans certains cas et dans certaines circonstances. Mais, à coup sûr, la contagiosité, si elle existe, est faible; et, pour ma part, dans les hôpitaux où j'ai pu soigner un grand nombre d'enfants atteints d'érythème noueux, je n'ai pas vu un seul *cas intérieur*.

Kaposi dit que l'érythème noueux s'observe de préférence au printemps et à l'automne; cette influence saisonnière ne me semble pas très notable. Sur 67 observations personnelles, j'ai noté 56 cas d'octobre à mars, et 51 cas d'avril à septembre. Il y aurait donc une légère prédominance en faveur des mois pluvieux et froids de l'année. En réalité je n'attache aucune importance à cette répartition que j'indique seulement à titre de document.

Sur 67 cas, voici la répartition mensuelle :

Janvier.	7 cas	Juillet.	5 cas
Février.	5 —	Août	0 —
Mars	8 —	Septembre.	5 —
Avril.	12 —	Octobre	4 —
Mai	5 —	Novembre	5 —
Juin	10 —	Décembre	7 —

D'après Kaposi, le sexe féminin serait frappé avec prédilection; ma statistique plaide en faveur de son opinion. Sur 67 cas, je compte 26 garçons et 41 filles. Le *sexe* paraît avoir une influence. Mais je ferai remarquer que mon service d'hôpital contient surtout des filles, ce qui atténue un peu la signification de ma statistique personnelle.

Quant à l'*âge*, voici les chiffres que j'ai relevés :

Au-dessous d'un an	4 cas
De 12 mois à 2 ans	14 —
De 2 à 5 ans	1 —
De 5 à 5 ans	11 —
De 5 à 10 ans.	31 —
De 10 à 15 ans	10 —

D'après cette statistique, d'ailleurs trop restreinte pour autoriser des conclusions fermes, on pourrait dire que l'érythème noueux n'existe qu'exceptionnellement dans la première année de la vie, qu'il est rare dans la seconde année, commun après le sevrage et surtout après 5 ans.

L'influence saisonnière, l'action du froid, les intempéries, les questions de sexe, d'âge, de terrain, ne semblent jouer qu'un rôle secondaire dans l'étiologie de l'érythème noueux.

L'érythème noueux est une entité morbide dont la nature infectieuse et spécifique a été pressentie depuis longtemps. Trousseau, dans ses cliniques, affirmait la spécificité de l'érythème noueux. Hardy et son élève Moriceau (*Thèse de Paris*, 1861) rangent la maladie à côté des fièvres éruptives. Rondot, Talamon en font également une maladie infectieuse, qu'ils rapprochent des fièvres éruptives. Le D^r Mantle (*Association médicale britannique*, 1887) a prétendu même apporter un argument nouveau en faveur de la

nature infectieuse de la maladie; il a décrit une bactérie, un microbe de l'érythème noueux. Mais ses recherches n'ont pas été contrôlées par d'autres observateurs.

Cependant on a décrit l'érythème noueux *secondaire* à d'autres maladies. A. Orillard et R. Sabouraud ont observé l'érythème noueux au cours d'une septicémie à streptocoques. Rochon (de Saint-Ouen) a rapporté plusieurs observations d'érythème noueux chez des enfants tuberculeux; mais il n'admet pas que l'érythème noueux ait été provoqué par la tuberculose, il pense plutôt que l'érythème noueux a préparé le terrain au bacille de Koch. Il croit à la nature primitive de l'érythème et il cite à l'appui les faits si intéressants du D^r Appert (*Corr.-Bl. f. Schweitzer*, 1890). Dans une famille de 11 personnes agglomérées dans un logement petit et humide, sur 9 enfants, 7 tombent malades en une semaine, au mois de mai: 1^{er} enfant, érythème noueux avec bronchite; 2^e, érythème noueux avec broncho-pneumonie et pleurésie; 3^e, érythème noueux avec pneumonie, pleurésie droite, état typhoïde; 4^e, état typhoïde sans érythème; 5^e, érythème noueux avec fièvre intermittente; 6^e, érythème noueux avec état typhoïde prolongé; 7^e, érythème noueux avec bronchite, diarrhée et 6 mois après méningite tuberculeuse.

Quant à l'érythème noueux survenant dans la convalescence de la scarlatine, de la rougeole (Richardière), de la grippe, du rhumatisme articulaire aigu, ou de toute autre maladie spécifique, on peut n'y voir qu'une coïncidence, sans lien pathogénique démontrable. De la lecture de tous ces faits et de toutes les discussions auxquelles ils ont donné lieu, on peut conclure seulement ceci: *l'érythème noueux est une maladie infectieuse, faiblement contagieuse en général, dont l'agent pathogène est encore inconnu.*

Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomique, les nodosités érythémateuses consistent essentiellement en une infiltration séreuse, en un œdème de la peau, du derme et de l'hypoderme. Il y a stase dans les vaisseaux de calibre et dans les capillaires, congestion intense, extravasation de sérum et même de globules rouges, infiltration plus ou moins étendue dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les mailles du derme. Comme le dit Kaposi, la nodosité de l'érythème ne représente qu'une plaque d'urticaire arrivée à un très haut degré d'intensité.

Symptômes. — Avant l'apparition des nodosités caractéristiques, l'examen attentif des enfants permet de saisir les symptômes d'un état général plus ou moins ébranlé. Dans la plupart des cas, il est vrai, l'éruption est le premier symptôme qui frappe. Mais un observateur attentif sait bien découvrir, plusieurs jours avant l'apparition des premières nodosités, des troubles morbides qui marquent l'invasion de la maladie. Ces prodromes sont notés dans la plupart des observations que j'ai recueillies et ils me permettent de décrire une *période d'invasion* précédant de plusieurs jours, parfois d'une semaine, la *période d'éruption*.

L'enfant a moins d'appétit, et il manifeste quelquefois du dégoût pour les aliments; s'il refuse de manger ou s'il mange avec moins d'entrain que de coutume, par contre il accuse une soif insolite. En même temps il a mau-

vaïse mine, il est pâle, ses traits sont tirés, ses yeux cerclés. Il éprouve un malaise qu'il peut mal définir; mais il est las, se fatigue vite, refuse de jouer. Il a parfois du mal de tête, de l'insomnie, de la fièvre. Cette fièvre, étant souvent peu accusée, ne peut être appréciée que par le moyen du thermomètre. Elle est modérée, comprise entre 37°,5 et 38°,5; elle atteint rarement 39 degrés; une fois cependant je l'ai vue monter à 39°,8. (Voir, pour plus de détails, la Thèse de mon élève le D^r Paulouche: Paris 1901.)

En même temps, l'enfant a de l'embarras gastrique: la langue est couverte d'un enduit assez épais, la bouche est amère, il y a de la constipation plus souvent que de la diarrhée. Après 5, 6, 8 jours, parfois davantage, de cet état de malaise, qui n'oblige pas toujours les enfants à prendre le lit, ni même à garder la chambre, qui ne les éloigne pas toujours de l'école, on note des phénomènes plus concluants, qui permettent de faire le diagnostic. Il y a d'abord des douleurs au niveau des membres inférieurs; ces douleurs, parfois obtuses et insidieuses, parfois aussi assez aiguës, portent à découvrir les enfants et à regarder de près leurs jambes. On aperçoit alors des taches rouges, arrondies, faisant relief, qui attirent vivement l'attention. Ces taches rouges surélevées, ou *nodosités*, ont un volume variable; les unes sont grosses comme des noix, les autres comme des noisettes; les plus volumineuses simulent des moitiés de noix enchâssées dans la peau. Elles sont arrondies ou ovalaires, à contours indécis, se fondant insensiblement avec les parties saines du voisinage. Quelquefois leur relief est peu accusé à la vue, il ne devient bien net qu'au toucher; les doigts sentent alors une masse indurée qui s'enfonce profondément dans les parties molles. Mais si le relief n'est pas visible, la couleur l'est nettement. On voit des taches rouges, violacées, de nuances variées suivant les points que l'on considère. Ici on a des taches d'un rouge vif, là on note des taches violacées, plus loin ce sont des plaques ecchymotiques. Cette coexistence de taches différemment colorées témoigne de la marche en plusieurs temps de l'éruption. En effet, les nodosités érythémateuses sont d'abord discrètes; on en compte 2 ou 3 sur chaque membre, notamment à la face antéro-interne du tibia; puis d'autres éléments viennent s'ajouter aux premiers sortis; il y a ainsi plusieurs poussées marquées chacune par une recrudescence de fièvre et de douleurs.

Les douleurs spontanées sont inconstantes ou faibles; l'enfant accuse bien du brisement, de la faiblesse dans les membres, il a parfois des arthralgies modérées; mais, en général, la douleur est faible et négligeable. Par contre, si l'on vient à palper les nodosités récentes, on les trouve sensibles à la pression et même au contact; puis, à mesure que la nodosité vieillit, elle devient plus tolérante et la pression est supportée.

Parfois l'érythème noueux est limité aux jambes qu'il affecte symétriquement dans la généralité des cas. Quand il s'étend à d'autres parties du corps, c'est toujours aux membres inférieurs qu'il présente ses éléments les plus gros et les plus saillants. On a pensé que la déclivité en était seule la cause, et que l'érythème, nettement *noueux* aux jambes, pouvait se montrer seulement *papuleux* aux membres supérieurs. Or, dans 10 cas d'érythème noueux étendu aux quatre membres, j'ai remarqué des nodosités très appré-

ciables aux bras et aux avant-bras. Je ne crois donc pas à l'influence exclusive de la déclivité et du poids du corps; les variations de structure de la peau peuvent expliquer les diversités éruptives constatées.

Des jambes où il débute et où il se cantonne parfois, l'érythème nouveau peut s'étendre aux cuisses, aux fesses, aux bras, aux avant-bras. En général, il respecte le tronc; mais cette règle comporte des exceptions. Chez un jeune enfant de moins de 2 ans, j'ai vu de larges nodosités dans le dos et la région lombaire.

Chaque élément ne dure que quelques jours; puis il change de couleur et, à mesure qu'il s'affaïsse et s'étale, il passe par toutes les couleurs des ecchymoses; l'enfant présente bientôt des taches violettes, vertes, jaunes, analogues à des marques de contusion; il semble qu'il ait été battu; d'où le nom de *dermatite contusiforme* donné à la maladie.

La dureté des premiers jours a fait place à une mollesse notable, et bientôt la peau a repris partout sa souplesse naturelle. Quel que soit le volume des nodosités, quelle que soit leur coloration, elles se terminent toujours par la résolution et ne suppurent jamais.

Il est rare que la période éruptive de la maladie dure plus de 15 jours ou 3 semaines; elle est quelquefois plus courte. Cependant on a cité des formes prolongées (2 mois, 3 mois).

En général, la maladie ne présente ni rechutes, ni récurrences; j'ai vu pourtant une fillette de 14 ans qui était prise d'érythème nouveau pour la seconde fois, à une année d'intervalle. Il peut y avoir des poussées successives (2 ou 3) séparées par des intervalles de 8 à 10 jours.

Complications. — Chez l'enfant, la maladie affecte des allures bénignes et le chapitre des complications est très court. Les douleurs articulaires sont modérées et fugaces, quand elles existent (6 fois sur 67 cas), et je n'ai jamais noté de véritable *arthrite* en rapport avec l'érythème nouveau. J'en dirai autant des complications du côté du *cœur*, de l'*endocarde*, du *péricarde*, qui ont été relevées chez l'adulte par différents auteurs. Les *pleurésies*, les *néphrites*, les *manifestations broncho-pulmonaires* ont été tout à fait exceptionnelles. Je n'ai vu qu'un cas d'albuminurie notable ayant précédé l'éruption et lui ayant survécu, chez une fille de 5 ans et demi.

Je dois signaler seulement un état de faiblesse et d'*anémie* qui succède à l'érythème nouveau et rend la convalescence souvent plus pénible que la maladie elle-même. Malgré la bénignité des symptômes locaux, on sent que les enfants ont été profondément atteints et que l'état général a participé au processus morbide. Cependant on triomphe assez facilement de l'anémie consécutive à l'érythème nouveau et la guérison a été obtenue dans tous les cas que j'ai observés.

J'ai vu l'érythème nouveau suivi, à bref délai, de méningite tuberculeuse dans 2 cas.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'érythème nouveau est ordinairement très facile; toutefois la maladie est assez souvent méconnue chez les enfants, à cause de sa bénignité et de la faible réaction qu'elle détermine. On conduit un enfant qui a un peu de fièvre, un peu d'embarras gastrique; si l'on ne

songe pas à regarder les jambes nues, on méconnaît forcément une maladie que l'objectivité seule peut dénoncer.

Il y a donc des cas qui passent inaperçus, et plus tard, après la période aiguë, à la phase ecchymotique, si l'on découvre ces traces suspectes, dont le début a échappé, on est porté à penser que l'enfant a été roué de coups et l'on va chez le commissaire de police. Le médecin-expert appelé à donner son avis devra bien connaître la marche et l'évolution de l'érythème nouveau, pour arrêter le bras de la justice suspendu sur la tête d'un innocent.

Si nous quittons le terrain ardu de la médecine légale, nous voyons que l'érythème nouveau doit être distingué des gommescrofulo-tuberculeuses ou syphilitiques, des abcès sous-cutanés multiples, des nodosités éphémères, rhumatismales, de l'urticaire géante, etc.

Les gommescrofulo-tuberculeuses, les gommescyphilitiques, les abcès sous-cutanés se présentent d'abord sous l'apparence de nodosités dures, arrondies, sans érythème; puis ces nodosités se ramollissent et aboutissent à la suppuration. A la phase d'induration comme à la phase de ramollissement, elles ne sont pas douloureuses. De plus, elles ont une évolution lente, et les commémoratifs permettent de les reconnaître.

Les nodosités éphémères rhumatismales sont en nombre très discret; elles ne s'accompagnent pas de rougeur et ne se terminent pas par la dégradation ecchymotique des nodosités érythémateuses. Elles n'ont pas le même siège, elles occupent parfois la face, le visage, le front. Elles se voient surtout chez les adultes.

L'urticaire géante est prurigineuse, très éphémère; elle n'a que de grossières analogies avec l'érythème nouveau. Quant à l'érythème palustre de Boigesco et Moncorvo, il semble devoir être considéré comme un érythème nouveau secondaire ne différant pas objectivement de l'érythème primitif.

Traitement. — Le traitement de l'érythème nouveau est très simple. En premier lieu, pour hâter la résolution des nodosités, il faut prescrire le repos au lit; pour calmer les douleurs locales, on fera des onctions avec le baume tranquille ou un liniment chloroformé et on enveloppera les jambes d'ouate. En second lieu l'enfant sera mis à la diète (lait, tisanes, bouillon). Pour combattre l'état saburral et la constipation, on donnera un purgatif (huile de ricin, citrate de magnésie, sulfate de soude, etc.). En cas de fièvre vive, on aura recours à la quinine en lavement ou en suppositoire (25 à 50 centigrammes de bichlorhydrate), ou bien on donnera les mêmes doses par la bouche, d'*euquinine*, d'*aristochine* (carbonate de quinine) qui sont insipides. L'action résolutive de l'*iodure de potassium* a été utilisée dans quelques cas; on pourra en donner 40 centigrammes par jour et par année d'âge pendant une huitaine de jours.

Le *salicylate de soude* ne me paraît nullement indiqué, car le rhumatisme n'est pas en cause. Tout au plus, pourrait-on le donner s'il y avait de vives douleurs articulaires.

S'il persiste, après la guérison, un peu d'anémie, on recommandera le sirop d'iodure de fer, l'huile de foie de morue, les bains salés ou sulfureux, le changement d'air, le séjour à la campagne ou aux bords de la mer.

II

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

L'érythème *polymorphe* ou *multiforme* est une maladie infectieuse, très voisine de l'érythème noueux, avec lequel je ne crois pas devoir la confondre, qui se caractérise par des éléments éruptifs variés à base d'érythème : érythème simple, érythème papuleux ou noueux, érythème vésiculeux et bulleux, hydroa, etc. Il résulte des travaux des auteurs qui ont le mieux étudié cette maladie (Hebra, Kaposi, E. Besnier, etc.), que l'érythème multiforme est une maladie infectieuse, dont le microbe est à trouver.

Étiologie. — L'érythème polymorphe est plus rare chez les enfants que l'érythème noueux. Il peut s'observer à tous les âges, mais il est plus fréquent dans la seconde enfance que dans la première. On a invoqué l'influence des *saisons*, on a parlé d'*épidémies*, mais rien de certain à ce sujet n'a pu être établi. La cause occasionnelle peut être : un *refroidissement*, l'ingestion d'*aliments avariés* ou *toxiques*, de certains *médicaments*, etc. Tout cela peut aboutir à une infection, à une intoxication, endogène ou exogène. Dans cette question obscure et complexe des érythèmes multiformes, les troubles digestifs jouent un rôle de premier ordre. C'est souvent chez les enfants à estomac délabré (dilatation, atonie, dyspepsie de date ancienne) que survient l'érythème polymorphe, et alors on est autorisé à invoquer une *auto-intoxication*. Mais parfois on ne trouve aucune cause incriminable, et c'est dans ces cas que l'origine microbienne est vraisemblable.

On a voulu rattacher l'érythème polymorphe au rhumatisme articulaire aigu ; mais il n'y a pas de relation pathogénique entre les deux maladies, pas plus qu'il n'y en a entre le rhumatisme et l'érythème noueux. Les arthropathies qui peuvent compliquer les éruptions ne sont que des manifestations pseudo-rhumatismales. Ce qui a pu entretenir la confusion, c'est la présence, dans le cours de certains rhumatismes légitimes, d'éruptions diverses : miliaire rouge ou blanche, papules, nodosités, plaques rouges, œdèmes, etc. En général, l'érythème multiforme évolue sans complication articulaire.

Symptômes. — Avant la phase éruptive de la maladie, il n'est pas rare de rencontrer des troubles de la santé générale, du malaise, de la céphalalgie, de la fièvre, de l'embarras gastrique. Tantôt ces symptômes sont assez accusés pour arrêter le malade, tantôt ils passent inaperçus tant ils sont faibles et l'éruption marque le début de l'affection. Cette éruption est généralement symétrique et occupe les mains, les pieds, la face, le cou. On ne la voit pas affecter les jambes, comme l'érythème noueux, elle les respecte le plus souvent. On voit des taches disséminées, les unes petites, lenticulaires, roséoliques, les autres larges, arrondies, étalées, comme l'urticaire à grands éléments. Au dos des mains et des poignets, on voit bien ces larges plaques rouges, violacées, à bords nettement dessinés et surélevés, à centre parfois déprimé. Au toucher, ces éléments donnent la sensation veloutée. Ils grandissent peu à peu et forment des cercles plus ou moins étendus. La main peut en être complètement couverte et elle apparaît alors violacée,

cyanosée et froide. La rougeur s'efface à la pression. Il y a souvent une tendance œdémateuse très accusée (bouffissure de la face, gonflement des paupières, du prépuce, etc.).

Le polymorphisme de l'éruption s'accuse de très bonne heure ; il y a la plus grande inégalité dans les dimensions, dans la forme, dans la couleur des éléments. Les uns sont petits et arrondis, les autres grands, circulaires, ovalaires ou irréguliers ; les uns sont d'un rouge vif, les autres violacés, quelques-uns ecchymotiques. A côté d'éléments papuleux, saillants et limités, on trouve de simples taches ou des plaques œdémateuses. Ailleurs ce sont des vésicules ou des bulles dont quelques-unes peuvent être hémorragiques : érythème simple, érythème papuleux, érythème marginé, érythème vésiculeux ou bulleux, etc. ; tout s'observe dans l'érythème polymorphe. On dit qu'il y a *hydroa* lorsque la plaque érythémateuse est centrée par une vésicule ou par une bulle ; le cas n'est pas rare. A côté des éléments érythémateux purs, des érythèmes vésiculeux ou bulleux, on peut trouver des vésicules ou des bulles aberrantes en dehors des surfaces érythémateuses.

Dans quelques cas, l'éruption atteint les muqueuses, la face interne des lèvres, la bouche, le pharynx, etc.

Après 8, 10, 15 jours, la maladie entre en décroissance, les éléments pâlisent, quelques-uns laissent des taches ecchymotiques, d'autres une desquamation, d'autres enfin une pigmentation plus ou moins durable. Chez l'enfant, la guérison est prompte et les complications sont très rares. La durée varie d'ailleurs suivant les cas. S'il n'y a qu'une poussée éruptive, le malade en sera débarrassé en quinze jours. S'il y a deux ou plusieurs poussées, la maladie pourra durer un mois, six semaines ou deux mois.

Dans tous les cas le pronostic est favorable et je ne sache pas que l'érythème polymorphe se soit jamais terminé par la mort chez l'enfant. Cependant, même dans les cas les plus bénins en apparence, on devra penser à la possibilité de complications viscérales ; on examinera les urines, le cœur, les poumons ; car la néphrite, l'endocardite, la pleurésie, la broncho-pneumonie, etc., ont été mentionnées dans quelques observations.

Diagnostic. — Le diagnostic repose à la fois sur la forme des éléments et sur leur localisation. Au lieu des nodosités dures, volumineuses, qu'on rencontre dans l'érythème noueux, nous avons ici des taches, des papules ou des vésicules. Au lieu d'une localisation étroite, limitée aux jambes, nous avons une répartition toute différente et même opposée. Dans l'érythème noueux, ce sont les parties couvertes des membres qui sont le siège de l'éruption ; dans l'érythème polymorphe ce sont les parties habituellement découvertes qui sont prises dès le début : face, pourtour des yeux, cou, dos des mains, poignets, etc. Voilà des éléments de diagnostic, sans parler de la forme, de la couleur, de la qualité des éruptions : cercles violacés, érythème marginé, hydroa, bulles, vésicules, etc.

Dans quelques cas, on pourrait songer à la syphilis, maladie protéiforme, qui peut simuler toutes les dermatoses et en reproduire les principaux types. Mais le début, la marche, l'évolution, la terminaison des éruptions lèveront tous les doutes. Ailleurs on songera aux engelures, à la maladie de Raynaud,

quand la localisation aux pieds et aux mains sera prédominante ou exclusive. Un peu d'attention suffira à écarter ces causes d'erreur.

L'urticaire se distinguera par la durée éphémère de ses éléments, par leur prurigiosité, par leur distribution irrégulière, asymétrique.

Les fièvres éruptives, la rougeole, la scarlatine, ne sont pas polymorphes et s'accompagnent de fièvre, d'érythème, etc. La *rubéole* est parfois polymorphe, mais son éruption est plus étendue, plus diffuse.

Sous le nom de *Megalerythema epidemicum*, ou *Erythema infectiosum*, Plachte (*Berl. Klin. Woch.*, 29 fév. 1904) a décrit une petite épidémie qui a atteint plusieurs enfants dans la même famille. Cet érythème, entrevu à Graz par Escherich, a été rapporté par lui à une variété de rubéole. Plus tard, Sticker (1895) en a rencontré 45 cas aux environs de Giessen. Cette éruption est plus limitée que celle de l'érythème polymorphe (face, membres, tronc); elle a un caractère épidémique. Ses taches sont circulaires, non polymorphes. Leur durée est plus courte que celle de l'érythème polymorphe (9 jours au lieu de 2 à 6 semaines). Le pronostic est bénin.

Traitement. — L'enfant atteint d'érythème polymorphe sera condamné au repos et à la diète lactée. On supprimera le vin et les boissons fermentées en général, les mets épicés. On donnera un purgatif et des antiseptiques intestinaux (calomel ou benzo-naphtol). Localement, on se contentera de poudrer les surfaces malades : le pansement sec est préférable aux pomades et aux lotions qui, en macérant l'épiderme déjà très menacé, pourraient déterminer la formation de plaies et d'ulcérations.

III

ÉRYTHÈME INDURÉ DES JEUNES FILLES

C'est à Bazin qu'on doit la première description de l'*érythème induré* des jeunes filles, érythème qu'il avait considéré comme une scrofulide. Cette affection est constituée par la présence au niveau des mollets de plaques dures et épaisses, avec érythème à leur surface.

Étiologie. — La maladie survient exclusivement dans le sexe féminin, chez les filles déjà grandes, pubères ou sur le point de l'être, soumises déjà à une profession ou à un apprentissage pénibles. C'est ainsi que l'érythème induré s'observe chez les jeunes blanchisseuses ou repasseuses obligées de fournir un travail debout prolongé pour un maigre salaire. Thibierge a incriminé les professions de téléphonistes et de demoiselles de magasin.

La profession n'est pas seule en cause; on a remarqué que les fillettes atteintes d'érythème induré étaient pour la plupart des lymphatiques ou des scrofuleuses, c'est-à-dire des sujets à chairs molles et flasques, à circulation mal assurée, à lymphatiques dilatés, à ganglions engorgés et volumineux.

Symptômes. — La maladie est essentiellement lente dans sa marche, torpide dans ses allures, indolente et insidieuse dans son évolution clinique. On voit, au niveau d'un mollet ou des deux mollets, une ou plusieurs taches rouges qui ne présentent ni la chaleur au contact, ni la douleur à la pression,

de l'érythème nouveau. Quand on palpe ces taches, on constate immédiatement au-dessous d'elles la présence de masses épaisses et dures, de nodosités un peu diffuses qui s'enfoncent vers l'hypoderme. On a la sensation de lard congelé (Thibierge), de plastron épais, à limites indécises.

Ces plaques sont plus ou moins larges; elles occupent quelquefois toute la largeur du mollet, mais elles n'empiètent pas sur les parties latérales ni sur la face antérieure de la jambe. Leur localisation est étroite et invariable. Cependant Thibierge a vu un cas où les plaques atteignaient les cuisses.

Une fois constituées, les lésions évoluent lentement, sans marquer de tendance à la résolution spontanée. Cependant elles peuvent se dissoudre et disparaître complètement à la longue. Mais elles sont sujettes à retours, à récurrences, et leur durée peut alors dépasser un an, deux ans, plusieurs années. Elles persistent tout autant que la jeune fille garde la profession qui a causé le mal. Quand l'érythème induré guérit, il laisse à sa place une dépression dermique, non cicatricielle, qui paraît due à la résorption du tissu cellulaire. Quelquefois il y a suppuration, ouverture au dehors, et formation cicatricielle. Quoi qu'il en soit, la maladie n'a rien de grave par elle-même; elle est purement locale et guérit bien par la suppression des causes qui l'ont engendrée. Mais elle est grave en ce sens qu'elle révèle un tempérament lymphatique très accusé.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile, quand on considère le sexe, l'âge, la profession des sujets atteints, les caractères objectifs de la lésion.

L'*érythème nouveau* est une maladie aiguë à éléments multiples siégeant surtout à la face antérieure des jambes.

Les *nodosités éphémères* rhumatismales n'ont ni le même siège, ni la même forme, ni la même durée que l'érythème induré.

Les nodosités érythémateuses *pathogénétiques* (iodure de potassium) ne se localisent pas exclusivement aux membres inférieurs, elles sont dispersées sans ordre sur tout le corps.

Par contre les *gommés syphilitiques* ou *scrofulo-tuberculeuses* un peu étendues, quand elles occupent les mollets, peuvent très bien donner le change. Il est vrai qu'elles ne sont pas érythémateuses, et qu'après une phase d'induration relativement courte, elles se ramollissent et deviennent fluctuantes. Mais, au premier examen, on peut s'y tromper. Si l'érythème induré se terminait par suppuration et par ulcération, la plaie qu'on aurait alors sous les yeux ressemblerait singulièrement à une gomme syphilitique.

Dans un cas que j'ai observé, l'érythème induré du mollet a abouti à la suppuration et n'était qu'une *gomme tuberculeuse diffuse*.

Traitement. — Les sujets étant scrofuleux ou lymphatiques, on leur donnera les reconstituants habituels : huile de foie de morue, sirop iodotannique, iodure de potassium. Avec ce traitement on prescrira le repos. La station debout prolongée a provoqué la maladie, il faut interdire la station debout, et faire changer de profession, si cela est possible.

Localement, on essaiera l'emplâtre de Vigo, le massage, etc. Thibierge va plus loin; il conseille de cautériser profondément toutes les plaques avec une pointe de galvano-cautère enfoncée à plusieurs reprises dans chacune d'elles.