

voya à Nice; les épistaxis ne se reproduisirent pas tant qu'il y séjourna; elles reparurent dès son retour à Paris.

On a conseillé encore les boissons acidules, les limonades tartriques, citriques, sulfuriques, à cause de leur vertu hémostatique; les bains de pied sinapisés sont à recommander au même titre; ils sont de nature à combattre et à prévenir les fluxions congestives de la tête qui précèdent souvent les épistaxis. Les purgatifs agissent par le même mécanisme, et surtout l sulfate de soude, dont on devra faire un fréquent usage, comme préservatif et comme curatif. J.-L. Reverdin (*Soc. méd. de Genève*, juillet 1895), a traité avec succès les hémorragies par le sulfate de soude à petites doses répétées (10 centigr. toutes les 2 heures) et Ed. Martin a obtenu l'arrêt d'une épistaxis rebelle, chez un hémophilique, par ce procédé. On a conseillé les toniques cardiaques et vasculaires, la digitale, la quinine, la caféine.

Contre une épistaxis rebelle ou une autre hémorragie muqueuse, dont la source est accessible, on se trouvera quelquefois bien de l'action locale de l'antipyrine en poudre fine insufflée ou portée directement sur le siège de l'hémorragie. Le chlorhydrate de cocaïne en solution forte (1/10, 1/5) a une action constrictive des petits vaisseaux qui sera souvent utilisée avec avantage. A ces hémostatiques locaux, on peut ajouter le perchlorure de fer, employé en pulvérisations, en badigeonnages, en tampons imbibés de la solution normale, ou l'eau oxygénée. Le tamponnement méthodique sera parfois le seul remède à opposer aux épistaxis incoercibles et aux métrorragies abondantes. On n'oubliera pas les autres agents éprouvés dans les hémorragies internes, le tanin, l'acétate de plomb, et surtout l'ergot de seigle ou l'*ergotine*, qu'on pourra employer en potion ou en injections sous-cutanées à la dose de 1 à plusieurs grammes par jour.

Le D^r Cécéy, ayant prescrit l'acétate de plomb à la dose de 15 centigrammes, est parvenu à arrêter une hémorragie qui durait depuis 6 jours. E. Rochard cite le D^r Abt (d'Esbach) qui aurait sauvé trois hémophiles par l'essence de térébenthine. Trois sujets (9 ans, 19 ans, 25 ans) étaient en état de mort apparente, par suite d'hémorragies répétées. On leur administra 20 gouttes d'essence de térébenthine toutes les 2 heures, les hémorragies cessèrent. Enfin, quand on est en présence d'hémorragies externes limitées, la compression locale est très efficace.

La transfusion du sang a été employée avec succès par Samuel Lane chez un enfant qui était sur le point de mourir d'hémorragie conjonctivale, à la suite de strabotomie. A défaut de transfusion sanguine, on fera les injections intra-veineuses de sérum artificiel (eau salée chaude à 5 ou 10 pour 1000), ou les injections sous-cutanées de sérum gélatineux à 2 pour 100. On peut enfin prescrire des applications locales de tampons imbibés de matière gélatineuse à 5 pour 100, et des potions avec 1 ou 2 grammes par jour de chlorure de calcium. On pourrait aussi faire ingérer de la gélatine, des gelées de viande, etc. La gélatine du commerce contient malheureusement parfois les germes du tétanos. Le chlorhydrate d'adrénaline en solution à 1 pour 1000 est un des hémostatiques les plus puissants que l'on connaisse. On peut l'employer topiquement ou à l'intérieur.

V

PURPURAS

PAR H. BARBIER

Médecin de l'Hôpital Hérold (Enfants-Malades).

On doit à Werlhoff et à Wichmann d'avoir, à la fin du xviii^e siècle, séparé ce que nous appelons aujourd'hui le *purpura* des autres maladies hémorragiques et en particulier du scorbut. Ces auteurs nous laissent ainsi la description d'une maladie nouvelle, fréquente surtout dans l'adolescence et dans la seconde enfance. Depuis lors, le type est resté; d'autres observateurs dont nous aurons à citer les noms se sont efforcés d'y distinguer de nouvelles modalités cliniques, dont l'une porte le nom de maladie de Werlhoff.

Le respect de la tradition et la valeur des travaux qui ont été consacrés au purpura dans ces dernières années, depuis Guelliot, Henoch, Faisans, Mathieu, Gomot, etc., jusqu'à la thèse la plus récente d'Apert, doivent-ils nous engager à conserver cette conception; en d'autres termes le purpura est-il une maladie? c'est-à-dire une affection spécifique, ayant son germe déterminé, demain peut-être sa sérothérapie, comme la diphtérie; ou bien le purpura, simple forme des hémorragies infectieuses ou toxiques, n'est-il qu'un syndrome commun à de nombreux états morbides? C'est vers cette dernière conception que penche aujourd'hui la majorité des observateurs, et le purpura n'est plus qu'une modalité éruptive, une sorte d'érythème infectieux ou toxique hémorragique, accompagnant un certain nombre d'états morbides dont nous ignorons encore la pathogénie.

« Le purpura ne représente pas une maladie, il ne sert qu'à désigner une lésion élémentaire de la peau : la tache purpurique. Comme l'albuminurie par exemple, c'est un symptôme commun à des affections très diverses, c'est le fait d'une maladie générale interne, qui affecte une modalité éruptive, de même que la pustule variolique n'est que la manifestation d'une maladie *totius substantiæ*, la variole. Dire d'un malade qu'il a du purpura, ce n'est énoncer qu'une particularité morbide, ce n'est que porter un diagnostic fragmenté, ne considérer le mal que partiellement et dans ses éléments les plus faciles et les moins importants. » J'ai tenu à reproduire intégralement cette phrase de L. Perrin (de Marseille)⁽¹⁾ parce qu'elle me paraît exposer dans des termes excellents ce qu'il faut penser de la question : il n'y a donc pas un *purpura*, mais *autant de purpuras* qu'il y a de causes capables de le produire. C'est dans ce sens que cet article est écrit, et nous décrirons non pas le *purpura*, mais les *purpuras*.

Par suite d'une classification, arbitraire sans doute, mais acceptée, on n'a pas l'habitude d'étudier, sous le nom de purpura, les hémorragies qui

(¹) L. PERRIN. *Les purpuras de l'enfance*.

accompagnent les fièvres éruptives, qui sont décrites sous le nom de formes hémorragiques. Nous n'aurons donc pas à en parler ici. Beaucoup plus contestable est certainement l'exclusion du cadre du syndrome qui nous occupe, des éruptions hémorragiques, affectant la forme du purpura, qui peuvent accompagner les différents érythèmes infectieux ou toxiques, ou se montrer conjointement à des dermatoses encore classées, elles aussi, comme des maladies à part, telles que le prurigo, l'érythème polymorphe, les éruptions diverses bulleuses, vésiculeuses ou pustuleuses et enfin l'urticaire. Nous sommes plus à l'aise pour étiqueter purpuras, de semblables efflorescences, si, comme nous l'avons dit, le purpura n'est plus qu'une forme de lésion cutanée, et non une maladie. En fait, quand ces éruptions hémorragiques existent, elles sont bien du purpura, dont les éléments anatomiques se superposent ou s'ajoutent à d'autres éléments éruptifs dépendant, eux aussi, d'une cause toxique ou infectieuse.

Cependant il est important dès maintenant de faire une distinction que nous conserverons par la suite : c'est celle des *purpuras primitifs* et des *purpuras secondaires*. Il est en effet des cas où le purpura se manifeste vraiment comme une maladie isolée, en ce sens que l'éruption n'est accompagnée d'aucun autre symptôme qui puisse faire penser avec quelque présomption, que ce purpura évolue en même temps qu'une autre maladie bien classée dans le cadre nosographique. A ces cas convient parfaitement le nom générique et vague de *purpuras primitifs infectieux ou toxiques*. La pathogénie de la presque totalité de ces purpuras est encore bien incomplète, mais nous en connaissons cependant un certain nombre qui peuvent servir de type, en ce sens que l'évolution purpurique est liée étroitement à l'existence d'une intoxication accidentelle. Lorsqu'un malade soumis à l'iodure de potassium présente une éruption purpurique, il offre évidemment un type de *purpura primitif toxique*, dont la nature est bien connue depuis les travaux de M. Fournier. Malheureusement les exemples aussi précis ne sont pas nombreux, et la plupart des purpuras, dits primitifs, ne portent encore cette étiquette que parce qu'on ignore leur pathogénie exacte ; ils ne sont dits primitifs que parce qu'ils se montrent sans être accompagnés d'aucune maladie classée ; ils rentrent ainsi, par une pétition de principe, fréquente en médecine, dans la définition que nous en donnions plus haut. Par contre, qu'un sujet soit intoxiqué par les champignons et présente du purpura, voilà un autre exemple aussi net de purpura primitif toxique. Il faut donc envisager deux sortes de PURPURAS PRIMITIFS :

1° Les *purpuras primitifs toxiques*, médicamenteux ou alimentaires, dont la pathogénie est simple, et qui se montrent comme un symptôme d'empoisonnement, associé à d'autres symptômes ;

2° Les *purpuras primitifs toxi-infectieux* qui sont liés à des états infectieux ou toxi-infectieux encore mal déterminés, mais non classés parmi les maladies ayant une personnalité nosologique. Ainsi se trouve, je ne me le dissimule pas, constitué un groupement hétérogène qui comprend les modalités cliniques les plus variées, et qui se disloquera peu à peu sous les efforts de la bactériologie et de l'analyse chimique. Dans ce groupe

doivent rentrer en bloc les différentes formes de purpuras cliniquement différenciés jusqu'ici par les auteurs, c'est-à-dire :

1° Le purpura infectieux primitif (division basée sur la pathogénie, pathogénie encore imprécise) ;

2° Le purpura rhumatoïde (division basée sur un symptôme et un symptôme inconstant, les douleurs rhumatoïdes et qui est également toxi-infectieux) ;

3° La maladie de Werlhoff (division basée sur des caractères cliniques vagues et mal limités, et sur une pathogénie inconnue). Si l'on tient à conserver le nom de Werlhoff, il est préférable, à l'exemple de d'Espine et Picot, de donner en bloc aux purpuras le nom de maladie de Werlhoff ;

4° Le purpura *fulminans* d'Henoch, pure modalité clinique, dont les causes nous échappent totalement.

Les *purpuras secondaires* ont une physionomie peut-être plus précise à l'heure actuelle, surtout en tant que symptômes ayant une valeur pronostique particulièrement grave parfois dans les maladies où ils se montrent. Je pense qu'on peut ranger ici, malgré ce que j'ai dit plus haut, les purpuras qui peuvent se montrer dans les fièvres éruptives, et qui sont indépendants de l'éruption ; en ce sens que l'éruption purpurique se superpose à l'éruption primitive et n'est pas, celle-ci, devenue hémorragique ou, comme on dit encore, ecchymotique. Même remarque pour les érythèmes toxiques ou toxi-infectieux, sérothérapiques ou autres ; même remarque également pour les maladies ayant des manifestations cutanées au nombre de leurs symptômes.

Ces purpuras secondaires ainsi compris gardent donc une individualité assez définie, quelque idée qu'on se fasse de leur pathogénie : infection secondaire ou accident imputable à la maladie même, dépendant d'une qualité particulière de son germe ou d'une spécialité de terrain. Cliniquement ils se montrent comme un symptôme anormal, ayant une valeur particulière, en ce sens qu'ils sont en général considérés comme un signe de mauvais augure indiquant une altération du sang ou des vaisseaux plus grande que celle qu'on observe généralement dans ces maladies.

Étiologie générale. Purpuras primitifs. — Les purpuras *toxiques* primitifs sont dus à l'ingestion de certaines substances qui, prises à l'excès ou sous des influences vaso-motrices ou autres que nous ne connaissons pas, déterminent une éruption de taches purpuriques, qui disparaissent avec la cause qui les a produites. Parmi ces substances, on peut citer un certain nombre de médicaments : l'iodure de potassium, l'antipyrine, le chloral, la quinine — on a accusé la quinine donnée contre la malaria dans les pays chauds, de produire l'hématurie ; l'arsenic, le phosphore, l'iodoforme, le mercure, les substances balsamiques (santal, copahu), etc.

Les toxines microbiennes ou leurs dérivés, les venins, les poisons produits par la putréfaction des matières animales, et spécialement contenus dans les aliments avariés, boîtes de conserve, etc., doivent être rangés dans un cadre voisin des précédents, ainsi que les sérums thérapeutiques.

L'étiologie des purpuras infectieux primitifs est très obscure. On sait

cependant qu'ils se développent de préférence dans l'adolescence et dans la seconde enfance, à la suite de marche prolongée, de fatigue, de station debout.

L'influence du *systeme nerveux*¹ sur leur apparition est certainement considérable : on connaît chez l'adulte des purpuras qui se développent à la suite des crises fulgurantes du tabes (Straus), par exemple, ou dans les névralgies faciales (Bouchard), ou dans le cours des névrites périphériques. Nous verrons plus loin également qu'on a signalé des purpuras exclusivement limités à un membre paralysé. Enfin rappelons l'expérience de Gley et A. Mathieu qui, chez le chien, ont provoqué par irritation du sciatique des hémorragies cutanées. Chez l'enfant, on peut voir succéder le purpura à une attaque d'épilepsie ou apparaître dans le cours de coqueluches graves.

L'influence du *terrain* est à peine ébauchée. Certains purpuras surviennent manifestement chez des *surmenés*. On tend cependant à faire jouer un rôle *aux altérations viscérales* provoquées par les infections, et en particulier aux dégénérescences *du foie et des reins*.

Purpuras secondaires. — Quant aux *purpuras toxi-infectieux secondaires*, on les voit se développer à la suite d'un grand nombre de maladies, au premier rang desquelles il faut placer, après les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la méningite cérébro-spinale, les pneumonies, les pleurésies, la grippe, l'érysipèle, l'endocardite maligne ulcéreuse, les angines, les gastro-entérites des nourrissons, la tuberculose, différentes infections de la peau, etc., certains états cachectiques, la leucocythémie en particulier.

Les purpuras qui se montrent après les attaques d'épilepsie ont une étiologie sans doute plus complexe. De même dans la coqueluche.

Description générale de l'éruption purpurique. — Le purpura est caractérisé par une lésion hémorragique de la peau. Il peut s'y joindre des hémorragies simultanées des muqueuses. On désigne par tradition, sous le nom de *purpura simplex*, les purpuras qui ne s'accompagnent pas d'hémorragie des muqueuses; sous le nom de *purpura hémorragique*, les purpuras qui s'accompagnent d'hémorragie des muqueuses. Mais il n'y a pas lieu d'attacher à cette division une valeur plus grande qu'elle n'en mérite.

Certains purpuras graves peuvent ne pas s'accompagner d'hémorragies des muqueuses.

Les *lésions élémentaires* du purpura sont constituées par des *taches* plus ou moins arrondies et limitées, ou par des extravasations cutanées plus ou moins étendues, constituant de véritables *ecchymoses*.

Le volume des *taches* varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une lentille, en général. Elles sont arrondies, séparées les unes des autres par la peau qui les entoure, et leur couleur varie du rouge vif au bleu ou au noir, selon leur âge; car il est habituel que ces poussées éruptives ne se fassent pas en même temps, de telle façon que sur un même malade on peut observer des taches à plusieurs époques de leur évolution.

Constituées par un épanchement de sang, ces taches ne disparaissent pas sous le doigt. Elles siègent soit au niveau des orifices pilosébacés où elles

(¹) FAISANS. *Purpura myétopathique*.

s'accompagnent parfois d'une légère saillie d'apparence vésiculeuse, c'est la forme *pétéchiale*; ou bien elles siègent sur la peau entre les glandes avec leur forme habituelle sans saillie. Les ecchymoses ne sont pas constantes, elles se mélangent ou non aux taches purpuriques; lorsqu'elles prennent l'aspect de vergetures on les nomme encore : *vibices*.

Le siège le plus fréquent de ces lésions est aux membres inférieurs, principalement au pourtour des malléoles et aux genoux : c'est là que la station debout ou la marche les fait réapparaître de préférence. Dans ce cas, l'éruption affecte souvent une symétrie remarquable, qu'on ne retrouve pas d'ailleurs sur le reste du corps, quand l'éruption s'y montre.

L'éruption purpurique est rarement unique. La première poussée est en général suivie d'autres du même genre, dont les éléments plus jeunes se mélangent aux premiers. Comme l'aspect et la couleur des taches du purpura varient rapidement en raison des modifications que subit le sang qui les constitue, il en résulte que souvent l'éruption purpurique est un mélange facilement reconnaissable de taches rouge vif, récentes, et de taches brunes, ou noirâtres ou à demi-effacées déjà, qui caractérisent la ou les poussées anciennes.

L'éruption cutanée, avons-nous vu déjà, peut s'accompagner d'hémorragie au niveau des différentes muqueuses de l'organisme (Purpura hémorragique). Il n'y a pas lieu, comme nous l'avons vu, d'en faire une forme spéciale. *L'épistaxis* est l'hémorragie qu'on observe le plus souvent; elle est parfois fort abondante. Après, en tant que fréquence, viennent les hémorragies de la bouche, de l'intestin, de l'estomac. Exceptionnellement on note des hémoptysies, plus souvent des hémorragies rénales, avec hématurie.

On a observé également des hémorragies viscérales dans le foie, dans la rate, le poumon, le cerveau, dans la moelle en particulier avec le syndrome de l'hématomyélie, et des hémorragies dans les séreuses : plèvres, péricarde, méninges, péritoine, séreuses articulaires.

Les ecchymoses qui accompagnent les éruptions purpuriques sont parfois absentes ou peu étendues. Mais dans d'autres circonstances elles peuvent être ou très nombreuses, ou très étendues.

Ainsi, dans le *purpura fulminans* décrit par Henoeh, un membre tout entier peut être envahi par une ecchymose géante. Mais ce ne sont là, il faut le dire, que des faits exceptionnels.

C'est dans ces cas surtout qu'on observe, en même temps que le purpura, des lésions associées de la peau qui sont comme la marque de la nature toxi-infectieuse de la maladie. Ce sont des *érythèmes* d'aspects divers accompagnés d'*œdème de la peau*. Quelquefois, surtout dans les formes géantes, le *tissu cellulaire est comme infiltré*. On notera également des *soulèvements épidermiques bulleux ou vésiculeux*, à contenu *séro-sanguinolent*, et qui peuvent être le point de départ de *gangrènes*. Ces gangrènes cutanées ne s'observent que dans les formes graves du purpura, et elles sont le plus souvent localisées; elles s'accompagnent également de *lymphangites* et d'*adénites*.

Histologiquement, la lésion cutanée, qu'elle soit tache ou ecchymose, est constituée (Cornil) par des hémorragies interstitielles dues à la sortie des globules rouges hors des vaisseaux, absolument comme se fait l'ecchymose consécutive à un traumatisme. Certains observateurs (Arragon, Cornil et Frémont, *Arch. de physiol.*, 1885) ont pu cependant décrire un purpura qui serait caractérisé non plus par une hémorragie interstitielle, mais par une ectasie énorme des vaisseaux du derme sans rupture de ceux-là, avec accumulation du sang à ce niveau, absolument comme dans une tumeur érectile. Ce purpura, dit *ectasique* ou *angiectasique*, a été opposé à l'autre forme, dit *extravasif*, et certains auteurs (Apert dans sa thèse) en ont même fait la lésion fondamentale de certains purpuras, dits à cette intention exanthématiques. Ces divisions sont peut-être bien un peu artificielles et théoriques; et les modifications que subit la tache purpurique en vieillissant sont bien celles du sang extravasé et sorti des vaisseaux.

Les lésions du sang ont été étudiées plus spécialement par Hayem¹ et Bensaude². Elles consistent dans ce fait que, si on recueille dans une éprouvette une quantité suffisante de sang, le caillot formé ne se rétracte pas et que le sérum ne transsude pas. De plus, on constate au microscope que le nombre des hémato blastses a beaucoup diminué. M. Hayem pense que cette lésion ne se voit pas seulement dans le purpura hémorragique, mais également dans le purpura simple³. La constatation de la non-rétractilité du caillot aurait de plus une valeur pronostique considérable quand elle persiste, en particulier dans le cours des purpuras trainants, récidivants, qu'on observe chez les personnes d'un certain âge⁴. Le phénomène dans ce cas serait un indice que le malade n'est pas guéri et se trouve toujours sous le coup de nouvelles poussées purpuriques.

A propos du nombre des hémato blastses, nous devons dire que d'autres observateurs prétendent au contraire qu'ils sont augmentés.

On a décrit des lésions vasculaires au niveau des taches, constituées par des *lésions inflammatoires ou dégénératives, avec ou sans thrombus, avec amas microbiens*. Ce sont, d'ailleurs, des lésions accidentelles et non constantes.

Pathogénie générale des purpuras. — La *pathogénie* des purpuras est encore bien obscure, malgré les travaux qui ont été faits sur ce point. On peut dire cependant que les purpuras, à lésion érectile ou hémorragique, sont sous la dépendance : 1° des influences nerveuses vaso-motrices; 2° des lésions vasculaires et sanguines déterminées par les infections ou les intoxications, ou les toxi-infections.

L'influence du système nerveux sur l'apparition du purpura se révèle de la façon la plus nette comme nous l'avons vu plus haut. L'influence de la *fragilité des vaisseaux* est également visible chez les malades où le purpura se développe à la suite de la station debout prolongée, d'une fatigue, d'une

⁽¹⁾ *Acad. des sc.*, 1896.

⁽²⁾ *Soc. méd. des hôp.*, 1897.

⁽³⁾ *Soc. des hôp.*, 1897. Réponse à la communication de M. Millard.

⁽⁴⁾ MILLARD, *Soc. méd. des hôp.*, 1897.

marche excessive; ou lorsqu'on voit des ecchymoses se produire par la simple pression de la peau, ou sous l'influence d'un traumatisme insignifiant.

Mais ce ne sont là que des causes *secondes*; les vraies causes occasionnelles, efficaces, sont les infections, soit directement par septicémie, soit indirectement par toxinhémie et altérations viscérales secondaires.

Sauf dans une forme de purpura que nous étudierons plus loin — le purpura infectieux primitif — et dans certains purpuras secondaires affectant l'allure infectieuse de ce purpura, on n'a pas pu isoler de microbes au niveau des taches de purpura. Et dans les cas où l'examen a été positif on a trouvé des microbes divers au premier rang desquels il faut placer le *streptocoque*¹, puis le *pneumocoque*; le *coli-bacille*, le *bacille pyocyanique* et la *bactérie charbonneuse*. Ceci nous prouve qu'il n'y a donc pas un microbe du purpura, mais que le purpura peut être provoqué par les microbes les plus divers et que ce n'est pas une maladie spécifique. On peut même dire que la constatation des microbes au niveau des taches purpuriques est un fait plutôt rare, et que dans la grande majorité des cas l'examen est négatif. On ne saurait donc considérer l'éruption purpurique comme la conséquence d'une embolie microbienne capillaire dont le mécanisme d'ailleurs ne s'expliquerait pas bien par la disposition anatomique des vaisseaux de la peau. Il n'en est plus de même lorsque la tache purpurique subit une évolution septique: suppuration ou gangrène. Dans ces cas, on a trouvé plus souvent, au niveau des lésions, des microbes capables d'expliquer celles-ci, mais c'est un autre point de vue de la question. Normalement, la tache purpurique, épanchement sanguin *fermé*, ne subit pas ces évolutions particulières, et, quand le fait arrive, on ne peut évidemment que songer à une pathogénie plus complexe, où l'infection joue son rôle habituel.

De telle façon qu'en résumé, le purpura serait plutôt une manifestation toxinhémique. L'influence réelle des substances toxiques est démontrée par l'existence des purpuras toxiques primitifs, puisque l'éruption est liée à l'absorption d'un médicament ou d'une substance toxique. Mais lorsque le purpura s'accompagne de phénomènes d'infection, qu'il survienne primitivement ou secondairement, peu importe, il faut bien songer à une action semblable sur le sang, sur les vaisseaux et sur le système nerveux, provoquée ou par la maladie originelle, ou par des infections secondaires (Hutinel et Sortais), ou à une toxinhémie elle-même secondaire, par altérations viscérales ou autrement.

On ne peut qu'être frappé, comme Apert le fait remarquer (thèse, page 54), de la rareté des purpuras dans les septicémies vulgaires et en particulier dans l'infection puerpérale. Par contre les manifestations hémorragiques ne sont pas une rareté, dans les diphtéries graves², surtout quand elles sont associées au streptocoque. Mais cette toxinhémie elle-même demande des conditions spéciales de *terrain* pour amener l'éruption purpurique, de telle façon que celle-ci n'apparaît parfois que comme un résultat

⁽¹⁾ Pour les détails de ces recherches, voir la Thèse d'Apert, page 19 en particulier.

⁽²⁾ J'ai étudié avec Tollemmer (*Soc. méd. des hôp.*, 1896) les ecchymoses et hémorragies viscérales de ces diphtéries graves sans y rencontrer de microbes.

éloigné de l'imprégnation toxique. On voit des purpuras ne survenir que 10 ou 15 jours après la cause présumée qui les a provoqués. Il y aurait donc dans certains cas une sorte d'*incubation* qui fait nécessairement penser à des *altérations préalables des humeurs ou des viscères*. Ceci laisse présumer que le mécanisme du purpura pourrait être plus complexe qu'on ne le suppose encore.

Parmi ces altérations viscérales préalables, on peut incriminer les lésions du *rein* (Sortais) et plus encore peut-être celles du *foie*. Ce serait sortir du cadre de cet article consacré à la pathologie des enfants que de passer en revue toutes les affections du foie où le purpura est fréquent. Mentionnons simplement ici la *dégénérescence aiguë du foie*, conséquence probable d'une phlébite de la veine ombilicale chez les nouveau-nés (maladie de Bühl) et dont le purpura avec hémorragies viscérales constitue le principal symptôme. Cette même maladie existe chez les jeunes animaux. Mentionnons également la syphilis héréditaire (syphilis hémorragique des nouveau-nés); ici le purpura est fréquent et ici également les lésions du foie ne le sont pas moins. Mais dans ces cas encore la lésion hépatique ne serait que prédisposante, c'est l'infection surajoutée, accidentelle, qui amènerait le purpura, autant qu'on peut tirer des conclusions des expériences d'Apert qui n'a pu provoquer des hémorragies expérimentales chez des cobayes intoxiqués par l'arsenic, poison stéatosant des cellules hépatiques, qu'en produisant des infections simultanées.

Cette origine toxihémique du purpura, qui a pour base l'action vasodilatatrice bien connue de la plupart des toxines microbiennes, tend à être de plus en plus admise aujourd'hui¹. Les faits expérimentaux malheureusement sont peu nombreux.

Claude² a pu provoquer, 7 fois sur 82 expériences, des hémorragies de la vésicule biliaire chez des animaux intoxiqués par des toxines diverses. Quant aux hémorragies cutanées, elles n'ont pu être provoquées que deux fois par Sanarelli³ chez le singe avec de la toxine typhique, par Charrin⁴ chez l'anguille avec de la toxine pyocyanique. On peut citer encore cependant les expériences de Babès⁵ qui a montré le rôle de certains microbes dans la production des inflammations hémorragiques des muqueuses et qui a pu attribuer à certains streptocoques le pouvoir de provoquer le syndrome purpurique.

Variétés symptomatiques et valeur sémiologique des purpuras. — **Purpuras primitifs.** — Les purpuras survenant primitivement, en dehors de toute maladie classée, peuvent être dus, avons-nous vu, à l'absorption accidentelle ou médicamenteuse d'une *substance toxique*. Dans ce cas les symptômes locaux du purpura sont ceux que nous avons décrits plus haut, et le purpura n'a de valeur qu'en vertu des symptômes d'empoisonnement simultanés qui l'accompagnent. La caractéristique est la cessation du pur-

⁽¹⁾ SORTAIS. *Thèse*, 1896. — CLAISSE. *Bull. méd.*, 1896.

⁽²⁾ *Bull. méd.*, 1896.

⁽³⁾ *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1894.

⁽⁴⁾ *Soc. biol.*, 1892.

⁽⁵⁾ Voir *Arch. de méd. expérim.* 1895.

pura, coïncidant avec la cessation du médicament. Nous ne pouvons entrer dans le détail de chaque espèce de purpuras de ce genre. Mentionnons, à titre d'exemple, les exanthèmes purpuriques, consécutifs à la sérothérapie diphthérique, rares d'ailleurs, et sans grande valeur sémiologique.

Si nous éliminons ces cas de purpuras *toxiques primitifs*, nous nous trouvons en présence des *purpuras primitifs d'origine toxi-infectieuse*. Ici, nous n'avons plus pour nous guider, ni pathogénie, ni étiologie certaine ou démontrée. Force donc est de garder encore les divisions admises aujourd'hui, et basées uniquement sur un ensemble symptomatique de phénomènes qui se présentent habituellement de la même façon¹ et évoluent chacun avec une gravité particulière à telle ou telle forme. Il y a là évidemment comme un indice d'une pathogénie particulière propre à chacune d'elles. Mais rien de plus. Ce sont : la maladie de Werlhoff; le purpura fulminans d'Henoch; le purpura rhumatoïde; le purpura infectieux primitif.

Maladie de Werlhoff. — La plupart des auteurs étrangers englobent sous ce nom encore tout le purpura. C'est dans ce sens que la dernière édition de d'Espine et Picot le comprend. Bucquoy et Lasègue ont au contraire rangé sous cette dénomination une forme particulière de purpuras dont les caractères *purement cliniques* sont les suivants :

Début brusque imprévu. Éruption purpurique formée de larges macules hémorragiques. Absence de fièvre. Absence de douleurs pseudo-rhumatismales. Pronostic bénin en général.

Des caractères de ce genre peuvent évidemment suffire au clinicien, du moins provisoirement.

La maladie survient sans *cause*, brusquement, en pleine santé, apparente du moins : dans quelques cas, on aurait observé ce syndrome dans la convalescence de la grippe². Elle se montrerait surtout chez les filles, de 5 à 6 ans et de 10 à 12 ans. Cependant Werlhoff en signala la présence chez une jeune fille adulte. Sa *pathogénie*, en dehors des connaissances générales que nous avons développées plus haut, est absolument inconnue. Au point de vue *clinique*, la maladie de Werlhoff est un *purpura hémorragique avec ecchymoses toujours très larges et parfois très étendues*.

Le début se fait par des épistaxis, quelquefois le sang est fétide (Werlhoff). Puis d'autres muqueuses sont le siège d'hémorragies : la bouche en particulier, mais, comme l'a fait remarquer Lasègue, ce ne sont pas les gencives qui saignent, elles sont saines. L'hémorragie provient de la muqueuse des joues et de celle du voile du palais, qui sont le siège d'ecchymoses variées. On peut observer également des hémorragies stomacales, intestinales, vésicales, quelquefois des hémoptysies, mais rarement.

Très rapidement se montrent des éruptions purpuriques caractérisées surtout par des ecchymoses disséminées sans ordre sur tout le corps et sans symétrie; accompagnées ou non d'éruption purpurique ordinaire. Ces taches purpuriques peuvent atteindre les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent ou même davantage, et dans certains cas se montrer en grand nombre

⁽¹⁾ Voir MERKLEN. *Gaz. hebdom.*, 1885, et THIBERGE. *Traité de méd.* Bouchard, t. II.

⁽²⁾ Exemple manifeste du caractère artificiel de ces divisions. Voir GRANDIOMME. *Gaz. hebdom.*, 1896.