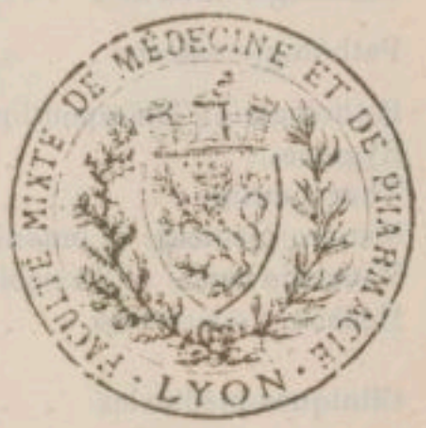
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

ÉRUPTIONS PEMPHIGOÏDES AIGUËS

(Pemphigus aigus. --- Dermatoses bulleuses, pemphigoïdes.)



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 mars 1880

PAR

Charles-Félix NODET

Né le 15 avril 1852, à Collonges (Ain)

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

LYON

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE ET LITHOGRAPHIQUE H. ALBERT

6, quai de la Guillotière, 6

—

1880

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. . . . . Doyen.
CHAUVEAU. . . . . } Assesseurs
OLLIER. . . . . }

PROFESSEURS TITULAIRES ET CHARGÉS DE COURS

Anatomie	MM. PAULET, professeur.	
Physiologie	PICARD	Id.
Anatomie générale et histologie	RENAUT	Id.
Anatomie pathologique	PIERRET	Id.
Médecine expérimentale et comparée	CHAUVEAU	Id.
Chimie médicale et pharmaceutique.	GLÉNARD	Id.
Physique médicale.	MONOYER	Id.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET	Id.
Pharmacie.	CROLAS	Id.
Pathologie interne	BONDET	Id.
Pathologie externe	BERNE	Id.
	LÉTIÉVANT, professeur adjoint.	
Pathologie et Thérapeutique générale	MAYET, professeur.	
Hygiène.	ROLLET	Id.
Thérapeutique	SOULIER	Id.
Matière médicale et botanique	CAUVET	Id.
Médecine légale et Toxicologie	M. X.	Id.
Médecine operatoire	L. TRIPIER	Id.
Cliniques médicales	TEISSIER	Id.
	LÉPINE	Id.
	RAMBAUD, professeur adjoint.	
Cliniques chirurgicales	DESGRANGES, professeur.	
	OLLIER	Id.
Clinique obstétricale et Accouchements. . . .	BOUCHACOUR	Id.
	DELORE, professeur adjoint.	
Clinique ophtalmologique	GAYET, professeur.	
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON	Id.
Clinique des Maladies mentales	ARTHAUD	Id.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes	MM. LAROYENNE	chargé du cours
Clinique des Maladies des Enfants	PERROUD	Id.

COURS ANNEXES

Pathologie interne	MM. TRIPIER (R)	chargé du cours.
Clinique des Maladies chirurgicales des Enfants.	FOCHIER	Id.
Maladies cutanées et syphilitiques	DRON	Id.

AGRÉGÉS

MM. CAZENEUVE.
LAURE.
PONCET.

MM. TEISSIER (J.)
VINCENT.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

MM. AUBERT.
VINCENT.
CARRIER.
CHARPY.
CLÉMENT.

MM. COLRAT.
DRON.
FOCHIER.
MAGNIN.

MM. MARDUEL.
MOLLIÈRE.
MEYNET.
TRIPIER.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire, Agent comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. RENAUT, *président;* ROLLET, *professeur;* AUBERT, DRON, *Agrégés.*

La Faculté de médécine de Lyon, déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A la Mémoire de mon Père

A ma Mère

A mes Frères & a mes Sœurs

A ma Famille

A MES MAITRES

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Pendant notre internat dans les hôpitaux de Lyon, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de *pemphigus aigu fébrile* dans le service de M. Horand, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille ; la rareté de cette affection nous a engagé, d'abord à faire quelques recherches à son propos, puis à la choisir comme sujet de notre thèse. Nous avions résolu de limiter ce travail à l'étude du pemphigus aigu fébrile; mais la diversité d'opinions des dermatologistes les plus éminents, l'obscurité même du sujet, nous ont contraint à élargir le cadre que nous nous étions fixé d'abord, et à y faire rentrer toutes les éruptions pemphigoïdes aiguës.

En étudiant ces éruptions chez l'adulte seulement, nous avons réussi à restreindre un peu un sujet aussi vaste; cependant il nous eut encore été impossible de le traiter avec quelque intérêt, si nous n'eussions pu compter sur la bienveillance de nos maîtres.

Voici l'ordre suivi dans ce travail, qui est divisé en cinq chapitres, et à la fin duquel nous avons réuni, sous le titre

de pièces justificatives, un grand nombre d'observations, dont beaucoup sont inédites.

Dans un premier chapitre nous avons fait l'historique succinct des idées qui se sont développées relativement aux dermatoses bulleuses ; cette étude nous a conduit à admettre l'existence de quatre grandes périodes : une période ancienne ou de découvertes, une période nosologique qui commence à Sauvage et s'arrête à Gilibert, une période de discussion étiologique représentée par l'école de Saint-Louis et résumée par Bazin, enfin une période actuelle ou syndromatique. La fin du chapitre est consacrée à l'étude du syndrome pemphigoïde.

Le deuxième chapitre est consacré à l'anatomie pathologique; il contient l'étude de la bulle en elle-même, de son évolution, des lésions qui l'accompagnent, et des différentes circonstances qui peuvent lui donner naissance. Cette étude nous a montré qu'il était nécessaire de s'adresser à la clinique pour l'étude des phlycténoses, car la bulle elle-même, ayant plusieurs modes de production, ne saurait servir de caractéristique nosologique absolue.

Le troisième et le quatrième chapitres sont uniquement consacrés à la clinique : nous les avons faits en nous appuyant constamment sur les nombreuses observations qui terminent ce travail. Dans le troisième, après avoir passé en revue les principaux caractères du pemphigus chronique, nous nous sommes attaché à démontrer l'existence du pemphigus véritable, de la fièvre bulleuse des auteurs, et à montrer ses rapports avec les fièvres exanthémathiques du type de la varicelle. Dans le quatrième, nous avons étudié les érythèmes pemphigoïdes, c'est-à-dire des affections dans lesquelles les bulles se montrent secondairement à des lésions œdémateuses congestives ou anémiques, lésions qui

sont la caractéristique anatomique de diverses dermatoses, telles que l'érythème polymorphe, l'urticaire, etc...

Le cinquième chapitre contient des considérations générales sur l'étiologie, le pronostic et le traitement des affections pemphigoïdes.

Enfin, dans un appendice, nous avons décrit brièvement un certain nombre d'affections telles que l'érysipèle, l'eczéma rubrum, dans lesquelles les bulles ne jouent que le rôle d'épiphénomènes, et qui n'offrent que des rapports éloignés avec le pemphigus aigu véritable.

Nous sommes heureux, avant d'entrer en matière, de pouvoir témoigner toute notre reconnaissance à ceux qui nous ont prêté leur précieux concours : à M. le professeur Renaut, notre président de thèse, qui nous a prodigué avec une bienveillance inépuisable et son temps et ses lumières, à M. Horand qui, avec son obligeance habituelle bien connue des étudiants lyonnais, surtout de ses anciens internes, a mis à notre complète disposition sa bibliothèque et son riche recueil d'observations ; à M. Doyon, le savant rédacteur des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, dont nous avons mis largement à contribution les vastes connaissances. MM. Aubert, professeur agrégé, chirurgien de l'Antiquaille, Clément, professeur agrégé, médecin des hôpitaux ; Girin, ancien médecin des hôpitaux, et surtout M. Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis, ont droit à toute notre gratitude pour nous avoir fourni de précieuses observations, qui sont la base même de ce travail. Nous remercions enfin notre excellent ami le Dr Bertholon, médecin militaire, dont le dévouement nous a beaucoup facilité nos recherches dans tous les ouvrages étrangers.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES

ÉRUPTIONS PEMPHIGOÏDES AIGUËS

CHAPITRE PREMIER

Introduction. — Historique

SOMMAIRE. I. — Revue générale des idées qui se sont succédé dans la science relativement à la nature du pemphigus.— Période ancienne. — Période de description par faits isolés : FRANK, WILLAN, BATEMAN, SAUVAGES. Période nosographique : GILIBERT. — Période de discussion étiologique : école de Saint-Louis. — Période actuelle; notion du syndrome pemphigoïde.

II. — Étude sommaire du syndrome pemphigoïde. — Termes constants ; termes variables au point de vue de l'anatomie pathologique. — Conditions générales de la production des bulles sur les téguments.

Nous nous proposons d'étudier dans ce mémoire les éruptions pemphigoïdes aiguës, c'est-à-dire le pemphigus vrai se produisant en dehors de sa forme chronique ordinaire et une série de dermatoses bulleuses qui présentent avec le

pemphigus légitime des rapports plus ou moins étroits, tant au point de vue de la forme anatomique qu'à celui de l'évolution morbide.

Le sujet que nous entreprenons est obscur. Il soulève une série de problèmes à la fois anatomiques, symptomatiques et étiologiques, dont certains n'ont pas encore été résolus et même n'ont pas été jusqu'ici posés avec une netteté suffisante pour en permettre la discussion. Nous devrons donc nous efforcer de montrer ces différents problèmes avec une précision qui permette de les soumettre avantageusement à la discussion clinique ; nous chercherons ensuite à en résoudre quelques-uns au moyen des documents existant actuellement dans la science et aussi en utilisant ceux qui nous ont été fournis par nos maîtres.

Un premier point qui doit nous occuper c'est de savoir exactement ce que l'on entend en dermatologie par le mot pemphigus. Il ne saurait entrer dans les bornes naturellement restreintes de ce travail de faire un historique complet et détaillé. Mais, pour introduire dès maintenant la clarté dans la question, il convient de voir et de récapituler brièvement les opinions générales qui se sont succédé relativement à la nature du pemphigus. C'est donc seulement l'historique succinct des idées, et non celui des faits eux-mêmes que nous allons maintenant exposer.

Le mot Πεμφίξ, employé par Hipocrate, signifie simplement une bulle analogue à celle produite sur les téguments, par une brûlure au deuxième degré. Hipocrate emploie encore le terme de πυρέθος πεφιγοδες qui a donné lieu à de vives contestations, cependant Littré croit que ce terme s'applique bien à la fièvre bulleuse (liv. 11, trad. de Littré t. V. 73.) D'après l'historique de Bazin, Galien, Aétius d'Amide, Fernel donnent la description d'af-

fections bulleuses produisant sur les téguments des phlyctènes analogues à celles des brûlures (1).

Tout est obscur dans cette période et il faut arriver à Sauvages pour que la notion d'une véritable maladie bulleuse s'introduise dans l'esprit des médecins. Jusqu'à cette époque on a décrit une série de faits particuliers mais nullement une maladie bien déterminée.

C'est Sauvages qui le premier décrivit le pemphigus comme une espèce morbide distincte ayant son existence à part dans le cadre nosologique ; il en décrit cinq classes. Pour lui l'éruption bulleuse est la caractéristique anatomique qui permet de ranger une affection dans l'espèce Pemphigus. Frank, Bateman et Willan continuent à accumuler sous le nom de pemphigus une série d'observations d'affections bulleuses. Willan décrit sous le nom de *pompholix* l'affection pemphigoïde chronique qu'il admet seule comme pemphigus vrai. Ce nom mérite d'être conservé, comme le fait remarquer à juste titre Bazin, il est le premier indice de la tendance des esprits à dégager de la série des dermatoses bulleuses une affection se montrant avec le caractère de fixité, dans la succession des symptômes, qui seul peut permettre de dégager une *bonne espèce clinique* des affections similaires.

En 1813 un médecin de l'Ecole Lyonnaise, S. Gilibert, fait faire un pas immense à la question qui nous occupe. Dans sa monographie du pemphigus il établit par la méthode d'observation qui devait plus tard être si fructueusement employée par Louis et ses élèves, que parmi les affections bulleuses des téguments il en est une qui a son existence

(1) Lepois (1618) donne avec détails une observation de pemphigus survenu sur un enfant ; il appelle les bulles des *hydatides*, ce terme ne comportait pas alors la notion d'un parasite.

propre. C'est à cette affection qu'il réserve le nom de pemphigus, il en distingue 4 classes principales. Dans un premier groupe d'observations, il montre qu'il existe un *pemphigus simple* c'est-à-dire dégagé de toute autre affection cutanée et de toute autre influence créée par l'immixtion d'états généraux étrangers à la dermatose. Il dégage ainsi trois espèces morbides de pemphigus : 1° le *pemphigus aigu simultané*, constitué par l'éruption à la peau d'une poussée de phlyctènes isochrones dans leur apparition, leur évolution et leur disparition; 2° *un pemphigus aigu successif*, c'est-à-dire constitué par plusieurs poussées de bulles, chaque poussée évoluant individuellement à la façon de la poussée unique du type précédent ; 3° *un pemphigus chronique*, qui n'est autre chose que le pompholix de Willan et dont l'étiologie, la marche et la terminaison, sont absolument différentes de celles que l'on observe dans les deux variétés précédentes.

Dans un 4e groupe de faits, Gilibert a réuni les cas où une éruption bulleuse vient compliquer une série d'états morbides antérieurs. Ces états sont : la vaccine, l'érysipèle, la gale, la gastrite, la péripneumonie, l'œdème et divers états fébriles. Ce 4e groupe constitue donc une sorte de *caput mortuum* renfermant, comme nous le verrons plus tard, une série d'éruptions bulleuses dont les unes, celles qui se produisent dans la gale, par exemple, ou sur un membre anasarqué, n'ont rien de commun avec les faits dont les trois premiers groupes, si ce n'est l'existence même de la bulle, et dont les autres (les éruptions bulleuses qui accompagnent certains états fébriles) ont peut-être avec le pemphigus vrai des rapports étroits, comme nous l'examinerons plus tard. Quoiqu'il en soit, le grand progrès marqué par la monographie de Gilibert consiste dans ce que la maladie bulleuse se trouve

en majeure partie dégagée à l'état d'entité morbide distincte, et que ses deux formes principales, l'aigué et la chronique, sont désormais pourvues d'une existence à part dans le cadre nosologique.

De plus Gilbert a étudié soigneusement les analogies et les différences existant entre le pemphigus et une série d'autres affections bulleuses telles que le zona, la varicelle, et enfin les vésications artificielles. On pressent dès lors qu'il ne suffit plus de l'existence d'une série de bulles sur le tégument pour qu'une dermatose doive être appelée du nom de pemphigus. (1)

La distinction nettement posée par Gilibert entre le pemphigus proprement dit et les affections bulleuses, n'a pas été toujours maintenue par les dermatologistes qui se sont succédé. De là vient en grande partie l'obscurité encore actuelle du sujet. Quelques auteurs ont en effet admis que, dès qu'une bulle dépasse de certaines dimensions, qu'elle ne s'accompagne pas d'une vive congestion œdémateuse formant une auréole papuleuse à son pourtour, cette bulle devient un véritable phlyctène de pemphigus, de là l'introduction d'une série de variétés dans le genre pemphigus. C'est ainsi que J. Frank, uniquement déterminé par l'existence même de la bulle, admet des pemphigus symtomatiques, par ex. : de la dysenterie, de la pneumonie, de la fièvre gastrique et de la fièvre urineuse. D'un autre côté, l'école dermatologique de Saint-Louis, soucieuse avant tout d'établir des classifications dans les maladies cutanées, c'est-à-dire continuant

(1) Nous avons insisté longuement sur cette monographie de Gilibert, vivement attaquée de nos jours, bien a tort selon nous ; elle contient les observations les plus minutieuses et les plus consciencieuses. La partie historique qui laissait à désirer a été complètée par les brillantes recherches de Savary et de Bidaut de Villers.

manifestement les traditions de l'école nosographique de Pinel, a créé une innombrable série de termes descriptifs. Chaque dermatologiste a fourni une classification, dont on trouve l'exposé dans les leçons de Bazin sur les affections génériques de la peau. Ce dernier auteur a lui-même fourni une classification du pemphigus uniquement fondée sur l'existence de la bulle sur les téguments. Cette classification que nous reproduisons en note, réunit en effet, sous le nom commun de pemphigus, les bulles produites par l'eau bouillante, la morsure des serpents, l'ingestion de certains aliments, la lèpre, la syphilis et enfin le pemphigus aigu de Gilibert et le pompholix de Willan (1).

La période fermée par l'exposition de l'opinion de Bazin est donc avant tout une période de classification et de discussion.

L'idée de maladie distincte fait place à celle d'un groupe

(1) Bazin. — Leçons sur les affections génériques de la peau, p. 244.

1re classe. — *Pemphigus de cause externe.*

1 *Artificiel :* Vésication, cantharides, ammoniaque, eau bouillante etc.....
— Brasiliensis (résultat de la morsure d'un serpent).
— Pemphigus simulé.

2 *Pathoyenétique* : Mauvais aliments, fromage, eau-de-vie de blé, arsénicaux.

2e classe. — *Pemphigus de cause interne :*

1 *Pseudo-exanthématique.*
2 *Symptomatique ou fébrile.*
3 *Herpétique :* sub-aigu.
— Chronique (pomphelix).
4 *Arthritique :* Sub-aigu.
— Chronique.
5 *Lépreux :* Léproïde bulleuse.
6 *Syphilitique :* Neo-natorum.
— Des adultes.

d'affections cutanées similaires entre elles au point de vue de la lésion élémentaire.

Actuellement, il existe donc deux manières bien distinctes d'envisager le pemphigus. Dans une première hypothèse, on dira qu'il y a pemphigus toutes les fois que se produiront de grosses bulles à la surface des téguments, que ces bulles soient d'ailleurs, en dehors du traumatisme vésicant, déterminées par une action morbide quelconque. Le pemphigus ne sera alors autre chose qu'une *lésion cutanée* propre à une série d'affections diverses et engendrées sous des influences morbides également variables.

C'est ainsi qu'un *hydroa* à grosses bulles, qu'un *herpès phlyctenodes*, fourniront des variétés du genre pemphigus, anatomiquement caractérisé par la bulle.

Dans une dernière hypothèse, la bulle produite sur les téguments devrait être considérée comme un symptôme, ou comme une lésion anatomo-pathologique commune à une série d'états morbides distincts. Ces bulles seraient dans un groupe de cas le résultat d'une maladie bien déterminée, le pemphigus aigu ou chronique; et dans un autre groupe, elles seraient seulement l'accident cutané d'une série d'états morbides qu'il s'agit de décrire et de classer.

Dans cet ordre d'idées on aurait donc deux classes de lésions bulleuses : 1° *les éruptions pemphigineuses*, 2° *les éruptions pemphigoïdes*. Nous ferons remarquer que ce que nous venons de dire des bulles a été depuis longtemps appliqué en pathologie aux pustules. Il ne vient à l'idée de personne d'identifier à la variole les dermatoses caractérisées par la production des éruptions pustuleuses les plus semblables à celles de l'exanthème variolique. On dit qu'il existe une variole quand le cycle morbide variolique se poursuit dans tous ses modes, tout aussi bien au point de

vue de l'éruption cutanée qu'au point de vue des autres phénomènes morbides locaux ou généraux. Et l'on exprime simplement qu'un exanthème cutané de nature non varioleuse s'accompagne de pustules semblables à la variole, en disant que cet exanthème est varioliforme. C'est ainsi que l'on décrit un acné varioliforme; et que l'on dit que les cicatrices de l'acné pilaris sont aussi varioliformes, parce qu'elles sont identiques aux cicatrices que laisse après elle la variole légitime.

Considérée de cette façon, la lésion élémentaire des téguments constitue un *syndrome cutané*, qui peut être l'expression dermatologique de l'action portée sur la peau par une série d'états morbides distincts.

Nous adopterons, dans le cours de ce travail, les idées que nous venons d'exposer en dernier lieu; nous considérerons les bulles produites sur la peau en dehors du traumatisme vésicant comme un véritable syndrome cutané. Nous allons examiner maintenant quelles sont les conditions nécessaires et suffisantes pour qu'une affection de la peau arrive à revêtir le *caractère pemphique* commun dans les expressions cutanées des maladies, soit pemphigineuses, soit aboutissant à la formation d'exanthèmes bulleux pemphigoïdes.

II

Étude sommaire du Syndrome cutané pemphigoïde.

Les bulles de pemphigus présentent avec les affections bulleuses non pemphigoïdes des différences suffisamment

tranchées pour que l'on puisse arriver à la formation d'un ordre de lésions distinctes (1). Toute bulle, dans cet ordre d'idées, ne peut être considérée comme appartenant au pemphigus, pas plus que toute pustule ne peut être considérée comme ressortissant à la variole. Pour produire une éruption pemphigoïde, il faut en effet trois termes constants:

A Le flux vasculaire sanguin localisé ;

B La bulle succédant rapidement à ce flux et s'étendant à peu près exclusivement à ses limites, si bien que la bulle recouvre la rougeur souvent exactement comme le ferait un verre de montre.

C Une fois que la bulle est affaissée et que le liquide qu'elle contenait s'est écoulé, non-seulement sa voûte plissée, et formée par l'épiderme, s'affaisse sur le plancher, mais en-

(1) Il importe de bien distinguer anatomiquement les bulles et les vésicules. Le volume de la lésion est en effet indifférent, la diversité réside dans la structure anatomique.

Les bulles, auxquelles il conviendrait peut-être de réserver le nom de phlyctènes, parce que ce mot est tombé en désuétude dans la terminologie clinique, sont caractérisées par le simple *clivement* du stratum épidermique au niveau de la zone granuleuse.

Les vésicules ne sont pas produites par cette action purement mécanique. Elles sont formées par l'irritation des cellules du corps muqueux qui deviennent vésicules et s'ouvrent les unes dans les autres; cette cavité cloisonnée se remplit secondairement de cellules migratrices, elle a son siège dans l'épaisseur du corps muqueux. On conçoit qu'une petite ou une grande lésion peuvent être soit une bulle, soit une vésicule ; à l'œil nu la distinction est parfois impossible à faire. Mais en anatomie pathologique on doit distinguer : 1° des phlyctènes et des phlycténules ; 2° des vésicules grosses ou petites. Rien n'est plus semblable à une vésicule que la toute petite bulle du pemphigus ponctué, histologiquement les deux lésions ne se ressemblent pas. La lésion de l'herpès zoster est une petite bulle et non une grosse vésicule.

(*Note communiquée par M. le professeur* Renaut.)

core à la surface de ce dernier, et dans l'aire exacte de la production bulleuse, se produit une desquamation foliacée qui se maintient un certain temps.

Quand ces trois termes anatomiques successifs se sont produits spontanément, c'est-à-dire en dehors du traumatisme, à la surface du tégument, on est en présence d'une éruption pemphigineuse, si l'on se place au point de vue exclusif de l'éruption cutanée.

Mais ce processus n'est pas toujours réalisé dans sa simplicité. La congestion vasculaire localisée, peut ne pas s'effectuer brusquement dans une aire vasculaire limitée exactement à la région qui sera recouverte ultérieurement par la bulle. Il peut se produire dans certains cas une plaque d'œdème congestif qui fait saillie à la surface d'une papule rouge, au centre de laquelle apparaîtra, ultérieurement, sans recouvrir exactement les limites de la rougeur, le soulèvement épidermique répondant à la phlyctène. En second lieu, cette plaque œdémateuse congestive peut présenter à son centre une papule d'œdème blanc, qui fait saillie sur la rougeur congestive et qui représente exactement une plaque ortiée. La bulle se produit alors au centre de la plaque œdemateuse dont elle occupe le sommet.

Enfin, la congestion localisée préalable peut prendre les caractères d'une inflammation localisée de nature congestive, présentant cette particularité que le liquide exsudé renferme, comme dans l'inflammation vraie, une certaine quantité de matière fibrinogène. On est alors en présence d'une inflammation véritable de la peau, au-dessus de laquelle se produit une bulle.

Les trois circonstances que nous venons de relater ne se montrent pas ordinairement dans le pemphigus proprement dit, dont le type est fourni par la forme chronique décrite par

Willan sous le nom de pompholix. On les rencontre plus ordinairement dans ce que nous appelerons plus tard les éruptions pemphigoïdes.

On voit par ce qui précède que les bulles peuvent naître à la surface du tégument dans deux circonstances bien distinctes : 1° consécutivement à une congestion rapide, subite, ne s'accompagnant pas d'œdème appréciable à son pourtour, c'est le cas de l'éruption pemphigineuse proprement dite; 2° elles peuvent naître à la façon d'épiphénomènes anatomiques sur des surfaces affectées préalablement de congestion œdémateuse anémique, reproduisant le type de la plaque d'urticaire ; 3° et, enfin, de congestion inflammatoire proprement dite, reproduisant el type de la zone d'extension de la rougeur érysipélateuse.

CHAPITRE II

Considérations anatomo-pathologiques sur les affections pemphigineuses et pemphigoïdes.

SOMMAIRE. **a.** — Vésication d'origine fluxionnaire. — Lieu distinct de formation des bulles, leur voûte et leur plancher.— Comment une fluxion localisée peut-elle déterminer la vésication ? — Distribution des vaisseaux dans la peau : aires d'activités vasculaires *maxima* et *minima*.—L'érythème fluxionnaire précède toujours la bulle. — Étude de la vésication dans les brûlures au premier et deuxième degré : bulle sans auréole, auréole secondaire. — Bulles consécutives à un œdème ou à une inflammation. — Contenu de la bulle.— Son évolution purulente, sa cicatrisation.— Bulles des régions résistantes de l'épiderme corné, phlyctènes profondes.— Constation des phlyctènes profondes dans le mal perforant par M. Renaut.

b. — Les nerfs, en dehors du traumatisme, commandent la distribution des flux congestifs et œdémateux. — Existe-t-il dans le pemphigus des lésions nerveuses analogues à celles que Charcot et Baërensprung ont décrites dans le zona et à celles que MM. Poncet de Cluny, Morat et Duplay ont trouvées dans le mal perforant? — Observations de MM. Déjerine, Brissaud. — Résumé.

Nous allons étudier dans ce chapitre, et au point de vue exclusif de l'anatomie pathologique, les modifications cutanées qui répondent aux termes constants et celles aussi qui

répondent aux termes variables des éruptions pemphigineuses ou pemphigoïdes.

La formation des bulles à la surface de la peau se produit d'une manière générale par le mécanisme de la vésication. La vésication consiste en un soulèvement des couches cornées de l'épiderme sur un point localisé. Si l'on étudie attentivement la bulle produite par l'action d'une substance vésicante, on reconnaît aisément qu'au niveau de cette dernière, l'épiderme est soulevé immédiatement au-dessus de la zone granuleuse du corps muqueux de Malpighi; la voûte de la bulle est donc formée de bas en haut : 1° par le *stratum lucidum* de Œhl, adjacent à la zone granuleuse; 2° la couche épidermique profonde hyaline; 3° la couche épidermique feuilletée; 4° la surface de la couche épidermique superficielle ou desquamante.

Le plancher de la bulle est limité à la surface par la zone granuleuse qui est fragmentée et dissociée; au-dessous d'elle on voit le réseau de Malpighi, la couche de cellules cylindriques, et la ligne des papilles, s'il en existe dans la région. La formation de la bulle paraît donc s'être opérée par une véritable action de clivement qui s'est faite au niveau du point où le stratum épidermique présente la moindre résistance aux actions mécaniques. Ce lieu de moindre résistance est évidemment, dans le cas présent, constitué par la zone granuleuse, dont les éléments cellulaires ne sont pas soudés à leurs voisins par des prolongements protoplasmiques, comme on l'observe dans le corps de Malpighi, ni par la substance cornée, comme on le voit dans l'épiderme. Ce mécanisme général de la production des phlyctènes est du reste celui qui est signalé par M. le professeur Renaut dans l'article d'anatomie pathologique cutanée qui termine le manuel d'histologie d'anatomie pathologique de MM. Cornil et Ran-

vier. Nous n'y insiterons donc pas d'avantage ici. Mais un point sur lequel il est nécessaire d'appeler l'attention, c'est la façon exacte dont se comportent les affections cutanées d'ordre congestif, œdémateux, ou inflamatoire, pour arriver à la formation des lésions cutanées bulleuses.

Le problème, que nous venons de poser, revient simplepement à cette question : comment une fluxion vasculaire localisée à la peau peut-elle agir pour déterminer la vésication? Cette question même est comme la clef de l'anatomie pathologique des lésions bulleuses en général, et des affections pemphigoïdes en particulier.

On sait que les lésions cutanées élémentaires d'ordre congestif ne se forment pas indistinctement sur toute la surface du tégument. Elles sont déterminées dans leur apparition par la distribution même des vaisseaux. Si l'on considère une artère de distribution qui court sur les limites du derme et des cônes fibreux de la peau, on la voit donner de distance en distance des artérioles qui montent vers la surface libre du tégumentet qui forment, par leur distribution, un cône vasculaire. Ce cône vasculaire se termine, du côté de la surface libre de la peau, par une aire arrondie qui ne communique avec les aires voisines que par des traits d'anastomoses (1). Dans chaque cône vasculaire de la peau existe

(1) Nous donnons ici quelques extraits d'une leçon *sur la distribution des vaisseaux de la peau* faite par M. le professeur Renaut et que l'on trouvera toute au long, avec une figure à l'appui, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (Dr Doyon), 1877-78, p. 349.

« Le réseau vasculaire le plus superficiel et le plus typique est le réseau des papilles. Chaque papille renferme un bouquet vasculaire qui de sa base s'élève vers son sommet. Il est rare que ce bouquet soit formé simplement d'une artériole afférente. Communément le réseau capillaire est composé d'une série d'arcades su-

donc une activité vasculaire portée à son maximum, tandis que dans les régions parcourues par les traits d'anastomoses qui réunissent les cônes adjacents entre eux, la circulation est moins active. Ce qui le montre bien c'est que, lorsqu'on injecte un animal, on voit la peau rougir ou bleuir par places et que l'injection dessine alors des zones arrondies d'hypérémie artificielle. Le réseau vasculaire du tégument s'injecte donc par îlôts distincts d'abord, puis, lorsqu'on complète l'injection, ces îlôts s'agrandissent à leur périphérie, par l'effet de la réplétion des systèmes anastomotiques qui les relient. Si l'on emploie, comme matière à injection, un liquide légérement diffusible, comme la solution de bleu de prusse dans l'acide oxalique, l'on voit assez rapidement, lorsque l'injection est faite brusquement, sous forte pression, le liquide coloré en bleu-verdâtre infiltrer les mailles du derme, c'est-à-dire, qu'il se produit alors une sorte d'œdème artificiel. Si l'on suppose, à la place d'une injection faite dans la peau inerte, qu'une branche de distribution, fournie par une artériole contractile, qui commande la vascularité d'un ou de plusieurs cônes vasculaires, soit brusquement frappée d'atonie (par exemple, sous l'influence d'une action neuro-paralytique), toute l'aire de distribution du vaisseau sera envahie par une congestion sanguine intense, terminée à la surface de la peau par

perposées qui lui donne l'aspect d'une petite houppe. Les capillaires s'élèvent jusqu'à l'extrême limite de la papille sans jamais pénétrer dans l'ectoderme. Souvent au niveau du point où ils se recourbent, ils se contournent en huit de chiffre..... Tandis que le premier réseau (réseau sous-papillaire) est situé à la surface du derme, le second s'étale à la limite inférieure. Les anastromoses entre ces deux réseaux se font par des traits vasculaires assez grêles, qui traversent irrégulièrement le derme en formant un lacis à très larges mailles..... »

une courbe fermée, et au niveau de laquelle la pression pourra devenir rapidement telle, que le départ du plasma sanguin se produira instantanément dans les limites exactes de l'hyperémie. Si ce départ est assez brusque et se fait sous assez forte pression, celle du liquide exsudé, se propageant dans tous les sens, décollera rapidement l'épiderme corné du corps de Malpighi, le soulèvera en bulle répondant exactement aux limites de la congestion, et remplira cette bulle d'un liquide coagulable plus ou moins chargé de globules blancs. Nous reviendrons plus tard sur le mode exact de pénétration de ces derniers dans la bulle. Nous ferons remarquer pour le moment que tout ce que nous venons de décrire ici, est exactement ce qui se passe dans la brûlure au deuxième degré. Si l'on touche la peau avec un corps chauffé insuffisamment pour l'escharifier sur place, que voit-on se produire en effet ? une sensation vive, caractéristique, à laquelle succède une rougeur arrondie qui, au bout de quelques instants, est exactement recouverte sur ses limites par une bulle. Sur un point ainsi brûlé, et au bout de quelques instants, toute rougeur périphérique a disparu. Il ne reviendra d'auréole rouge autour de cette phlyctène que lorsqu'elle aura subi des modifications ultérieures, consécutives au passage de son contenu à l'état purulent, et à la réaction sur la peau de cet abcès intra-épidermique.

Examinons maintenant ce qui se passe, non plus dans une brûlure qui produit immédiatement une bulle, mais bien dans une brûlure *intense* au premier degré. Dans ce cas, immédiatement après la brûlure, la peau rougit, il se forme une nappe d'érythème, et sur cette nappe, de place en place et là ou l'agent vulnérant a porté son action d'une façon prédominante, on voit apparaître des papules œdémateuses. Ces papules sont formées par des ilôts d'œdème congestif, qui

peuvent même de place en place prendre le caractère d'œdème pur et former des élevures en apparence exsangues comme celles de l'urticaire; secondairement, sur ces plaques œdémateuses congestives ou anémiques, qui subsistent et forment des élevures persistantes, on peut voir naître des bulles. Ces bulles, à l'inverse de celles que nous avons décrites dans la brûlure au second degré, peuvent être considérées comme consécutives à l'érythème œdémateux traumatique dont elles constituent un épiphénomène bulleux surajouté; aussi ne recouvrent-elles point dans leur totalité les plaques d'œdème, et restent, au contraire, bornées au niveau des points où la pression intra-dermique du liquide exsudé est parvenue progressivement à son maximum, tandis que dans la congestion subite de la brûlure au second degré localisée, cette congestion, exactement circonscrite aux limites de l'aire vasculaire frappée d'atonie, a simplement été le prélude du développement de la bulle, et a cessé d'exister immédiatement après que cette dernière s'est produite.

Il existe donc un mode de production des phlyctènes que l'on pourratt appeler primitif, et qui a son type dans la brulure localisée au second degré; dans la portion de cette étude consacrée plus spécialement à l'analyse des phénomènes cliniques, nous ferons voir que ce mode est reproduit exactement dans le pemphigus chronique, tandis que le deuxième mode de production de la bulle, que l'on pourrait appeler consécutif et dans lequel le phlyctène apparaît secondairement sur une plaque érythémateuse préexistante, est au contraire reproduit principalement par les affections bulleuses que nous avons réunies sous le nom de pemphigoïdes.

Lorsque la congestion œdémateuse est portée à un certain degré et s'accroît lentement, comme dans l'*érythème papu-*

leux, dans l'urticaire, dans l'eczéma rubrum, les bulles peuvent apparaître de place en place sur la rougeur œdémateuse et congestive, et l'éruption prend alors grossièrement l'aspect pemphigoïde.

Il en est de même dans les inflammations congestives proprement dites, telles que l'érysipèle; au niveau des points où la tension intra-dermique est portée à son maximum, il apparaît des bulles. Ces bulles sont le résultat, dans l'un et dans l'autre cas, d'un phénomène mécanique ; il n'est jusqu'ici venu à l'idée de personne, depuis Gilibert, de les considérer comme une complication de l'érysipèle par le pemphigus. Elles sont cependant exactement les similaires de celles qui se montrent dans ce que l'on a nommé l'*érythème polymorphe*.

Lorsque les bulles se sont développées, on leur peut considérer une voûte et un plancher ; nous avons déjà étudié la façon dont cette voûte et ce plancher sont constitués. Actuellement il convient d'examiner la nature de l'exsudat, son évolution normale au sein de la bulle. Dans la bulle récente de pemphigus, de même que dans celle de la brûlure au second degré, l'exsudation est d'abord constituée par un liquide analogue au plasma sanguin, c'est-à-dire qu'il contient à la fois de l'albumine et de la fibrine. Contrairement à l'affirmation de Mantegazza, le liquide est coagulable, même après avoir été filtré. Il contient à l'origine des globules blancs actifs, doués de mouvements amiboïdes que l'on peut réveiller en plaçant le liquide sur la platine chauffante ; ces globules sont parvenus dans la cavité de la phlyctène en s'insinuant à travers les lignes de cement, qui séparent les cellules dentelées du corps de Malpighi ; renfermées dans un espace restreint, ces cellules, dont le nombre augmente incessamment, ne tardent pas à

mourir sur place et à se transformer en globules de pus. Cette transformation rend compte des modifications d'aspect que subit une bulle dans les deux ou trois premiers jours qui suivent sa formation. Le contenu d'une bulle récente est ordinairement citrin et transparent, parce qu'il est constitué par le liquide de transsudation même, au sein duquel sont des globules blancs parfaitement vivants et possédant dans ces conditions un indice de réfraction peu différent de celui du liquide dans lequel ils nagent. Mais, ainsi que nous venons de le voir, au bout de peu de temps, ces globules se chargent de granulations graisseuses, qui donnent au contenu de la bulle un aspect lactescent. Cet aspect devient franchement jaune au bout de quelque temps, quand la bulle est remplie par du pus vrai ; enfin, au fur et à mesure que se produisent ces phénomènes évolutifs du côté des cellules de l'exsudat, la partie liquide de ce dernier subit des modifications parallèles ; sa fibrine se dépose en formant des réseaux délicats qui cloisonnent la cavité de la bulle et sont souvent disposés en arcade. (Voir la *Description des phlyctines de l'érysipèle dans le manuel de* Cornil et Ranvier.)

L'exsudat renferme ordinairement, outre les globules blancs très-nombreux une certaine proportion de globules rouges, qui parfois peuvent être assez nombreux pour imprimer un caractère hémorrhagique au liquide de la bulle.

Le corps muqueux de Malpighi, qui forme le plancher de la bulle, est au début infiltré de globules blancs et de globules rouges ; cette infiltration occupe aussi la portion du derme subjacente, on la voit former des traînées autour des vaisseaux. En un mot, il existe au-dessous de la région bulleuse une zone de congestion dermique subjacente à cette dernière.

Lorsque la bulle s'es transformée en un petit abcès intra-

épidermique, elle détermine au-dessous d'elle et autour d'elle des réactions inflammatoires de voisinage. Ces réactions sont l'origine de l'auréole rosée qui se montre tardivement autour du pemphigus vrai. Il peut même arriver que l'inflammation soit suffisante pour déterminer la production d'un foyer de suppuration au-dessous de la bulle, ou même dans certaines circonstances une nappe de gangrène superficielle, ce que l'on voit se produire notamment dans certains cas de pemphigus cachectiques.

Dans les cas ordinaires, les cellules du corps muqueux, qui forment le plancher de la bulle, reconstituent plus ou moins rapidement des couches stratifiées d'épiderme. Cet épiderme jeune, secrété dans un milieu humide, et par un corps de Malpighi soumis à une sorte d'irritation traumatique, desquame rapidement et se soulève en lames foliacées, lorsque la voûte de la phlyctène s'est affaissée. Parfois même, dans le pemphigus chronique, l'irritation longtemps continuée détermine dans le derme du plancher de la bulle une irritation formative, qui aboutit à l'édification sur ce point de papilles adventices. Cette disposition rend compte de la forme végétante que l'on observe dans certains cas de pemphigus chroniques.

Dans certains points où l'épiderme corné est excessivement épais et dense, comme au niveau de la peau du talon, par exemple, le stratum épidermique forme une masse solide et compacte, il peut se produire alors à la place d'une phlyctène superficielle, une véritable phlyctène profonde. L'épiderme tout entier se décolle pour former la voûte de la phlyctène, non plus seulement au niveau de la zone granuleuse, mais en suivant la ligne de contact du derme et de l'épiderme, en ne laissant à la surface de ce dernier que la couche de cellules cylindriques. Cette phlyctère profonde a

une constitution particulière et une évolution toute spéciale qui est la même dans le pemphigus et dans le mal perforant, et qui a été décrite pour la première fois par M. le professeur Renaut, de la manière suivante :

« Dans certaines formes du mal perforant, ou consécutivement à des contusions intenses, on voit se former à la plante du pied une grosse bulle limitée par l'épiderme épais de la région et qui se montre d'abord remplie de sang. Au bout de quelques jours, si l'on a l'occasion d'examiner la lésion, l'on constate qu'elle n'a de la phlyctène que l'apparence. L'ectoderme s'est, en effet, soulevé non plus au niveau de la zone granuleuse, mais immédiatement au-dessus de la couche de cellules cylindriques juxta-papillaires. La voûte de la phlyctène est formée à la fois par le *stratum corneum*, la *couche granuleuse* et le *stratum de Malpighi*, de telle sorte que les papilles sont restées au fond, simplement couvertes par leur couche de cellules cylindriques. Mais si à côté d'une pareille lésion récente, il en existe une semblable de date ancienne, et qui a commencé à se réparer, on est surpris de voir au-dessus de cette sorte d'arrachement de l'ectoderme, comprenant toutes ses couches moins une, qu'il s'est reformé un ectoderme complet avec son stratum de Malpighi, sa couche granuleuse et un mince stratum corneum. Que conclure de là, sinon que la couche cylindrique profonde est la vraie couche génératrice qui a reconstruit l'épiderme? (1) »

Nous devons actuellement nous demander quelle est la raison première d'une part, et de l'autre quelles sont les causes déterminantes de l'apparition de la bulle de pem-

(1) J. Renaut : Mode de nutrition, évolution de l'ectoderme proprement dit : *Annales de dermatologie* (Dr Doyon), 1877-78. p. 355. — Leçons faites à la Faculté de Lyon, 1877-1878.

phigus proprement dit, c'est-à-dire de celle qui ne se produit pas secondairement sur une congestion œdémateuse ou sur une inflammation préalable.

La cause première, qui n'est autre que celle de la maladie elle-même, nous échappe à peu près complètement, du moins dans ses rapports immédiats avec la lésion ; ceci revient à dire que, dans la majorité des cas, nous ne connaissons pas la nature des phénomènes morbides, qui déterminent primitivement la poussée bulleuse, pas plus que nous ne connaissons du reste la nature du phénomène qui met, par exemple, une pneumonie ou une pleurésie en évolution. Ce que nous pouvons constater c'est qu'il se produit dans certains départements de la peau une action neuro-paralytique agissant sur les nerfs vaso-moteurs, qui commandent la distribution des artérioles. La paralysie de ces dernières étant une fois produite, la lésion bulleuse est déterminée dans son siège et mise en évolution (1).

Maintenant nous devons nous demander s'il existe au niveau des nerfs cutanés répondant aux points affectés, des lésions matérielles analogues à celles que Charcot et Baërensprung ont décrites dans les nerfs affectés de zona et que M. Poncet de Cluny et après lui MM. Morat et Duplay ont décrites comme accompagnant constamment l'ulcère perforant du pied. Nous devons avouer que l'état actuel de la science dermatologique ne permet pas de répondre d'une manière absolue à la question. Nous savons que le pemphigus n'est

(1) Le Dr Kobner à propos d'un cas de pemphigus aigu survenu chez une femme pendant l'état puerpéral se demande si ces bulles ne doivent pas leur origine à la formation de petites embolies capillaires, dont le point de départ serait, dans le cas actuel, dans le système utérin. Bohn, a essayé de mettre en relief ce mode de formation pour l'érythème noueux. Nous devons ajouter que Kobner admet de préférence l'hypothèse d'une angioneurose.

pas très-rare dans les hospices, où l'on traite les malades atteints d'affections des centres nerveux ou d'aliénation mentale, ce qui semble indiquer une certaine corrélation entre ces affections, mais dans ces cas il s'agit le plus souvent de pemphigus chroniques. Tout récemment M. Brissaud vient de communiquer à la société clinique de Paris un cas de pemphigus observé dans le service de M. Charcot et survenu chez une femme atteinte d'hémiplégie gauche depuis huit mois, de contracture consécutive, et d'une atrophie des groupes musculaires de l'épaule et de l'avant-bras du côté gauche. Dans ce cas l'éruption limitée exactement à la moitié gauche du thorax, sans suivre cependant la distribution des nerfs intercostaux, paraît avoir eu des rapports intimes avec les lésions nerveuses; et l'auteur lui donne le nom de *pemphigus zoster*, en ajoutant que l'assimilation de ce pemphigus avec un zona bulleux n'a rien que de très-rationnel. M. Gailleton a vu deux fois survenir des bulles de pemphigus chez des hémiplégiques, une fois à la cuisse, une fois à la nuque (1). Enfin M. Déjérine a publié un cas dans lequel il s'agit d'une femme atteinte de paralysie générale, qui, douze jours avant sa mort, présenta des bulles de pemphigus disséminées sur les bras et les jambes. L'autopsie permit de constater uue méningo-encéphalite diffuse et une sclérose bi-latérale et symétrique des cordons latéraux. L'éxamen histologique révéla une altération profonde des nerfs cutanés au niveau des bulles (fragmentation de la myéline, disparition dn cylindre axe) altérations semblables en tous points à celles qu'on observe dans le bout périphérique d'un nerf sectionné. Tels sont les documents que nous avons pu recueillir en faveur de l'existence des

(1) Gailleton : *Traité élémentaire des maladies de la peau*, 1874.

troubles trophiques accompagnant les éruptions bulleuses : il reste à savoir si elles sont constantes. Nous devons rappeler que le pemphigus accompagne fréquemment certaines affections classées dans les névroses, l'hystérie principalement. M. Mermet dans sa thèse *(Pemphigus dans les névroses)* rapporte huit observations où des éruptions de pemphigus alternent avec des crises d'hystérie on d'hystéro-épilepsie, mais nous ne saurions accepter sans réserves la conclusion suivante de l'auteur : « Le pemphigus est probablement dû à une irritation des nerfs sensitifs à leur origine dans la substance grise des centres nerveux. »

En résumé nous ne savons pas encore exactement si les lésions dégénératrices des nerfs, subjacents aux bulles de pemphigus, sont la cause ou le résultat de la formation de la bulle. Cependant ce que l'on sait du mal perforant et du zona permettrait de penser que la lésion nerveuse peut jouer un rôle important dans la production de la lésion. Il existe en effet des observations positives d'œdémes nerveux de névrites interstitielles congestives dans les nerfs qui se rendent à la région envahie par l'herpès zoster. D'un autre côté l'on sait quelle est l'action régulatrice du système nerveux sur la nutrition de toutes les parties de l'organisme situées en dehors de lui, tous les éléments anatomiques d'une région commandée par un nerf, quand ce dernier a été sectionné, reprennent une activité propre qui n'est régularisée par aucune intervention modératrice émanée du système nerveux ; les tissus s'enflamment alors et le tégument peut devenir le siège de lésions bulleuses ou ulcéreuses, comme on l'observe dans le mal perforant du pied.

Mais pour déterminer des lésions, il n'est pas absolument nécessaire qu'il existe une névrite parenchymateuse au niveau des filets nerveux correspondants, la simple congestion

nerveuse, ou l'œdème aigu, comme dans le zona, peuvent déterminer l'atonie des vaisseaux et amener des congestions qui peuvent devenir œdémateuses et donner lieu à la production de bulles. C'est notamment ce qui arrive dans les exanthèmes congestifs, dans la rougeur émotive, etc..., où bien évidemment il n'existe pas de lésions profondes.

Les lésions bulleuses du tégument reconnaissent donc pour cause de leur production :

1° L'atonie nerveuse localisée sur les artérioles dans certains points déterminés, quelle que soit d'ailleurs la cause de cette atonie.

2° Sur des lésions congestives et œdémateuses on les voit apparaître comme des sortes d'épiphénomènes consécutifs à l'intensité avec laquelle s'effectue la papulation. L'œdème, dans ces circonstances, cesse d'être localisé dans l'épaisseur du derme, il se fraie une route vers l'extérieur à travers le corps de Malpighi et soulève l'épiderme ; en un mot d'*intra-dermique* il devient *extra-dermique*.

Une série de causes peuvent donc arriver, par divers mécanismes, à produire la lésion bulleuse. Cette lésion ne saurait donc être considérée comme caractéristique d'une seule maladie, mais bien comme un *accident cutané* commun à plusieurs. La définition du pemphigus ne peut donc être établie par la lésion cutanée. Cette définition ne peut être fournie par l'anatomie pathologique seule, mais bien par l'union de l'anatomie pathologique, de l'étiologie et de la clinique. Vouloir définir le pemphigus par la bulle, serait aussi illogique que de définir la variole par la pustule.

CHAPITRE III

Etude du Pemphigus aigu proprement dit

SOMMAIRE. — **a.** Le pemphigus véritable peut se présenter sous la forme aiguë ou sous la forme chronique. — Pemphigus foliacé. — Pemphigus vulgaire, ses caractères essentiels : modes d'éruption, chronicité, retour des poussées, cachexie.

b. Pemphigus aigu, fièvre bulleuse. — Modes d'éruption. — Prodromes. — Symptômes. — Peut-il récidiver. — Sa gravité. — Conditions étiologiques particulières.

c. Comparaison des deux formes de pemphigus. — Rapports du pemphigus aigu avec les fièvres exanthématiques du type de la varicelle.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le phénomène de la vésication se produit de deux façons bien différentes dans la brûlure au second degré et dans le cas de brûlure au premier degré, suivie d'érythème à développement œdémateux progressif. Dans un cas la bulle apparaît d'emblée sur la peau saine, ou bien, si elle est précédée d'une tache rouge, elle la recouvre rapidement et complètement ; dans l'autre cas la bulle n'apparaît que secondairement sur une plaque œdématiée ou même enflammée et ne

la recouvre que très-incomplètement. En dehors de tout traumatisme vésicant, nous retrouvons dans l'étude clinique des dermatoses bulleuses deux modes de formation des phlyctènes. Dans l'un, la bulle apparaît brusquement sur une peau saine et recouvre complètement la tache érythémateuse qui a pu la précéder ; dans l'autre la bulle survient sur des plaques d'œdème congestif ou anémique ou même d'inflammation localisée, de plus elle ne recouvre qu'une partie de leur surface et par conséquent est toujours entourée d'une zone rouge inflammatoire. Ce dernier mode appartient aux éruptions pemphigoïdes tandis que le premier ne se rencontre que dans les éruptions pemphigineuses, dans le pemphigus proprement dit.

Le pemphigus peut se présenter à l'observation sous la forme aiguë et sous la forme chronique. La forme chronique est la seule qui ait été admise sans contestation par tous les dermatologistes ; dans certains cas, l'affection revêt une allure spéciale qui lui a valu le nom de *pemphigus foliacé*, cette forme bien connue, décrite pour la première fois par Cazenave et Chausit est toujours chronique d'emblée, et n'a aucun rapport avec le pemphigus aigu ; nous la laisserons donc de côté. Mais il est une autre forme de pemphigus chronique, qui est beaucoup plus fréquente, c'est le pemphigus vulgaire d'Hébra que nous nous proposons de décrire brièvement pour montrer les points qui le rapprochent et ceux qui le différencient du pemphigus aigu.

Dans la monographie de Gilibert nous trouvons une observation type de chacune de ces formes, ce sont les observations I (p. 9) et III (p. 50). Dans la première, que nous rapportons à la fin de ce travail, il s'agit d'un homme bien portant qui, après avoir chassé dans les marais de la Bresse, éprouva des phénomènes fébriles

pendant 48 heures et fut atteint d'un pemphigus aigu simultané, dont il fut guéri au bout de 8 jours. Dans l'observation III, il s'agit d'une dame (Mme Bernard), âgée de 57 ans, qui fut atteinte, à la suite de douleurs rhumatoïdes, de plusieurs poussées d'un pemphigus successif, qui gagna peu à peu toute la surface cutanée et dura cent quinze jours. Pendant tout ce temps l'éruption se montra discrète ordinairement, mais abondante à plusieurs reprises.

Hébra, qui nie formellement la fièvre bulleuse, n'admet que l'existence du pemphigus foliacé et du pemphigus vulgaire ; ce dernier comprend le *P. vulgaris benignus* et le *P. vulgaris malignus*, ces deux formes ne se distinguent que par la durée plus ou moins soutenue de la poussée bulleuse, le nombre des bulles moins considérable dans le *benignus*, et le pronostic qui est plus grave dans le *malignus*. Le P. vulgaire comprend un grand nombre de variétés (*hystericus*, *pruriginosus*, *solitarius*, *gyratus* etc...) dont Martius n'a pas décrit moins de 97 espèces. Quoiqu'il en soit nous pouvons réunir en trois groupes les caractères particuliers du P. vulgaire.

a L'éruption consiste en bulles qui surviennent sur une peau saine, sans rougeur prémonitoire, elles poussent comme des champignons, ce qui n'est pas admis par tous les auteurs, Gilibert entre autres. Elles sont le plus souvent, sinon toujours, précédées d'une fluxion localisée de la peau *sans œdème ;* cette fluxion se révèle par des taches rouges, arrondies, atteignant dès le début toute l'étendue qu'elles doivent avoir; cette étendue est assez variable, et les diamètres de ces taches sont égaux d'une façon générale aux diamètres de nos diverses pièces de monnaie. Chaque tache se recouvre bientôt d'une bulle : « Observée au premier instant de sa naissance, elle constitue déjà sur chaque

érythème, une cloche ou ampoule étendue et convexe comme une hydatide ou un verre de montre qu'on aurait appliqué sur la peau. » (*Gilibert : p. 203*). Chaque bulle suit l'évolution que nous avons décrite dans le chapitre précédent ; Gilibert assigne à chaque période d'une bulle la durée moyenne suivante : invasion 6 à 8 heures, accroissement 2 à 3 jours, décroissance 24 à 36 heures, dessiccation 2 à 3 jours, ce qui fait en somme une durée de sept jours, si l'on ne tient pas compte des périodes de desquamation et de maculation qui peuvent être très-longues. Les bulles sont ordinairement peu nombreuses, débutent par un point quelconque du corps, puis l'envahissent peu à peu d'une manière successive, si bien, que chez le même sujet, on peut trouver à la fois des taches, des bulles, des ulcérations et des macules consécutives. Les poussées bulleuses persistent pendant deux, trois, quatre mois et même davantage.

b Les symptômes généraux, d'après Hébra, sont nuls dans le *P. benignus*, tandis que l'autre forme peut s'accompagner d'un mouvement fébrile léger au début ; après une longue durée, pendant laquelle le malade a perdu ses forces, il peut survenir une fièvre hectique beaucoup plus intense. Le pemphigus chronique s'accompagne ordinairement de symptômes du côté du tube digestif ; un catarrhe intestinal intense, que les médicaments sont impuissants à combattre, augmente rapidement la débilité du malade. A une période avancée de la maladie, aux troubles de la muqueuse intestinale viennent souvent se joindre les symptômes d'une cachexie séreuse. Le péritoine devient le siège d'un épanchement plus ou moins considérable, dont les variations sont en rapport intime avec la marche de l'exanthème et avec celle du catarrhe intestinal. On a aussi noté quelquefois un ca-

tarrhe pulmonaire et une dyspnée qui offraient ces mêmes variations. Il n'est pas rare de voir ces affections des séreuses et des muqueuses alterner avec les poussées de l'exanthème, c'est-à-dire devenir très-intenses quand les bulles disparaissent, et s'arrêter quand survient une éruption nombreuse de bulles. Une cachexie rapide est le terme du *P. malignus*, tandis qu'elle ne survient que tardivement, après de nombreuses récidives dans le *P. benignus ;* cette cachexie devient le symptôme dominant de la maladie et peut entrainer la mort du malade atteint de pemphigus dans une période *sine bullis.*

c Un des caractères essentiels du *P. vulgaris*, c'est d'une part la chronicité, et d'autre part la fatalité de la récidive. « Dans quelques cas, les différentes poussées de la maladie se font à des intervalles réguliers, dans d'autres, à des périodes complètement indéterminées. Quelquefois il survient une interruption pendant laquelle on ne voit aucune bulle — temps pendant lequel le pemphigus est pour ainsi dire, dans une période *sine bullis*; d'autres fois les éruptions se succèdent très-rapidement et constituent ainsi une seule poussée très-prolongée (*P. diutinus*), après la terminaison de laquelle il s'écoule souvent des mois et des années avant que la maladie ne reparaisse. » (*Hébra :* trad. du Dr Doyon, p. 812). La durée du *P. Vulgaris benignus* peut varier de six semaines à six mois.

En résumé : poussée successive des bulles, peu d'intensité des phénomènes généraux, durée très-longue de la maladie, fatalité de la récidive, cachexie, tels sont les caractères que doit présenter un pemphigus chronique. Kaposi parle, il est vrai, de pemphigus chroniques qui peuvent ne durer que deux mois, ne pas récidiver, et se montrer avec des symptômes fébriles concomitants et même prodromiques. C'est

là évidemment faire dévier le mot chronique de son sens habituel, et nous ne saurions accepter cette manière de voir.

II

Caractères de la forme aiguë.

Nous venons de résumer les caractères du pemphigus chronique, nous allons maintenant décrire le pemphigus aigu, la fièvre bulleuse des auteurs. Dans cette forme, comme dans l'autre, la lésion cutanée procède par une fluxion localisée, qui se manifeste à la vue par une tache rouge dont les dimensions peuvent atteindre celles de nos diverses pièces de monnaie. Ces taches ne sont le siège d'aucun œdème, d'aucune inflammation préalables, elles se recouvrent rapidement de bulles à contenu citrin qui atteignent exactement la grandeur des plaques. L'évolution de chaque bulle se fait en sept jours environ ; pendant cette évolution il est fréquent d'observer des bulles qui offrent un petit liseré rouge et qui n'est autre chose que l'auréole secondaire intimément liée à l'évolution purulente de la bulle. Les bulles guérissent, sans être suivies de cicatrices, mais elles laissent après elles des macules, dont l'aspect rappelle celui des syphilides, et qui peuvent persister très-longtemps; dans le cas que nous rapportons à l'observation II, elles ont duré pendant dix-huit mois. Quelquefois les bulles présentent un aspect violacé, ce qui indique la présence d'une certaine

quantité de sang dans la bulle ; ces bulles hémorrhagiques surviennent rarement d'emblée, le plus souvent elles se montrent pendant le cours de l'affection (obs. III) et sont toujours d'un pronostic fâcheux.

La poussée bulleuse peut se faire en une seule fois, c'est le cas du chasseur de Gilibert, alors la durée de l'affection est la même que celle d'une bulle quelconque considérée isolément. Mais le plus souvent l'éruption se fait par poussées successives, c'est-à-dire que chaque jour il apparaît de nouvelles bulles ; d'autres fois l'éruption est moins continue, mais se fait plus abondante à quelques jours d'intervalle seulement. De là l'impossibilité de fixer une limite absolue à la durée de l'affection, elle peut être d'un septénaire dans le pemphigus aigu simultané, et de trois à cinq septénaires dans le pemphigus aigu et successif. Cette variation dans la durée d'une affection aiguë n'a rien qui puisse nous surprendre ; ne l'observe-t-on pas à chaque instant pour le rhumatisme aigu par exemple ?

Les symptômes généraux sont ceux qui apparaissent les premiers, ils précèdent ordinairement l'exanthème de 24 à 48 heures et même plus. Alibert, dans son traité théorique et pratique des maladies de la peau, a longuement insisté sur cette période prodromique ; les symptômes qui la constituent n'ont rien de bien caractéristique, on les rencontre au début de toutes les affections pyrétiques. Ils consistent en lassitude générale, courbature, pesanteur et douleurs vagues dans les membres ; le malade a de l'embarras gastrique : soif vive, anorexie quelquefois complète, vomissements glaireux ou alimentaires ; souvent une diarrhée séreuse, persistante, se montre au début, la constipation est rare. Il existe en outre de la céphalalgie, de la fièvre qui se traduit par des frissons répétés, une augmentation de la tempéra-

ture qui peut être considérable, une plus grande fréquence du pouls, de l'insomnie, de l'agitation et même du délire. « Si quelque chose pouvait pendant sa durée faire présager l'éruption d'un pemphigus, si cette période prodromique avait, comme celle de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, un caractère pathognomonique spécial, ce serait la diarrhée et la grande faiblesse ; la faiblesse beaucoup plus prononcée qu'elle ne l'est habituellement au début d'une pyrexie, et la diarrhée intense, rebelle, que l'on a voulu expliquer par le fait d'une éruption pemphigoïde sur la muqueuse intestinale. » (1).

En même temps, dans les points où doit se faire l'éruption, le malade éprouve des cuissons, des démangeaisons, des picotements, des sensations de chaleur et de brûlure.

Tous ces symptômes subissent un amendement notable lors de l'apparition des bulles. Le prurit surtout, qui était intolérable, disparait presque complètement pour revenir, mais moins intense, aussi souvent qu'il y aura de nouvelles poussées. Au prurit viennent bientôt s'ajouter les douleurs excessives produites, à la suite de la rupture des bulles, par l'exposition du derme en partie dénudé au contact de l'air et des vêtements. Le plus léger mouvement du patient devient la source de douleurs tellement vives qu'elles peuvent lui arracher des cris et produire des syncopes ; le pansement des plaies devient difficile, souvent même impossible.

L'anorexie va en augmentant car très-souvent l'éruption, se faisant aussi sur la muqueuse de la partie supérieure des voies digestives, amène du gonflement, de la douleur et une dysphagie considérable. Quelquefois ce sont les mouvements de mastication qui sont rendus douloureux par la

(1) Guibout. *Leçons cliniques sur les Maladies de la peau*, 1876. — p. 426.

présence de quelques bulles au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure. Les vomissements du début disparaissent, et la diarrhée, souvent remplacée par une constipation opiniâtre pendant tous le cours de la maladie, peut réapparaître sur son déclin, elle semble alors jouer le rôle de phénomène critique. Mais si elle ne correspond pas à une amélioration notable, évidente, de l'état général, à une fin prochaine de l'exanthème, elle devient un signe de mauvais augure; elle est l'indice d'une fluxion du tube digestif (Obs. III).

Les urines subissent des modifications probablement importantes, encore mal connues. Leur quantité est très variable ce qui tient d'une part à la fièvre, à laquelle est en proie le malade, et d'autre part à l'état du tube digestif. Gilibert insiste longuement sur les rapports qui existent entre les variations de la quantité des urines et les alternatives de diarrhée. On a souvent trouvé des traces d'albumine, ce qui tient quelquefois à un mal de Bright, mais souvent aussi simplement à une congestion rénale qui a été constatée à l'autopsie.

La fièvre, qui au moment de l'invasion avait montré un paroxysme, persiste sans offrir de caractères particuliers ; elle subit des variations en rapport intime avec l'évolution de l'exanthème; ou plutôt ses exacerbations sont l'indice ordinaire d'une nouvelle poussée de bulles. Là, comme dans les fièvres éruptives, la rougeole, la scarlatine et surtout la variole, la fièvre et les symptômes généraux, sont en rapport direct avec l'intensité de l'éruption.

Lorsque le P. aigu est simultané, la durée des symptômes généraux est assez courte ; très-intenses au début, ils le sont beaucoup moins après l'éruption et disparaissent complètement en trois ou quatre jours ; l'exanthème lui-même étant complètement guéri au bout d'un septénaire environ. Lorsque le P. aigu est successif, ce qui est bien plus fréquent,

les symptômes généraux durent plus longtemps, mais sont de moins en moins alarmants quand l'issue de la maladie doit être heureuse. Ainsi dans le P. simultané ou successif, les phénomènes généraux restent les mêmes, leur durée seule varie. Il n'en est plus de même quand la terminaison de la maladie doit être fatale; l'amendement du début est peu marqué, et la rémission qui suit d'ordinaire chaque poussée est à peine sensible. L'exposition relative d'un grand nombre de branches terminales nerveuses sensitives aux influences extérieures, leur irritation continuelle, engendrent de la douleur et des phénomènes d'excitation, puis d'épuisement du système nerveux. La température reste très-élevée, des frissons apparaissent surtout le soir, et les forces du malade baissent rapidement. Le délire, d'abord intermittent, devient continu, le pronostic est alors beaucoup plus grave qu'au début, surtout si l'on ne peut expliquer ces phénomènes par la nature nerveuse du patient ou par ses habitudes alcooliques.

La respiration, libre jusqu'alors, devient pénible et précipitée dans les cas graves ; peut-on expliquer ce phénomène par la suppression des fonctions d'une grande surface de la peau? Nous ne le pensons pas, car il manque dans beaucoup de cas de pemphigus généralisés ; il doit être attribué surtout à la fièvre, qui est intense à cette période, et à la congestion pulmonaire qui a été constatée dans la plupart des autopsies; l'altération de la respiration est souvent méconnue pendant la vie, car l'auscultation ne peut être librement pratiquée sur un thorax dépouillé en grande partie de son épiderme.

Ainsi, l'élévation considérable de la température, la grande intensité des phénomènes généraux, l'excitation, puis l'épuisement du système nerveux, la persistance de la

diarrhée, la congestion pulmonaire et la dyspnée, tels sont les phénomènes qui impriment au pemphigus aigu un caractère spécial de malignité.

Dans certains cas, qui sont plus difficiles à interpréter, les phénomènes généraux n'apparaissent que tardivement : au 8e et au 10e jour de la maladie (obs. X et XI), la température s'élève alors rapidement et se maintient à un degré très-élevé, des symptômes ataxiques et adynamiques surviennent et persistent jusqu'à la mort du malade qui succombe dans un état de torpeur comateuse, analogue à celle qu'on observe dans les maladies à forme typhoïde. Nous considérons ces cas comme de véritables pemphigus aigus; car ils sont relatifs à des sujets atteints pour la première fois d'un pemphigus, qui, dans sa marche et son ensemble, a offert tous les caractères propres aux affections aiguës.

Le pronostic du pemphigus aigu, tel que nous l'entendons, est excessivement grave; le plus souvent la maladie se termine par la mort. A la fin de ce travail nous rapportons onze cas de pemphigus dont cinq ont eu une issue fatale; sur les six autres cas, il en est deux que nous devons éliminer, car les sujets n'ont pas été suivis jusqu'à la terminaison de la maladie. Nous devons maintenant nous demander ce que deviennent les malades qui guérissent, et s'ils sont exposés à des récidives.

Les observations nous manquent pour répondre d'une façon absolue, mais ce qu'il y a de certain c'est que la récidive n'est pas fatale. Que l'on consulte l'observation II qui nous a été communiquée par M. Lailler, et l'on verra que le sujet de cette observation n'a été atteint d'aucune affection cutanée depuis l'apparition de son pemphigus, c'est-à-dire depuis onze ans; dans l'observation V il est aussi noté qu'il n'y a pas eu de récidive.

Il nous reste à déterminer l'étiologie du pemphigus aigu, ce qui est d'une grande difficulté, vu la rareté de l'affection. L'analyse de nos observations ne nous permet pas de dire quelle influence doit être attribuée aux climats, aux saisons. Le pemphigus parait plus fréquent chez l'homme, et se montre entre 20 et 40 ans. Il survient le plus souvent chez des gens affaiblis ou débilités par des excès de travail, par la misère, par des chagrins et aussi par un séjour plus ou moins prolongé dans un milieu putride (marais) ou par un contact répété avec des matières animales (boucher, garçon tripier, cuisinier). Dans l'observation II le malade avait une plaie à un doigt ; il y aurait peut-être lieu de se demander si une pareille lésion a pu servir de porte d'entrée à la maladie.

Tels sont les caractères du pemphigus aigu que nous venons de décrire en nous appuyant sur les observations qui terminent ce travail. Si nous le comparons au pompholix, nous voyons que l'exanthème seul est commun aux deux formes. Dans les deux cas l'élément éruptif est identique comme celui de la vaccine l'est à celui de la variole, ce qui n'est pas suffisant pour identifier ces deux affections. L'absence ordinaire de prodromes dans le pompholix, celle de la de fièvre pendant son évolution, sa durée très-longue, la fatalité des récidives, la bénignité relative de son pronostic, la cachexie finale qui accompagne les cas graves, tels sont les signes qui le différencient du pemphigus aigu, qui est constamment accompagné et même précédé d'une fièvre intense, qui a une marche rapide, qui ne récidive pas et qui se termine fréquemment par la mort. Il est donc légitime d'admettre l'existence du pemphigus aigu, de la fièvre bulleuse des auteurs.

Les caractères de cette fièvre bulleuse la rapprochent

quelque peu des fièvres éruptives, dont elle diffère néanmoins par des caractères importants. Elle offre une analogie bien plus grande avec les fièvres exanthématiques du type de la varicelle. Dans ces deux affections il existe une période prodromique variable quant à son intensité et à sa durée, le mode de l'éruption est identique, c'est-à-dire que sur des taches érythémateuses surviennent des bulles qui les recouvrent complètement, leur évolution est la même ; les bulles de la varicelle offrent quelquefois une auréole qui est secondaire et ne se rencontre que dans la variété *swine-pox*, les poussées bulleuses sont également simultanées ou successives et disséminées ; enfin ces affections ne sont pas inoculables. Les signes qui rapprochent ces deux affections sont tellement nombreux que plusieurs dermatologistes les ont confondues en une seule maladie; le volume plus petit des bulles de la varicelle, la fréquence de cette maladie, qui est épidémique et contagieuse, sa bénignité permettent seules d'en faire une affection distincte du pemphigus aigu, bien qu'étroitement similaire de ce dernier.

CHAPITRE IV

Des Eruptions pemphigoïdes proprement dites.

Sommaire. — **a.** Remarques générales sur les éruptions pemphigoïdes proprement dites.

b. Caractères de l'érythème pemphigoïde polymorphe. Particularités de cet érythème quand il est l'expression d'un état cachectique. Diognostic avec le pemphigus aigu.

c. Caractère de la fièvre ortiée pemphigoïde. Diagnostic avec le pemphigus aigu.

d. Caractères de la fièvre herpétiforme pemphigoïde. Hydroa pemphigoïde. Diagnostic de ces formes et du pemphigus vrai.

Ce que nous avons dit, au chapitre de l'anatomie pathologique, des caractères généraux des bulles qui recouvrent exactement un point d'hypérémie produite à leur niveau, nous dispensera d'entrer dans de longs détails relativement aux différences fondamentales, qui séparent les éruptions pemphigineuses des éruptions pemphigoïdes. Ces dernières sont caractérisées surtout par un accident bulleux qui se produit à la surface d'une plaque d'érythème ou d'œ-

dême congestif. Cette lésion bulleuse se produira, dans la majorité des cas, sans influencer le caractère général antérieur de la maladie proprement dite, qui lui a donné naissance; c'est ainsi qu'une fièvre ortiée pourra, à un moment donné, devenir bulleuse, sans cesser de présenter les caractères généraux de l'urticaire fébrile.

De même un érysipèle bulleux ne diffère pas fondamentalement des érysipèles, dans lesquels la production de bulles n'est pas observée. Cependant il est des cas où la poussée bulleuse semble se faire avec une régularité telle qu'elle imprime à la maladie un caractère particulier, un aspect spécial; un érythème polymorphe, par exemple, peut s'accompagner d'une production assez régulière de bulles, se succédant par poussées assez nettes, pour que l'on dise alors que la dermatose revêt un véritable caractère pemphigoïde. Dans d'autres cas, une lésion déjà caractérisée normalement par une éruption peut devenir l'origine d'un exanthème nettement bulleux, les bulles peuvent acquérir un si grand volume, une si grande importance, que la physionomie ordinaire du mal est changée, et que, pour le clinicien, il existe une variété d'érythèmes, différente des cas ordinaires, dans laquelle les bulles jouent un rôle en quelque sorte prédominant; l'on dira dans ces cas que l'on a affaire à une forme bulleuse ou pemphigoïde, de l'herpès, par exemple; et ceci amène naturellement à s'occuper des formes où cette affection prend le masque du pemphigus, à en faire la description au double point de vue de l'évolution et du pronostic, en un mot, à en décrire une variété spéciale. C'est là ce que nous allons essayer de faire dans le chapitre qui va suivre, chapitre dans lequel nous étudierons successivement la plupart des formes bulleuses, qui se rapprochent du pemphigus par une abondante formation de phlyctènes, et qui d'autre

part s'en éloignent par une série de caractères que nous allons dès à présent étudier.

II

Caractères de l'Érythème pemphigoïde polymorphe.

Le mot *érythème* s'appliquait autrefois à un grand nombre de dermatoses caractérisées par une rougeur de la peau, cette rougeur étant hyperémique ou congestive, il constituait ainsi un symptôme d'affections très-diverses, plutôt qu'une véritable maladie. Aujourd'hui on attache moins d'importance à la rougeur cutanée qu'au processus anatomique dont elle est le résultat; c'est ce qui a permis de décrire sous un seul terme : *érythème polymorphe*, dénomination heureuse créée par Hébra, une maladie nettement déterminée, qui peut revêtir, comme nous allons le voir, un aspect variable, *multiforme*, aux différentes périodes de son évolution et aussi suivant le degré d'intensité de la congestion, qui produit l'exanthème propre à cette affection.

Dans l'érythème polymorphe, l'efflorescence consiste le plus souvent en papules ou élevures aplaties, d'une coloration rouge-foncée et même violacée, du volume d'une lentille ou d'une fève; isolés ordinairement, ces éléments peuvent devenir confluents sur certains points, comme cela s'observe fréquemment aux extrémités, et former des plaques mamelonnées de la largeur de la paume de la main, dont

les saillies sont quelquefois plus faciles à reconnaître au toucher qu'à la vue. La base de ces grandes plaques est fortement congestionnée et œdématiée; leur coloration n'est pas uniforme, elle est plus foncée au niveau des points correspondant aux petites plaques isolées, et plus claire au niveau des espaces qui les séparaient au début; une zone d'un rouge vif, hyperémique, circonscrit les grandes plaques elles-mêmes, mais disparaît assez rapidement, tandis que les plaques violacées du centre persistent beaucoup plus longtemps. En dehors de cette zone ou sur ses limites, on peut voir encore des papules ou des élevures isolées. Le mode de combinaison et d'évolution des éléments éruptifs peut leur imprimer des caractères remarquables, qui ont permis de les décrire comme des espèces particulières sous les noms de : *érythema gyratum seu marginatum*, *E. annulare*, *E. iris*, etc., dénominations en rapport seulement avec l'aspect que peuvent revêtir les plaques érythémateuses à leurs divers âges. Tels sont les caractères de l'efflorescence érythémateuse à son état le plus simple; elle est constituée anatomiquement, comme nous l'avons vu, par des plaques d'œdème congestif, mais on peut aussi y rencontrer quelques plaques d'œdème anémique, des papules d'urticaire, isolées ou surmontant une plaque d'œdème congestif. Dans certains cas la congestion œdémateuse est beaucoup plus intense, et l'exsudation qui en résulte, au lieu de rester intra-dermique, devient sous-épidermique, c'est-à-dire qu'elle aboutit à la formation de vésicules qui, par leur accroissement progressif ou par leur fusion, peuvent se transformer en véritables bulles.

Dans ce cas la lésion anatomique est d'une importance secondaire; sèche ou humide, elle est toujours due au même processus et reste symptômatique d'une seule et même

lésion, qui peut revêtir différents degrés d'intensité. Ce passage de l'état papuleux à l'état vésiculeux et bulleux n'est pas très-fréquent, et quand il se produit, c'est seulement sur quelques unes des plaques érythémateuses (Obs. XII). Dans les cas où cette transformation bulleuse est le plus généralisée, on retrouve toujours quelques plaques d'érythème, qui ont conservé leur aspect caractéristique. D'ailleurs, la base érythémateuse sur laquelle reposent les bulles offre des signes particuliers : elle est incomplètement recouverte par la bulle ; ses bords, plus ou moins infiltrés, conservent la coloration rouge-foncée qu'avaient les plaques, ils forment à chaque bulle une auréole plus ou moins étendue, et sur cette auréole apparaissent souvent de nouvelles papules ou vésicules périphériques, dont le mode de formation est identique à celui de la bulle centrale. Enfin, si l'on déchire une bulle, on voit que la surface qu'elle recouvrait est très-rouge, très-congestionnée. Quelquefois la congestion œdémateuse ne reste pas limitée au derme, elle gagne les parties profondes et envahit le tissu cellulaire sous-cutané, comme cela s'observe fréquemment à la face dorsale des mains et des pieds (Obs. XII, XV), ces régions sont très-tuméfiées et prennent alors un aspect phlegmoneux.

Le siège spécial de l'érythème polymorphe constitue un de ses caractères importants ; il existe continuellement sur la face dorsale des mains et des pieds, et envahit habituellement les membres inférieurs et supérieurs, où il se montre plus confluent au niveau du coude et du genou, ce qui imprime à l'éruption un caractère de symétrie. Rarement il gagne le tronc et la face ; le Dr Lewin analysant quatre-vingt-dix-huit observations, dont cinquante-six lui sont personnelles, ne rapporte que trois cas où l'exanthème s'est

généralisé ; d'après Hardy cette généralisation serait beaucoup plus fréquente. Bazin signale encore comme siège de prédilection de l'érythème polymorphe la muqueuse qui tapisse la cavité buccale, la face interne des lèvres et des joues spécialement ; cette localisation de l'éruption dans la bouche est notée plusieurs fois dans nos observations, et même dans un cas (Obs. XIV) la tuméfaction de la muqueuse buccale et pharyngienne fut telle, qu'elle créa une véritable complication. Dans l'érythème polymorphe, que l'éruption soit localisée ou généralisée, qu'elle soit discrète ou confluente, elle existe toujours aux extrémités par où elle débute presque constamment.

Les phénomènes subjectifs, qui accompagnent l'éruption, sont peu importants; les malades éprouvent seulement de la cuisson et quelques démangeaisons plus ou moins vives dans les points où apparait l'exanthème Ce phénomène est une conséquence de la rapidité avec laquelle l'infiltration du derme se produit, et a vraissemblablement pour origine l'action mécanique de l'exsudat sur les filets nerveux intra-dermiques. Il existe en outre une sensation de tension douloureuse dans les régions où l'éruption est confluente et s'accompagne de congestion œdémateuse sous-dermique.

Les phénomènes généraux sont très-variables; nuls ou à peu près nuls, quand l'éruption est localisée ou peu étendue (Obs. XII), ils peuvent revêtir une grande intensité, quand elle est généralisée. Dans ces cas il existe souvent une période prodromique, qui peut durer vingt-quatre et même quarante-huit heures, et pendant laquelle il survient de l'anorexie, de la courbature, des frissons et de la fièvre. Comme phénomènes concomitants, nous n'avons guère à signaler que l'état saburral des premières voies digestives, de la constipation et de la fièvre qui peut durer aussi long-

temps que l'exanthème, la température peut s'élever le soir à 39 et 40°; mais l'état général est peu affecté, il reste bon puisque dans l'observation de Kobner, la malade, qui fut atteinte au moment de ses couches, a pu continuellement allaiter son enfant. Cependant nous rapportons un cas (Obs. XIV du Dr Purjez) dans lequel les phénomènes généraux ont offert une gravité exceptionnelle, qui fut occasionnée peut-être par la confluence de l'éruption dans les régions buccale et pharyngienne ; l'inflammation concomitante produisit la fétidité de l'haleine, une salivation abondante et une anorexie complète. Bientôt apparurent de l'insommie, du délire et de l'adynamie, puis en même temps survint, comme complication, un tétanos auquel succomba le malade au bout de quarante-huit heures. Si nous laissons de côté ce cas exceptionnel, on peut se convaincre que dans tous les autres (Obs. XII, XIII XV) les phénomènes généraux n'ont offert aucune gravité.

L'érythème polymorphe pemphigoïde a toujours une marche aiguë ; et si nous consultons nos observations seulement, nous voyons qu'il a une durée *minima* de quatorze jours et une durée *maxima* de vingt-cinq jours. Cette variation dans la durée tient à ce que l'éruption se fait par poussées successives. Un caractère important de l'érythème, d'après tous les dermatologistes, est constitué par ses récidives, qui sont tellement fréquentes, qu'elles peuvent revêtir le type annuel, c'est-à-dire se montrer pendant plusieurs années consécutives au même mois. Dans nos observations la récidive n'est notée qu'une fois, car les autres malades n'ont pas été suivis assez longtemps. Enfin il est à remarquer que cette affection attaque de préférence les jeunes gens, âgés de dix-huit à vingt-cinq ans, et qu'elle est plus

fréquente pendant les mois froids et humides : septembre, octobre, novembre, janvier.

Le pronostic de l'érythème pemphigoïde est relativement bénin, puisque sur les quatre observations que nous rapportons, un seul cas s'est terminé par la mort, encore le malade a-t-il succombé à un tétanos, qui surprit le patient après un nuit passée dans le délire et une grande agitation ; mais il ne faut pas oublier que les récidives sont constantes. Il faut aussi tenir compte de la santé générale du malade ; quand cette affection survient chez des sujets cachectiques elle prend des caractères particuliers et une marche maligne, c'est ce que nous allons montrer par l'analyse des observations XVI et XVII.

Dans l'observation XVI il s'agit d'un jeune homme tuberculeux, qui avait eu plusieurs abcès ganglionnaires, et une double arthrites uppurée du coude, guérie par ankylose, et qui de plus habitait dans un endroit humide et se nourrissait de substances exclusivement végétales. Chez ce sujet manifestement cachectique, et dont les urines contenaient de l'albumine, les phénomènes généraux du début furent très-intenses, il éprouva des frissons, des douleurs lombaires, une grande faiblesse et eut plusieurs vomissements. Les lésions locales de l'exanthème furent aussi plus graves que d'ordinaire, il y eut une vive inflammation de la base des bulles qui gagna les parties profondes du derme, d'où production d'un phimosis et d'un aspect érysipélateux du front, du nez et de la joue droite.

Dans l'observation XVII nous trouvons des particularités encore plus remarquables. Il s'agit d'un cordonnier, âgé de cinquante-six ans, dont la santé générale laissait beaucoup à désirer, par suite de ses mauvaises habitudes hygiéniques et alcooliques. Il présentait un léger œdème des membres, et

si les urines ne contenaient ni albumine, ni sucre, il était néanmoins atteint d'une néphrite goutteuse, comme l'a démontré l'autopsie. L'exanthème était constitué par des bulles, à contenu citrin, reposant sur une base érythémateuse, des bulles hémorrhagiques, des ulcérations sécrétant une sanie fétide, et de petites taches de purpura. De plus les fosses nasales étaient le siège d'un suintement muco-purulent, l'haleine était fétide, et il existait de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. L'état général devint de plus en plus mauvais et le patient succomba au dix-huitième jour de la maladie, ayant une température de 40°, prise dans l'aisselle. L'autopsie révéla, outre ce que nous venons de relater, l'existence de plaques congestionnées et d'écchymoses sur la muqueuse de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum.

Comme on le voit, ce cas offre des caractères particuliers, qui le rapprochent de certains cas de morve, et si ce n'était l'absence de complications du côté des voies respiratoires, le diagnostic eût certainement été des plus difficiles.

Remarquons encore que, dans les observations que nous venons d'analyser, les deux malades étaient atteints d'affections rénales, et que ces deux cas se sont terminés par la mort. Ceci nous montre que, si le pronostic de l'érythème pemphigoïde polymorphe est ordinairement bénin, ce pronostic devient excessivement grave quand l'affection attaque des sujets cachectiques, et notamment ceux atteints de lésions rénales.

Nous allons maintenant établir le diagnostic différentiel des érythèmes pemphigoïdes et du pemphigus aigu véritable.

Si nous considérons l'éruption, nous voyons que dans l'érythème elle est rarement généralisée, qu'elle existe

toujours aux extrémités, par lesquelles elle débute presque constamment; qu'elle est polymorphe, c'est-à-dire, qu'elle est constituée par des papules, des élevures, des plaques d'œdème congestif et d œdème anémique, des vésicules et des bulles, et que ces bulles reposent sur une base érythémateuse et congestionnée, qu'elles ne recouvrent qu'incomplétement. Dans le pemphigus aigu au contraire, l éruption n est constituée que par des bulles, reposant sur une peau saine et n offrant d'auréole érythémateuse qu'à la période de leur évolution purulente.

L'érythème pemphigoïde attaque le plus souvent des jeunes gens qui paraissent jouir d'une assez bonne santé, il est plus fréquent dans les saisons froides et humides, il récidive ordinairement et affecte même le type annuel, il altère peu l'état général du malade ; son pronostic est bénin, à moins que la maladie ne survienne sur des sujets cachectiques. Au contraire, le pemphigus aigu attaque presque toujours des gens affaiblis par la misère, les privations ou des excès de travail; il offre presque toujours une période prodromique et les phénomènes généraux accompagnant l'éruption sont ordinairement graves ; enfin , comme nous l'avons vu, le pronostic du pemphigus aigu est toujours très-grave, puisque dans la majorité des cas il occasionne la mort.

III

Caractères de la Fièvre ortiée bulleuse.

Dans tous les livres de dermatologie, on trouve une longue description de la fièvre ortiée, nous allons donc seulement

résumer les principaux caractères, qu'elle offre dans sa forme ordinaire pour pouvoir la comparer avec la forme bulleuse, et montrer les analogies et les différences qui existent entre elles.

L'exanthème de l'urticaire est caractérisé par le développement d'élevures, d'une coloration blanche ou rose, différente de la coloration ordinaire de la peau, souvent plus sensibles au toucher qu'à la vue, survenant et disparaissant brusquement sans être suivies de desquamation sensible. Cet exanthème peut être généralisé d'emblée, ce qui est rare; ordinairement il est limité à quelques régions, aux membres par exemple, mais il est essentiellement *erratique*, c'est-à-dire qu'il abandonne à chaque instant une région pour en envahir aussitôt une autre. Nous savons déjà que les élevures de l'urticaire sont dues à une infiltration du derme, à un œdème localisé, assez intense pour produire l'anémie des vaisseaux par compression. Si, à ces phénomènes locaux, nous ajoutons des phénomènes subjectifs, qui consistent en une sensation de cuisson et de démangeaisons excessives, et des phénomènes fébriles prodromiques et concomitants, qui peuvent offrir une grande intensité, nous avons la description sommaire de la fièvre ortiée, telle qu'elle se présente à l'observation dans la grande majorité des cas. Nous devons ajouter, d'après tous les auteurs, que la fièvre ortiée ne constitue pas une maladie grave, qu'elle n'entraîne jamais la mort par elle-même; celle-ci ne survient que dans le cas où l'urticaire est liée à une affection interne, et c'est alors de cette affection seulement que dépend le pronostic.

Il n'est pas très-rare d'observer à la surface du tégument, dans le cours d'une fièvre ortiée, la présence de quelques bulles, qui constituent un degré plus grave de la lésion anatomique primitive, en ce sens que l'infiltration anémique du

derme offre une plus grande intensité, et que d'intra-dermique elle est devenue sous-épidermique. L'existence de ces quelques bulles altère peu la marche générale de la maladie, l'exanthème seul est modifié ; il est moins fugace, moins erratique. Mais il n'en est plus de même quand la transformation bulleuse est généralisée, fait dont nous rapportons un exemple à la fin de ce travail.

Dans l'observation XVIII (Dr Malherbe), il s'agit d'une femme de 46 ans, qui, depuis quatre mois, éprouvait le soir, une heure environ après le coucher, des démangeaisons très-vives sur les membres. Après des bains répétés et une friction douloureuse faite avec une pommade contenant de la terébenthine, cette femme vit tout son corps se couvrir de bulles du volume moyen d'une amande; l'éruption ne respecta que la face et les muqueuses. Quand les bulles se déchiraient, on voyait que la surface mise à nu n'était point rouge. Au poignet et à la face dorsale des mains existaient des élevures d'urticaire blanches, à bords rosés, qui, par leur confluence, formaient de grandes plaques, dont la transformation bulleuse fut constatée vingt-quatre heures plus tard. Les bulles apparaissaient d'une manière successive et avaient une marche semblable à celles du pemphigus. Le sixième jour de l'éruption, outre les symptômes gastriques, qu'avait offert la malade dès le début, apparurent de l'insomnie, du délire et une perte rapide des forces, ces phénomènes persistèrent en s'aggravant, et la malade succomba dans le coma à la fin du huitième jour. L'autopsie ne révéla que de la congestion pulmonaire et une hypèrémie notable de la partie inférieure de l'intestin grêle.

Cette observation nous montre que la fièvre ortiée bulleuse diffère notablement de la fièvre ortiée ordinaire; les plaques d'urticaire sont plus tenaces; nous venons en effet de voir que

sur le dos de la main, elles ont persisté pendant vingt-quatre heures, et que ce n'est qu'au bout de ce temps qu'elles ont subi la transformation bulleuse. Enfin ces deux variétés d'une seule et même maladie diffèrent essentiellement par la gravité de leur pronostic : bénin dans sa forme ordinaire, il peut être très-grave dans sa forme bulleuse.

Le diagnostic de la fièvre ortiée bulleuse et du pemphigus aigu véritable est généralement facile, même dans les cas où les bulles sont le plus généralisées ; un examen attentif révèle toujours l'existence de quelques plaques d'œdème anémique plus ou moins fugaces, qui sont la caractéristique de l'urticaire ; les bulles qui apparaissent sur ces plaques sont plus petites que dans le pemphigus, elles respectent les muqueuses, et les surfaces qu'elles recouvrent sont pâles et non rosées. La période prodromique est plus longue dans la fièvre ortiée bulleuse, car elle est ordinairement précédée d'une affection ortiée simple qui dure depuis plusieurs mois. Enfin, le pemphigus aigu, comme nous l'avons vu, se produit dans des conditions étiologiques spéciales, qui ne se rencontrent pas dans l'étiologie de la fièvre ortiée bulleuse ; ajoutons aussi que, bien que nous ayons rapporté un cas de fièvre ortiée suivi de mort, le pronostic est toujours plus grave dans le pemphigus aigu.

IV

Caractères de la fièvre pemphigoïde herpétiforme vraie.

En créant le terme de *fièvre herpétique*, M. le professeur Parrot, comme il le dit lui-même, a seulement mis une étiquette commune sur des affections considérées comme distinctes jusqu'à présent, mais qui offrent des caractères analogues d'origine et une grande parenté d'évolution. Cette fièvre herpétique comprend les fièvres *synoques* et *continentes* des anciens, les fièvres *angioténiques* de Pinel, la fièvre *gastrique* ou l'*embarras gastrique fébrile* des modernes ; la caractéristique de toutes ces fièvres, à dénominations si diverses, consiste dans un appareil fébrile en rapport intime avec une éruption de vésicules groupées d'herpès.

L'appareil fébrile, prodromique ou concomitant, offre de nombreux caractères communs avec celui des véritables fièvres éruptives, tels que la brusquerie du début, la constance des phénomènes nerveux, les troubles des fonctions digestives, et l'irritation des voies respiratoires. Tous ces phénomènes offrent des variations considérables en rapport avec des circonstances personnelles, avec la constitution du sujet.

L'exanthème de la fièvre herpétique est constitué par la naissance de vésicules ou de petites bulles, qui ont un siége de prédilection, tel que la région naso-labiale, la muqueuse buccale et surtout les amygdales, la conjonctive oculaire,

les organes génitaux, etc., mais qui peuvent aussi se montrer sur une partie quelconque de la surface cutanée, et même se généraliser par des poussées successives.

C'est souvent à la suite d'un refroidissement, qui impressionne plus ou moins vivement le système nerveux périphérique, que prend naissance la fièvre herpétique ; elle est très-fréquente au printemps et aux changements de saisons, elle récidive très-souvent. Si nous ajoutons que le pronostic de cette affection est presque constamment bénin, nous aurons un tableau résumé de la fièvre herpétique. Nous avons vu que l'éruption consistait en vésicules ou en petites bulles, mais quelquefois les bulles peuvent être assez volumineuses et assez nombreuses pour qu'elles prennent un aspect pemphigoïde, aspect qui les rapproche beaucoup du pemphigus véritable ; ce sont ces cas que nous comprenons sous la dénomination de *fièvre pemphigoïde herpétiforme* que nous nous proposons d'étudier dès maintenant, en nous appuyant sur les six observations (XXIII à XXVIII) que nous rapportons à la suite de ce mémoire (1).

Les symptômes généraux sont assez variables, quant à leur intensité; ils n'ont fait défaut que dans l'observation XXV où l'auteur ayant mis tous ses soins à décrire l'éruption a négligé, par omission probablement, de parler de l'état général du malade. Dans tous les autres cas, les phénomènes fébriles se sont montrés avec une grande intensité, surtout avant la période d'éruption, quelquefois ils débutent solennellement, comme la pneumonie, par des frissons violents, accompagnés de claquements de dents

(1) En dermatologie le mot *herpétique* entraîne avec lui une telle confusion, que nous lui avons substitué le mot *herpétiforme*, nous tenant ainsi en dehors de toutes les questions doctrinales.

(Obs. XXIV), et qui peuvent être répétés ; d'autres fois les frissons font défaut et le malade éprouve une sensation de chaleur intense, pénible, qui ne s'accompagne pas de sueurs (Obs. XXVI). Le pouls est rapide, et la température varie entre 38,5 et 40°, chiffres auxquels elle se maintient pendant plusieurs jours, quand l'éruption se fait par poussées successives (Obs. XXVII et XXVIII).

Quelquefois ce sont les symptômes gastriques qui dominent ; dans l'observation XXIII l'affection a débuté par une indigestion, mais le plus souvent les troubles des voies digestives sont assez légers, et ne se manifestent que par de l'anorexie et de l'état saburral de la langue. Il est à remarquer que dans aucune de nos observations il n'a existé de la diarrhée, tandis que la constipation y est quelquefois signalée.

Les voies respiratoires peuvent aussi être affectées, mais plus rarement ; dans l'observation XXVI, c'est à la suite d'une bronchite, que s'est déclarée l'affection, et dans l'observation XXVII une bronchite légère concomitante est aussi signalée.

Nous devons maintenant décrire l'éruption qui a accompagné ces états fébriles ; disons, tout de suite, qu'elle n'a offert que des phénomènes subjectifs très-légers, et que ce n'est que dans quelques cas que la cuisson et les démangeaisons ont été assez vives. Cette éruption peut revêtir des caractères très-variés ; elle est quelquefois constituée par de petites taches érythémateuses de 1 ou 2 millimètres de diamètre, ou par de petits points miliaires, avec une vésicule centrale à peine perceptible, laquelle, augmentant peu à peu de volume, peut aboutir à la formation d'une petite bulle ayant 5 à 6 millimètres de diamètre, mais constamment entourée d'une auréole érythémateuse plus ou moins foncée (Obs. XXVII). D'autres fois on observe de véritables plaques d'œdème congestif pré-

sentant plusieurs cercles concentriques de couleurs différentes (érythème iris); au centre de ces plaques apparaît une vésicule, qui se dessèche assez rapidement tandis que d'autres prennent naissance à leur périphérie (*herpès iris*), mais quelquefois l'évolution vésiculeuse est assez brusque pour aboutir a la formation d'une phlyctène recouvrant plus ou moins exactement la plaque d'œdème.

Dans quelques cas l'éruption est constituée uniquement par des vésicules et des bulles (Obs. XXIII et XXVII), mais ces dernières sont petites, inégales, ne dépassent guère le volume d'une noisette, sont souvent irrégulières, et reposent toujours sur une base érythémateuse; de plus, autour de ces bulles, on trouve encore des vésicules isolées ou disposées par groupes, qui montrent que c'est par fusion ou par accroissement lent et progressif qu'elles ont pris un aspect bulleux et pemphigoïde. Cette transformation bulleuse est secondaire, et pour ainsi dire accidentelle; dans l'observation XXVI, qui est très-intéressante, nous voyons un cas, où la transformation des vésicules en bulles ne s'est pas effectuée, et qui peut être considéré comme type de la fièvre herpétique de M. Parrot.

Quand l'éruption se fait sur les muqueuses, ce qui est fréquent et presque constant, son évolution est assez rapide pour que la période vésiculeuse soit quelques fois difficile à observer ; les vésicules ou petites bulles se rompent facilement et laissent après elles de petites ulcérations, à contours d'un rouge vif, et recouvertes quelquefois d'un exsudat membraniforme comme cela s'observe fréquemment sur les amygdales (*angine couenneuse herpétique de Gubler*). Quelquefois, sur les muqueuses, on observe aussi de petites taches foncées sans ulcérations.

L'éruption cutanée guérit le plus souvent sans laisser de

cicatrice, mais nous avons observé un cas (Obs. XXVII), où toutes les parties cutanées qui avaient été le siège de l'éruption vésiculeuse, présentaient de petites cicatricules blanches, entourées d'une petite aréole pigmentée, et dont quelques unes étaient légèremcnt déprimées. On peut donc observer à la suite de la fièvre pemphigoïde herpétiforme les mêmes phénomènes qu'à la suite du zona, qui peut lui aussi laisser ou ne pas laisser de cicatrices après son passage.

Un caractère important de la fièvre herpétique, est fourni, comme nous l'avons vu, par le siège habituel de l'éruption sur certaines régions ; dans la fièvre pemphigoïde herpétiforme, bien que l'éruption soit généralisée, il est remarquable qu'elle est ordinairement plus confluente sur les mêmes régions. En effet dans presque toutes nos observations, il est noté que l'éruption s'est faite sur les lèvres, les joues, le voile du palais et ses piliers, et les amygdales ; dans plusieurs cas l'éruption a été confluente sur les organes génitaux, et a même une fois occasionné un phimosis (Obs. XXVI), enfin dans l'observation XXVIII le malade a souffert longtemps d'une conjonctivite intense, sans que l'on ait observé cependant de phlyctènes sur la conjonctive.

Les érythèmes pemphigoïdes herpétiformes sont des affections à retour ; dans les observations XXV et XXVI les mades étaient atteints pour la cinquième ou sixième fois de cette affection, qui revenait une fois ou deux par an, surtout à l'époque des changements de saison ; les observations XXVII et XXVIII sont trop récentes pour que l'on ait pu constater la récidive; enfin les deux premiers malades (Obs. XXIII et XXIV) n'ont pas été suivis. Remarquons encore que ces érythèmes herpétiformes se sont montrés ordinairement chez les sujets âgés de vingt à trente-ans et qu'ils ont été observés aux mois de janvier, mars, avril et octobre.

Nous venons de décrire la fièvre pemphigoïde herpétiforme véritable, mais quelquefois cette affection revêt des caractères particuliers, qui la rapprochent beaucoup de l'*hydroa*. C'est cette forme hydroïque que nous allons maintenant étudier ; mais auparavant il est nécessaire de décrire brièvement l'hydroa en général.

L'hydroa est une affection caractérisée par la présence sur les membres, spécialement sur les extrémités et sur la muqueuse buccale, de vésicules ou de petites bulles ; ces vésicules surviennent sur de petites taches érythémateuses, légèrement saillantes, de couleur violacée et disposées par groupes plus ou moins rapprochés. Bazin, qui le premier à décrit cette affection, en distingue trois espèces : *l'hydroa vésiculeux*, *l'hydroa vacciniforme*, et *l'hydroa bulleux*, qu'il considère toutes trois comme des manifestations de l'arthritis. L'hydroa vésiculeux seul à une marche aiguë, les deux autres formes ont une durée de cinq à six mois et sont sujettes à de fréquentes récidives. L'hydroa, en tant qu'affection distincte est loin d'être admis par tous les dermatologistes, même en France ; en Angleterre, nous ne connaissons que T. Fox, qui en ait fait une étude approfondie, laquelle a été publiée par son frère, il y a quelques mois seulement. Le dermatologiste anglais admet aussi trois formes de l'affection : *l'hydroa bulleux* ou *prurigineux* qui est chronique, *l'hydroa herpétiforme* et *l'hydroa simplex* qui correspondent à l'hydroa vésiculeux de Bazin, et qui ne diffèrent guère que par leur degré de gravité ; il considère l'hydroa comme une affection ayant des rapports avec l'herpès, l'érythème polymorphe et avec le pemphigus, mais qui peut en être distingué et mérite par conséquent une place à part en dermatologie. En Allemagne, le mot hydroa est à peine connu, et dans des ouvrages spéciaux il n'en

est même pas fait mention. L'hydroa est quelquefois confondu avec le pemphigus dont il diffère cependant par la petitesse des bulles et surtout par la lésion cutanée (œdème congestif) qui précède constamment les bulles. Il est plus souvent confondu avec l'érythème polymorphe ou multiforme, avec lequel il offre de grandes analogies, mais dont il diffère suffisamment, par l'évolution spéciale des éléments éruptifs et par sa symptomatologie, pour que l'on doive le décrire à part. Les rapports de l'hydroa avec l'herpès, qui appartient aussi à la classe des érythèmes, sont bien plus intimes, et c'est pour cela que nous considérons l'hydroa aigu comme une variété de la fièvre herpétiforme bulleuse.

A la fin de ce mémoire, nous rapportons quatre observations d'hydroa, dont une (Obs. XX) est relative à un hydroa vésiculeux seulement, et qui peut être considérée comme un cas type de l'affection ; elle est intéressante, en ce sens que, si on la compare à l'observation XXI, relative à un hydroa bulleux, on voit que ces deux formes diffèrent uniquement par le volume des bulles.

Nous connaissons déjà le siège de prédilection de l'hydroa, nous devons maintenant signaler les particularités et l'évolution des éléments éruptifs qui lui appartiennent. Bazin a donné une description magistrale de l'hydroa, et nous ne pouvons mieux faire que d'en donner quelques extraits: « Quel que soit le siège de l'éruption, on aperçoit d'abord des taches d'un rouge foncé, petites, arrondies, un peu saillantes et à bords nettement limités. Ces taches ont une dimension qui varie depuis la largeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de vingt centimes : elles sont quelquefois entourées d'une aréole rosée, elles présentent bientôt à leur centre une petite vésicule remplie d'un liquide jaunâtre et transparent. Cette vésicule naît le jour qui suit l'apparition de la tache rouge ; elle se

dessèche rapidement au centre, qui est occupé par une petite croûte noirâtre, tandis que le liquide est résorbé à la circonférence. Ces phénomènes s'accomplissent vers le deuxième ou le troisième jour de l'éruption.

« A cette époque, l'affection prend un aspect particulier, on voit de petits disques rouges supportant à leur centre une croûte noirâtre et entourés d'un liseré blanchâtre, légèrement saillant. Ce liseré est formé par l'épiderme macéré qui, après la résorption partielle du liquide contenu dans la vésicule, est appliqué imparfaitement sur le derme. Assez souvent, un bourrelet vésiculeux circonférentiel, se produit à la circonférence d'une petite plaque discoïde, il se comporte comme la première vésicule. Une troisième poussée excentrique de vésicules peut même avoir lieu, d'où résultent des nuances concentriques de coloration, qui ont fait appeler cette affection *herpès iris.* »

Tels sont les caractères de l'hydroa ; il en conserve toujours quelques-uns sur des points isolés, quand il subit la transformotion bulleuse. D'ailleurs, dans ces cas, on peut suivre le développement de la bulle qui a lieu par accroissement assez rapide (Obs. XIX); mais qui s'affaisse bientôt au centre, pendant qu'il se développe excentriquement des cercles érythémateux qui lui donnent un aspect irisé. D'autres fois la bulle augmente peu à peu de volume, (Obs. XXII) mais dans ces cas, elle reste assez petite ; on a des *semi-bulles*, selon l'expression de Fox, qui ne dépassent pas le volume d'une lentille, d'un haricot ou d'une noisette. Dans certains cas, comme cela s'observe surtout aux mains, (Obs. XXI) l'éruption est tellement confluente qu'elle aboutit à la formation de bulles volumineuses par la fusion d'une grande quantité de vésicules.

La durée est de quatre ou cinq jours pour l'évolution de

chaque élément éruptif; mais comme l'affection se fait par poussées successives, la durée totale de l'affection peut être fixée à deux ou quatre septenaires.

Les symptômes généraux, prodromiques ou concomitants, sont ordinairement peu marqués, cependant, dans quelques cas, ils peuvent revêtir un caractère exceptionnel d'intensité; dans l'observation XXII il y a eu de la fièvre, de la céphalée, des vomissements, de l'insomnie et du délire, phénomènes qui s'atténuèrent rapidement une fois l'éruption faite, nous devons ajouter que dans ce cas le patient était un enfant de dix ans.

L'hydroa a un pronostic bénin, mais les malades sont exposés à de fréquentes récidives; dans l'observaiion XX il est noté que l'affection se montre pour la troisième fois. Nous devons enfin remarquer que les signes de l'arthritis ne sont notés que dans l'observation XIX et qu'ils font absolument défaut dans toutes les autres.

Le diagnostic différentiel entre le pemphigus aigu et la fièvre herpétiforme pemphigoïde est facile à établir, soit que celle-ci conserve sa forme véritable, soit qu'elle revête la forme hydroïque. Dans les deux cas, l'éruption se fait sur des plaques d'érythème congestif, ordinairement assez petites, de coloration foncée, qui se recouvrent de vésicules ou de petites bulles, lesquelles ne prennent qu'accidentellement l'aspect pemphigoïde; leur base érythémateuse offre souvent un accroissement excentrique qui imprime aux éléments éruptifs un aspect irisé. Les bulles sont le plus souvent disposées par groupes, caractère plus marqué dans la forme hydroïque; elles siègent constamment sur certaines régions, où dans le cas de généralisalion elles se montrent plus confluentes; ces régions sont les lèvres, la muqueuse buccale, les extrémités et les organes génitaux; ces derniers

n'ont jamais été atteints dans nos observations d'hydroa. Aucun de ces caractères n'appartient au pemphigus véritable.

La fièvre herpétiforme pemphigoïde est essentiellement une affection à retour, les récidives sont presque constantes et se font surtout aux changements de saison.

Elle n'altère pas la santé générale, survient chez des sujets jeunes, qui jouissent d'une bonne santé, et son pronostic est toujours bénin. Ce sont encore là des caractères qui la distinguent nettement du pemphigus aigu qui ne récidive pas, attaque surtout des sujets débilités, altère rapidement la santé générale et dont le pronostic est toujours très-grave. Le pemphigus aigu et la fièvre herpétiforme pemphigoïde se distinguent donc par de nombreux caractères et ne doivent pas être confondus.

Nous pensons ne pouvoir mieux clore ce chapitre qu'en consignant ici une lettre que M. le Dr Lailler a eu l'obligeance de nous envoyer, par l'intermédiaire de M. le professeur Renaut, lettre où il exprime sa manière de voir relativement aux affections pemphigoïdes :

« Quoi qu'il y ait de nombreux points de ressemblance entre « le pemphigus aigu et l'hydroa, je crois que, dans certains cas, « il est bien difficile de faire rentrer ces deux affections dans le « même cadre.

« Le mode d'évolution de l'éruption est assez différent. L'hy- » droa, quelle que soit son acuité, présente des plaques *à exten- « sion successive*, centrifuges, débutant par des *taches érythémateu- « ses précédant constamment la bulle.*

« Chaque plaque d'hydroa mettant ainsi deux, trois, quatre jours « à évoluer, d'où son apparence *de cocarde* signalée par Devergie.

« Dans le pemphigus, aussi bien aigu que chronique, la bulle « apparaît, petite ou grosse, sans rougeur prémonitoire. Elle « pousse comme un champignon, et si, dans certains cas, il y a « une petite bordure qui sertit la phlyctène, on constate avec

« quelque attention qu'elle est consecutive à l'apparition de la « phlyctène au lieu de la précéder.

« Le pemphigus aigu fébrile est une maladie grave assez sou- « vent mortelle.

« L'hydroa aigu, fébrile, quelque intense que je l'aie vu, n'a « pas eu de terminaison fatale. Mais il y a certains cas graves qui « ne sont ni du pemphigus ni de l'hydroa : des herpès à manifes- « tations disséminées qui s'accompagnent d'accidents graves, « typhoïdes et assez souvent mortels. » (M. Lailler. — *Lettre du 8 décembre 1879.*)

CHAPITRE V

Sommaire. — Considérations sur l'étiologie générale, le pronostic et le traitement des affections pemphigoïdes aiguës.

Nous avons déjà, à propos de chacune des affections que nous avons décrites, dit quelques mots sur leur étiologie et leur pronostic; nous allons, dans ce chapitre, faire une revue générale de ces deux points et insister plus particulièrement sur le traitement des affections pemphigoïdes.

Etiologie. — Si l'on éprouve une difficulté extrême à déterminer d'une manière précise les causes qui peuvent donner naissance aux affections cutanées en général, cette difficulté est bien plus grande, quand il s'agit d'affections aussi obscures, aussi peu connues que les affections pemphigoïdes.

Le relevé de nos observations nous montre que ces affections peuvent survenir dans des circonstances très-variables, et que, le plus souvent, il n'y est fait mention d'aucune cause, à laquelle le malade ou le médecin aient pu nettement rattacher l'affection; en présence de la rareté relative des affections pemphigoïdes et de la diversité des causes qui leur

donnent naissance, l'on est obligé d'admettre l'existence d'une certaine *prédisposition*, non encore aujourd'hui précisément définissable, inhérente au sujet, qui peut être constituée par un état particulier de la peau; car, comme nous l'avons vu, toutes les affections de cette membrane sont intimement liées à des troubles vasculaires.

Dans certains cas, les affections pemphigoïdes peuvent survenir sur des sujets qui jouissent, en apparence du moins, d'une santé exempte de toute prédisposition diathésique saisissable, c'est le propre des érythèmes pemphigoïdes; le pemphigus véritable au contraire n'attaque que des sujets, dont la santé générale a été détériorée par des chagrins, de la misère, des excès de travail, ou par un séjour plus ou moins prolongé dans des lieux humides et des milieux putrides. Quelques-uns de nos malades étaient atteints de lésions internes, de lésions rénales principalement, mais ce fait ne s'est pas reproduit dans la série avec assez de constance pour que l'on puisse en tirer une déduction étiologique rigoureuse; son influence sur le pronostic de ces affections est bien plus évidente, comme nous le verrons.

Il est aussi à remarquer que la syphilis n'est notée dans aucune de nos observations, et que des antécédents rhumatismaux n'ont été signalés que quatre ou cinq fois ; sur les quatre cas d'hydroa que nous rapportons, un seul malade avait eu des manifestations rhumatismales ; aussi en admettant même l'existence, à tant de points de vue contestable, de l'arthritis, on ne saurait accepter pleinement l'opinion de Bazin, qui considère l'hydroa comme étant constamment une des manifestations de la diathèse arthritique.

Les érythèmes pemphigoïdes se montrent dans les deux sexes, mais un peu plus souvent dans le sexe masculin. Ils

se développent chez les adultes le plus souvent entre vingt et trente ans.

Ils sont beaucoup plus fréquents au printemps et à l'automne ; c'est-à-dire dans les deux saisons particulièrement favorables à la production des efflorescences cutanées de l'ordre pseudo-exanthématique ; le froid, l'humidité et les variations de température ont une influence très-marquée sur son apparition. Il n'en est pas de même pour le pemphigus véritable, puisque sur onze cas que nous rapportons, dix ont été observés à des mois différents, et sans rapport direct avec les constitutions médicales saisonnières.

Pronostic. — Le pemphigus aigu véritable est toujours une affection très-grave puisque, comme nous l'avons vu, la mort survient dans la majorité des cas. Au contraire le pronostic des érythèmes pemphigoïdes est presque toujours bénin, la seule chose qui le rende relativement sérieux, c'est la perspective des récidives, qui sont excessivement fréquentes. Mais il n'en n'est plus de même, quand ces érythèmes surviennent chez des sujets cachectiques, surtout chez ceux qui sont atteints de lésions rénales; nous avons longuement insisté, dans le cours de ce travail, sur les particularités qu'offrait l'affection dans les cas relatés aux observations XXVI et XXVII et qui se sont terminés par la mort. Rappelons enfin que la fièvre ortiée, dans laquelle la bénignité du pronostic est reconnue par tous les médecins, peut être très-grave quand elle devient pemphigoïde, puisque nous en rapportons un cas mortel (Obs. XVIII).

Traitement. — Les dermatoses bulleuses paraissent être sous la dépendance du système nerveux, qui commande aux capilaires de la peau, ce serait donc sur lui que l'on devrait essayer d'agir. Nous ne possédons pas de médicament qui

soit capable de modifier cette susceptibilité particulière du système nerveux, mais nous connaissons, jusqu'à un certain point, les causes qui la mettent en jeu et qui la surexcitent. Dans des cas de fièvre ortiée, par exemple, dont la lésion cutanée (œdème aigu localisé) indique déjà un état spécial de l'impressionnabilité de la peau, il faut bien se garder d'exciter davantage cette dernière, par des pommades ou des bains à base irritante, dont l'action sur une peau déjà malade ne peut être que nuisible.

Nous savons d'autre part que les érythèmes congestifs, spécialement les érythèmes herpétiformes, se montrent le plus souvent aux changements de saisons, aux époques où la température subit de brusques et grandes variations; on devra donc recommander au malade d'observer scrupuleusement les régles de l'hygiène relatives à l'habillement, et de se prémunir, surtout au printemps et à l'automne, contre les impressions de froid. Bazin, qui considérait la plupart de ces affections comme étant de nature arthritique, essayait de prévenir leur retour, en soumettant ses malades au traitement par les alcalins. Ce sont là les seuls moyens *prophylactiques* qui soient à notre disposition.

Les affections pemphigoïdes aiguës parcourent, comme les fièvres éruptives, un cycle déterminé, dont l'ensemble ne peut être modifié par aucun médicament; le traitement doit donc être purement symptomatique.

Les indications locales sont peu nombreuses, mais sont constantes; au moment de la déchirure des bulles, on doit chercher à protéger le derme dénudé contre les influences extérieures; le moindre contact, le moindre attouchement, peuvent causer les douleurs les plus vives. Les moyens qu'on emploie de préférence sont les poudres d'amidon, de fécule, de tan, de lycopode ou de vieux bois; à tous ces

topiques pulvérulents on doit préférer le talc, que M. le professeur Renaut leur substitue régulièrement dans le pansement des dermatoses qui réclament une pareille indication. Le talc est, en effet, absolument inaltérable et infermentescible sous l'action des liquides pathologiques, tandis que la poudre d'amidon et ses similaires fermentent rapidement et donnent naissance à des produits acides, qui agissent sur la peau déjà malade comme des irritants directs. Si les plaies sont peu nombreuses, on peut se borner à faire matin et soir des pansements avec des pommades à l'oxyde de zinc, au quart, ou avec le cérat de Goulard laudanisé. Mais quand le tégument externe est dépouillé de son épiderme sur de vastes surfaces, il faut avoir recours, comme dans le cas de brûlures étendues, à l'enveloppement ouaté ; ce pansement est toujours très-long, très-douloureux ; pour le faire dans de meilleures conditions, il faut établir à côté du malade un lit couvert d'une couche épaisse de coton bien imprégné de liniment oléo-calcaire ; on déposera ensuite le malade sur ce lit, s'il ne peut s'y transporter lui-même. On a eu aussi recours quelquefois à l'usage des bains ; dans quelques cas ils ont semblé agir comme des congestionnants cutanés et occasionner de nouvelles poussées bulleuses, ils sont, du reste, d'une application difficile, et le déplacement du malade entraîne la déchirure de beaucoup de bulles ; ce sont ces motifs qui les ont fait rejeter, surtout dans les cas d éruption bulleuse confluente. Cependant, dans quelques cas, ils ont produit un soulagement manifeste; l'on sait, de plus, qu'Hébra a retiré de grands avantages de l'emploi des bains continus dans les cas de pemphigus chronique ; aussi, il nous semble que l'usage des bains ne doit pas être complètement abandonné, et que l'on pourrait y avoir recours dans certains cas graves de pemphigus aigu à forme adynamique et fébrile.

Quoiqu il en soit, il est toujours utile de faire prendre au malade, quand l'exanthème est guéri, quelques bains alcalins peu minéralisés.

L'éruption des muqueuses évolue rapidement et n'exige le plus souvent aucun traitement ; si elle occasionne une salivation abondante et la fétidité de l'haleine, il faut avoir recours aux gargarismes émollients et aux gargarismes chloratés. Les attouchements des érosions avec le nitrate d'argent peuvent être utiles dans quelques cas.

Les symptômes subjectifs, tels que les démangeaisons, quand elles seront trop vives, seront combattues avantageusement par des applications de compresses imbibées du mélange suivant :

Alcool..... 200 gr.
Acide phénique ou acide salycilique. 10 centigr.

Quelquefois des applications d'eau froide ou d'eau tiède, suivant l'impression du malade, réussissent tout aussi bien.

Contre les phénomènes généraux : fièvre, troubles gastriques, il suffira, dans la grande majorité des cas, d'ordonner le repos au lit et un régime diététique ; on permettra seulement au malade de prendre un peu de lait, quelques boissons diaphorétiques au début et acidules plus tard. Mais dans les cas où la santé générale est déjà détériorée, quand les sujets atteints sont cachectiques, il faut avoir recours d'emblée à la médication tonique et stimulante : vin, alcool, fer, quinquina. Cette indication d'alimenter et de stimuler le malade est plus spéciale, plus constante dans les cas de pemphigus véritables, qui sont toujours graves, que dans les cas d'érythèmes œdémateux, la plupart du temps bénins en dehors des états cachectiques antérieurs.

Quand la fièvre est intense et qu'elle revêt un caractère net d'intermittence, on peut avoir recours au sulfate de qui-

nine ; dans nos observations, son emploi ne paraît pas avoir été d'une grande utilité ; il est possible que la digitale rendît alors plus de services.

Pour combattre le délire, il faudra d'abord rechercher s'il est en relation avec la fièvre, les habitudes alcooliques ou la nature nerveuse du malade ; dans ces cas la digitale, l'opium et l'alcool, rendent des services signalés.

Les voies respiratoires ne nous fournissent pas d'indications thérapeutiques, il n'en n'est pas de même des voies digestives.

Dans le pemphigus aigu on a souvent à combattre une diarrhée opiniâtre et très-intense ; c'est dans ces cas seulement qu'on administrera l'opium et le sous-nitrate de bismuth ; on doit respecter une diarrhée peu intense. Dans les exanthèmes pemphigoïdes on aura, au contraire, à combattre une constipation ordinairement légère ; on aura recours, dans ces cas, à des purgatifs doux et légers, qui n'exercent pas d'actions irritantes sur le tube digestif.

Il résulte de ce qui précède que dans les cas ou l'éruption bulleuse n'est que pemphigoïde et vient comme un accident local compliquer un pseudo-exanthème défini et peu grave, comme le sont l'érythème polymorphe ou l'hydroa, la thérapeutique est réduite à la médication raisonnée de quelques symptômes.

Mais quand le pemphigus vrai se montre dans sa forme aiguë, ou quand une affection bulleuse à caractères insolites paraît, avec une haute fièvre ou au contraire du collapsus, chez des sujets déjà épuisés et cachectiques, la médication doit être énergique et tout entière dirigée dans le sens analeptique et reconstituant.

Il faut alors nourrir les malades de lait, soit pur, soit mêlé au café ou au thé ; donner pour véhicule des potions

ou pour tisanes la décoction de coca ou de maté, et en même temps administrer le quinquina et l'alcool à hautes doses, principalement lorsqu'il s'agit d'alcooliques anciens ou d'individus déprimés par la misère.

Le tégument malade sera alors, trois ou quatre fois par jour, pansé avec des linges fins imbibés d'un mélange d'alcool à 90°, de glycerine neutre et d'eau à parties égales. On obtiendra ainsi à la fois le pansement de la lésion cutanée, et l'effet tonique des topiques froids. Cette méthode est celle employée à l'hôpital Saint-Louis dans nombre de cas, et, jointe aux indications symptômatiques particulières, elle forme pour ainsi dire le fond de la thérapeutique des cas graves d'affections pemphigineuses et pemphigoïdes qui nous occupent.

APPENDICE

Nous réunissons dans cet appendice diverses affections dans lesquelles les bulles se développent secondairement, non plus à un érythème simple, mais bien à une véritable inflammation de la peau; cette inflammation peut être étendue comme dans l'érysipèle, l'eczéma rubrum, ou disséminée comme dans l'acné, l'ecthyma, etc... Notre intention n'est pas de décrire ces affections, nous voulons seulement indiquer les circonstances, qui les rapprochent plus ou moins des éruptions pemphigoïdes et en tracer rapidement le diagnostic différentiel. Les caractères particuliers de l'éruption bulleuse elle-même, son mode d'évolution, ont déjà été décrits dans le chapitre de l'anatomie pathologique.

Érysipèle bulleux

Au début, les plaques rouges de l'érysipèle sont irrégulières et non aréolaires; elles s'étendent progressivement

le long des lymphatiques et déterminent rapidement un engorgement ganglionnaire ; le bord de ces plaques présente un bourrelet caractéristique. Ces plaques sont non-seulement le siége de démangeaisons et de cuissons, mais elles sont aussi très-douloureuses au toucher et à la pression. L'érysipèle a une marche envahissante, mais n'est jamais généralisé ; il peut occuper, il est vrai, successivement mais non simultanement toute la surface cutanée dans l'érysipèle ambulant.

A la période de vésication, on a encore les signes différentiels du début, puis la grandeur, l'irrégularité des bulles, leur petit nombre, leur siége plus spécial aux points exposés au frottement rendent le diagnostic facile. Ces bulles, qui ne sont pas séparées par une peau saine, ne constituent, dans l'érysipèle, que des épiphénomènes sans importance.

Enfin, si l'on suppose que le médecin soit appelé encore plus tardivement et que les commémoratifs fassent défaut, le diagnostic sera encore possible, car la desquamation de l'érysipèle est étendue à toute la région envahie et non limitée aux points occupés par les bulles. De plus, les phénomènes de suppuration et de gangrène sont fréquents à la suite de l'érysipèle et très-rares après les éruptions pemphigoïdes (1).

Eczéma rubrum bulleux

Nous étudions immédiatement après l'érysipèle l'eczéma rubrum bulleux, car dans ces deux affections, les phlyctènes sont secondaires à l'inflammation cutanée et leur mode

(1) On trouve une étude approfondie de l'érysipèle bulleux, et plusieurs observations dans la thèse inaugurale de M. le professeur Renaut.

de production est le même. Nous rapportons deux cas de cette rare affection (Obs. XXIX, XXX) dont un inédit est dû à l'obligeance de M. Clément ; tous deux sont caractéristiques. Il s'agit, en effet, de deux malades atteints d'eczéma rubrum généralisé qui, sans cause appréciable, s'est compliqué au bout de quarante-huit heures dans un cas, et de trois semaines seulement dans l'autre, d'une éruption bulleuse.

La rougeur diffuse, scarlatineuse de tout le tégument externe, l'épaississement et l'infiltration du derme, la tension de la peau, la présence de petites exulcérations suintantes, l'étendue minime des bulles relativement à la grandeur des plaques eczémateuses, et, plus tard, la desquamation diffuse, différencient nettement ces cas des éruptions pemphigoïdes proprement dites.

Ecthyma bulleux hémorrhagique

Il est une variété d'ecthyma que Devergie a très-bien décrite et qu'il a classée dans les *affections symptômatiques des altérations du sang,* entre le pemphigus et le rupia, c'est l'*ecthymacachecticum.* « Dans cette maladie, les pustules d'ecthyma sont plus larges, elles sont entourées d'un engorgement inflammatoire d'un rouge livide de mauvais aspect, en même temps que la vésicule de la pustule, qui est unique, se remplit d'un mélange de pus, de sanie, de matière ichorense du genre de celle de la matière du rupia, au lieu de n'offrir que du pus ; aussi se produit-il assez rapidement

une croûte brunâtre, plate, sèche, devenant même noire dans quelques cas. » (1)

Le volume des pustules parfois considérable, leur contenu sanieux, quelquefois hémorrhagique et non franchement purulent comme dans l'ecthyma ordinaire, l'état cachectique du sujet, tout ceci a permis de confondre cet ecthyma avec le pemphigus. Cependant les signes bien nombreux, qui rapprochent cette affection du rupia, le différencient par cela même des éruptions pemphigoïdes. Les deux observations XXXI, XXXII, dont la première est due à l'obligeance de M. le professeur Renaut, sont des exemples de cette affection.

Rupia

Le rupia, depuis Biett, est placé dans les affections bulleuses; il est quelquefois généralisé. Son diagnostic avec le pemphigus est facile : les bulles du rupia ont pour ainsi dire un aspect de mauvaise nature, leur contenu devient rapidement sanieux et purulent, et leur durée est éphémère. Les croûtes du rupia sont caractéristiques et recouvrent une ulcération du derme, tandis que, dans les éruptions pemphigoïdes, les croûtes sont jaunes, lamelleuses et recouvrent une simple érosion de la peau.

Acné bulleuse

Comme l'ecthyma, l'acné peut dans certains cas offrir un développement exagéré de l'éruption primitive qui peut de-

(1) Devergie. *Traité pratique des maladies de la peau.* — 1873, p. 199.

venir bulleuse. Je ne crois pas que cette éruption ait jamais été confondue avec les affections pemphigoïdes ; cependant à la fin de ce travail nous rapportons un cas d'acné iodique bulleuse publié par T. Fox, sous la dénomination de *quasi-pemphigus*. (Obs. XXXIII.)

Impétigo herpétiforme

L'impétigo herpétiforme de Hébra est une affection excessivement rare, qui peut simuler une éruption pemphigoïde à la période de desquamation. Kaposi rapporte huit cas de cette affection observés par lui-même ou par Hébra ; ils se sont tous présentés chez des femmes enceintes et pendant les derniers mois de la grossesse ; sept cas ont été mortels (1).

Dyshydrosis

Le dyshydrosis est une affection rare, ou plutôt peu connue, à laquelle T. Fox a attaché son nom. Il attaque les pieds et les mains et peut avoir une marche aiguë. Il procède par petites vésicules profondément situées qui peuvent s'agrandir et former une saillie à la surface de la peau. A ce moment, l'affection offre son aspect caractéristique *de grains*

(1) *Traité des maladies de la peau et de leur traitement*, par Kaposi. Traduction de MM. E. Besnier et Doyon (en publication). Il est à remarquer ici que nous ignorons, si les femmes gravides étaient ou non albuminuriques, et si cette dermatose bulleuse observée par les auteurs allemands, était ou non en rapport avec un état cachectique d'origine gravidique.

de sagou bouilli enfoncés sous la peau ; plus tard ces vésicules peuvent s'agrandir ou se réunir et former de véritables bulles. Pour Fox, le point de départ de l'affection est dans l'appareil sudoripare, ce qui semble évident, si l'on consulte les planches micrographiques qui accompagnent la description qu'il en donne, tandis que Robinson prétend que ces vésicules ne sont formées que par une exudation provenant des vaisseaux des papilles congestionnées ; aussi cet auteur propose-t-il la dénomination de *Keiro-pompholix*, qui paraît se rapporter à ce que Bazin a décrit sous le nom d'hydroa. Quoiqu'il en soit, le dyshydrosis a un siége assez spécial, une marche assez caractéristique, pour que son diagnostic nous paraisse facile. Il a de grands rapports avec l'eczéma sudoral, et, peut-être même, devrait être confondu avec lui dans une même description générale.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Les observations qui suivent, corroborent les faits énoncés dans les chapitres précédents. J'ai préféré les reporter à la fin de ce mémoire, pour ne point charger de détails les chapitres antérieurs, surtout celui de l'anatomie pathologique.

Ces observations sont divisées en trois groupes : le 1er contient des cas de véritables pemphigus aigus, le 2e renferme des cas d'érythèmes congestifs pemphigoïdes, et enfin, dans le 3e, sont compris des cas très-divers où les bulles se sont greffées sur d'autres affections cutanées, telles que l'eczéma rubrum, ou bien encore des cas où l'éruption primitive (pustules d'acné, pustules d'ecthyma), après avoir subi un développement exagéré, s'est transformée en véritables bulles.

I

PEMPHIGUS AIGUS VÉRITABLES

Obs. I. — **Pemphigus aigu simultané**

(*Tirée de la monographie de* Gilibert)

Un homme d'un tempérament sanguin, âgé de 21 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, alla chasser le 8 septembre 1811 dans les marais de la Bresse, et s'enfonça plusieurs fois dans l'eau jusqu'aux genoux, étant excédé de fatigue et couvert de sueur. Le lendemain au soir, premier jour de la maladie, une chaleur générale se développe, précédée de quelques frissons et s'accompagne de pesanteur de tête, soif, agitation qui augmente la nuit. Le second jour, après une rémission survenue dans la matinée, la fièvre augmente dans le milieu du jour. Le troisième, la face est plus colorée, la peau brûlante, le pouls dur, accéléré et largement développé. Des picotements se font sentir aux extrémités inférieures,qui paraissent légèrement boursoufflées et plus colorées que le reste du corps. Pendant la nuit, insomnie, agitation extrême, chaleur et douleurs lancinantes aux jambes. Le quatrième, les extrémités inférieures, tuméfiées depuis les genoux jusqu'aux orteils, sont couvertes dans toute cette étendue de taches rouges sur lesquelles s'élèvent des vésicules (*bulles*) diaphanes, d'un blanc jaunâtre, pleines de sérosité, grandes, les unes comme des noisettes, les autres comme des amandes, et plusieurs seulement comme des pois, disséminées inégalement, plus petites et plus nombreuses sur les pieds et autour des malléoles, plus grandes et plus rares sur le haut de la jambe et sur

les mollets. Toutes les taches rouges ne sont pas encore couvertes de vésicules ; il en est dont l'épiderme n'est point ou n'est qu'à peine soulevé. Ces taches forment une légère saillie et leur couleur ne disparaît pas sous la pression. Celles, au centre desquelles se sont élevées les vésicules, forment chacune une auréole rouge qui devient plus étroite à mesure que l'ampoule s'étend. Entre ces exanthèmes, la peau conserve la couleur naturelle. Le pouls, développé et plein, bat moins vite que la veille ; les yeux sont douloureux, un peu rouges et humides ; la langue sèche et blanchâtre ; le ventre est resserré, les urines limpides et colorées, et leur émission ardente. Les autres fonctions sont intactes. Sommeil paisible toute la nuit, un peu de sueur. Le cinquième jour plusieurs vésicules s'étendent en largeur ; quelques-unes, placées sur les mollets, sont devenues confluentes. Le sixième, les grandes ampoules paraissent moins pleines ; l'épiderme en est ridé, et le fluide qu'elles contiennent s'accumule dans leur partie la plus déclive ou s'échappe par la rupture spontanée ou accidentelle des ampoules. Pendant le septième et le huitième jour, la plupart des vésicules, affaissées et ridées, s'ouvrent spontanément, répandent une grande quantité de sérosité limpide, jaunâtre et inodore, et laissent à nu leurs bases qui forment des excoriations très-rouges, douloureuses, et d'où suinte encore de la sérosité pendant quelques instants. Les plus petites phlyctènes ne se rompent pas, mais elles s'affaissent, se dessèchent en devenant blanchâtres et opaques. Les auréoles rouges s'obscurcissent et disparaissent en même temps. Du huitième au dixième, toutes les phlyctènes se dessèchent et sont remplacées, les unes par des écailles minces, larges, jaunes, les autres (celles qui ne sont point ridées), par des croûtes plus épaisses. La chute de ces concrétions, qui s'est opérée en deux ou trois jours, laisse sur la peau des taches lisses, brillantes, de couleur vineuse, mais sans enfoncement et sans cicatrice. La fièvre qui s'était éteinte après le dévoloppement de l'éruption, ne s'est plus fait sentir que très-faiblement et a cessé de reparaître au sixième jour. Alors les urines sont devenues troubles et ont déposé un sédiment considérable. Le septième jour, le ventre s'est relâché ; les déjections, d'abord fréquentes et diarrhéiques, sont bientôt devenues naturelles. Le malade n'a gardé le lit que pendant les six premiers jours ; dès le septième, il a laissé la diète et a pu satisfaire sans inconvénient son appétit devenu très-vif.

Obs. II *inédite*. — **Pemphigus aigu**

(*Communiquée par* M. Lailler).

Le nommé M*** Hyacinthe, 33 ans, boucher, né à Paris, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 55, le 24 juin 1869.

Son père a succombé à l'âge de 65 ans, à la suite d'une affection hydropique, il était porteur d'une affection croûteuse autour de la bouche. Sa mère est morte phthisique à 54 ans ; ses deux sœurs sont mortes, l'une de convulsions, à l'âge de 5 ans, et l'autre à 33 ans, de phthisie pulmonaire. Le malade lui-même a eu dans son enfance beaucoup de gourmes, mais pas d'ophthalmies, ni d'adénites suppurées. Pas d'antécédents rhumatismaux, pas de maladies vénériennes, jamais d'éruptions cutanées. Marié à dix-huit ans, il a eu trois enfants, dont deux sont morts en bas âge, l'autre, âgé de cinq ans, se porte bien.

Depuis deux mois, le malade a une coupure au pouce droit qui n'est pas guérie et qui suppure beaucoup, quoique la plaie ne soit pas profonde. Au médius gauche, piqûre avec un os, datant du 21 juin, et qui donne lieu à une suppuration abondante avec décollement de l'épiderme, sans avoir été précédé par une bulle.

Il travaille en moyenne dix-huit heures par jour à tuer des bestiaux.

Après avoir travaillé ces jours derniers comme d'habitude, sans avoir eu froid, sans avoir fait aucun excès, il a été pris, le 21 juin, à 7 heures du soir, de démangeaisons entre les cuisses. En rentrant chez lui, il a vu sur la partie interne des cuisses et sur le scrotum une vingtaine de bulles arrondies, remplies d'un liquide clair et transparent. Dans la journée, il n'avait ressenti aucun malaise, pas de fatigue inaccoutumée, pas de courbature, pas de frissons, et il a mangé le soir comme à l'ordinaire. Dans la nuit, insomnie, céphalagie, douleurs vives, sensations de cuisson, de brûlure dans les points occupés par l'éruption. Le matin, vomissements glaireux abondants ; malgré une céphalée continuelle, le malade a continué à manger et est venu à pieds à l'hôpital Saint-Louis. L'éruption n'occupait alors que les cuisses et le doigt indicateur de la main droite.

Néanmoins la journée du 22 a été relativement bonne. Dans la

nuit du 22 au 23, le malade a beaucoup souffert ; insomnie absolue, frissons, fièvre, peau brûlante, sèche. Suppression de la sueur des pieds, qui était ordinairement abondante chez le malade.

Le matin, l'éruption s'était généralisée, des bulles s'étaient développées sur le cuir chevelu ; on en voyait également une à la sous-cloison du nez, une à la commissure labiale droite et une autre sur la joue droite. En se rendant à l'hôpital, le malade a eu des vomissements abondants. Les bulles de la partie interne des cuisses, déchirées, donnent lieu à un suintement abondant et fétide.

Le 24, le malade est abattu, découragé, toute la nuit s'est passée dans l'insomnie, et il a eu encore quelques vomissements.

On constate quelques bulles récentes à la partie supérieure du dos et au poignet droit ; enfin le malade se plaint du mal de gorge et l'on voit une bulle déchirée au voile du palais, à l'union du pilier droit et de la luette, deux autres bulles siégent à l'extrémité de la langue.

Pas d'engorgement ganglionnaire, sauf dans l'aîne droite, où l'on trouve un petit ganglion non douloureux.

28 juin 69. — L'éruption a augmenté à la partie interne des cuisses, au dos et au cuir chevelu. Les bulles sont volumineuses, sans auréole inflammatoire. Plusieurs bulles affaissées existent à la face inférieure de la langue, à la luette et à la partie postérieure de l'arcade dentaire à droite.

Plusieurs vomissements dans la journée d'hier, pas d'appétit, pas de diarrhée. Trait. : Poudre de lycopode et de tan, 1 pil. de Lutz.

30 juin. — Un peu de diarrhée. Pas de nouvelles bulles depuis la veille ; le suintement de la région génito-crurale est toujours abondant mais moins fétide. Pas de fièvre. L'appétit revient.

1er juillet. — Nouvelles poussées de bulles ; l'éruption est confluente dans le dos, au cuir chevelu et à la partie interne des cuisses. Rien sur les membres, 2 ou 3 bulles seulement sur les mains.

2 juillet. — Depuis trois jours la piqûre de la face dorsale du medius gauche est pansée à l'iodoforme, sans que le pansement ait été renouuvelé, pas d'amélioration.

4 juil. — Pas de nouvelles bulles depuis hier.

5 juil. — Le malade a de l'appétit et a pu se lever. Pas de nouvelles bulles, mais il a eu de l'insomnie par suite de démangeai-

sons vives, et ce matin il présente une éruption érythémateuse généralisée. Elle consiste en petites taches irrégulières peu saillantes, confluentes en quelques points. On en retrouve à la face, aux paupières, sur le tronc, dans les points où l'éruption de pemphigus est confluente, aussi bien que sur les membres inférieurs qui n'ont pas présenté d'éruptions. Epistaxis abondantes.

6 juil. — L'éruption est généralisée, il y a de larges plaques érythémateuses sur la poitrine. Trait. : bain simple.

7 juil. — L'éruption a disparu. Pas de nouvelles bulles de pemphigus, de la rougeur persiste dans les points où les bulles étaient confluentes.

Les plaies des mains pansées à l'iodoforme sont cicatrisées.

10 juil. — A la commissure labiale gauche existe une ulcération superficielle, couverte d'une pseudo-membrane épaisse et blanche, à bords très-rouges et peu étendus ; elle a succédé à une ancienne bulle de pemphigus. Sur la luette on retrouve encore l'ulcération pseudo-membraneuse des premiers jours.

Pas de nouvelles poussées.

11 juillet. — Quelques pustules d'ecthyma au milieu des macules consécutives à l'éruption de pemphigus.

15 juillet. — Guérison. Les ulcérations de la commissure labiale et de la luette persistent encore ; elles sont touchées avec le nitrate d'argent. — *Exeat.*

Dans ce cas on a certainement affaire à un pemphigus vrai procédant par l'état aigu, fébrile, avec troubles généraux ; on pourrait encore se demander s'il ne s'agit pas d'une première poussée de pemphigus. Mais la femme de ce malade, qui est une sage-femme intelligente, a bien voulu, dans une longue lettre, nous donner des détails précis sur la santé de son mari. De ces détails, il résulte que cet homme n'a jamais eu d'autres maladies cutanées ; que depuis 11 ans, époque à à laquelle il a été atteint de ce pemphigus, il n'a eu aucun bouton, aucune éruption sur le corps. Les taches consécutives aux bulles ont mis quinze mois avant de disparaître complètement, une seule a persisté sur la partie gauche du menton et prend par moment un aspect plus foncé. Les che

veux ont mis longtemps à repousser. L'état général laisse actuellement à désirer, le malade a beaucoup maigri, il a perdu ses forces, ce qui tient certainement à ses habitudes alcooliques avérées.

Obs. III. — **Pemphigus aigu fébrile.**

(*publiée par* M. Horand). (1).

François B..., âgé de dix-sept ans, garçon tripier, entre dans mon service le 22 août 1872.

Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatico sanguin, d'une bonne constitution, n'accuse dans ses antécédents aucune lésion scrofuleuse, ni aucune maladie vénérienne. Au point de vue du rhumatisme, il a eu, il y a plusieurs années, des douleurs ayant pour siége les jambes et les bras, mais sans gonflement des jointures. Il s'abstient complètement de boissons alcooliques. Enfin, du côté de l'hérédité, on ne trouve rien qui puisse se rapporter à la maladie dont il est atteint.

L'éruption, qui l'amène à l'Antiquaille, s'est développée sans cause appréciable, car le malade dit seulement avoir accompli, ces jours derniers, un travail un peu plus pénible qu'à l'ordinaire, et avoir eu un peu de diarrhée.

Sans avoir éprouvé, la veille, aucun malaise, ce jeune homme constate, le 21 août, à son réveil, l'existence de petites bulles sur le bord des doigts et des orteils. Il se lave avec de l'eau tiède, et quelques-unes des bulles se déchirant, sous l'influence du frottement, il se produit des ulcérations superficielles qui, toutefois, n'empêchent point le malade de continuer son travail. Dans la journée des bulles apparaissent sur le front, et, pendant la nuit, l'éruption se développe sur les avant-bras.

A son entrée à l'Antiquaille, le 22 août, l'éruption est encore

(1) Horand, note pour servir à l'histoire du pemphigus aigu fébrile. *Annales de dermatalogie et de syphiligraphie*, 1871-72, t. IV, page 401.

discrète, elle a pour siège le front, les lèvres, les avant-bras, les doigts et les oreilles. Elle est caractérisée par des bulles, dont le volume ne dépasse pas celui d'un petit pois. De plus, le malade a un peu de fièvre et du larmoiement. La première impression que l'on éprouve en le voyant, c'est qu'il pourrait bien *avoir une varicelle*, ou ce que l'on a décrit sous le nom soit de fièvre herpétique, soit d'herpès généralisé fébrile. Aussi réserve-t-on le diagnostic jusqu'au lendemain.

Pendant la nuit, l'éruption se généralise, et, le 23 août, on trouve, à la visite du matin, des bulles disséminées sur toute la surface du corps. Leur volume varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une amande. Elles renferment une sérosité citrine; quelques-unes sont ombiliquées, d'autres présentent une aréole périphérique. Entre les doigts et les orteils, elles ont été déchirées et sont remplacées par des ulcérations superficielles, grisâtres, qui sécrètent une sanie fétide, et ressemblent, à s'y méprendre, à des plaques muqueuses. Dans certaines régions, telles qu'au dos et sur l'abdomen, il n'existe encore que de petites plaques érythémateuses, qui constituent le premier degré de l'éruption. Les conjonctives sont légèrement injectées; le bord ciliaire est tuméfié et garni de croûtes jaunâtres. — P. 64; T. A., matin, 38°; soir, 37°, 8.

Le 24 août, les bulles, depuis la veille, ont considérablement augmenté de volume, surtout sur les avant-bras, où quelques-unes atteignent le volume d'un petit œuf. En examinant la cavité buccale, on constate l'existence de vésicules sur la pointe de la langue, le pilier droit du voile du palais et la muqueuse labiale. La déglutition est un peu douloureuse; le malade a eu plusieurs selles diarrhéiques. La fièvre est peu marquée. — P. 70, T. A., matin, 38°; soir 38°, 2.

Le 25, de nouvelles bulles se sont développées, soit sur les membres, soit sur l'abdomen et le dos. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre, épais; la déglutition devient de plus en plus douloureuse. L'état général cependant ne s'est pas sensiblement aggravé. — T. A., matin, 38°, soir, 39°, 2.

Le 26, le malade est affaissé. La respiration est gênée, sans qu'il existe aucune lésion des poumons appréciable à l'auscultation. Cette gêne de la respiration semble devoir se rattacher au gonflement de l'isthme du gosier. Sur l'abdomen, les bulles ont pris un développement tel, qu'elles ressemblent à de véritables ampoules de vésicatoires. A la partie antérieure de la cuisse gauche, on re-

marque plusieurs petites bulles violacées, tandis qu'à la partie externe le contenu de deux bulles, du volume d'une noisette, est divisé en deux couches distinctes : une séreuse, limpide, superposée à une couche trouble et jaunâtre accumulée dans le point le plus déclive de la bulle. Partout ailleurs, le liquide des bulles est constitué par la sérosité citrique. — P. 88°; T. A. matin, 38°, 2; soir, 39°, 2.

Le 27, le nombre des bulles hémorragiques a augmenté, il n'en existe toutefois que sur les cuisses, et leur volume ne dépasse pas celui d'un gros pois. Les bulles les plus anciennes et les plus volumineuses se déchirent chaque jour sous l'influence du moindre frottement, et fournissent une sécrétion d'une odeur fétide. Le dos et les fesses présentent des excoriations étendues, qui rendent les mouvements très-douloureux. Les urines sont rouges, troubles et peu abondantes. — Matin, P., 88° ; T. A, 39°, P. 112 ; T. A. 39°.

Le 28, les bulles hémorragiques se flétrissent. On n'observe pas de nouvelles poussées, la déglutition est très-douloureuse. Le P. 120 ; T. A., matin, 39°, 4 ; soir, 38°.

Le 29, l'abattement est considérable. La souffrance occasionnée par les excoriations est vive. Le malade peut à peine se faire comprendre. La cavité buccale est remplie de mucosités épaisses. La suppuration est abondante et fétide. On ne saurait mieux comparer l'aspect du corps de ce malade qu'à celui d'un brûlé. P. 120 ; T. A., matin, 39°, 2 ; soir, 40°, 2.

Le 30, à la visite du matin, le malade est dans une prostration complète. La respiration est anxieuse. La face est couverte d'une sueur froide et abondante. Le pouls est petit, faible et fréquent. Dans la journée d'hier, il a pris une syncope de quelques secondes, à la suite d'un léger effort pour changer de position ; la nuit a été très-agitée. P. 130 ; T. A., 40°, 4.

Le malade succombe à midi.

Le traitement a consisté au début, dans l'usage de l'aconit, puis, lorsque la fièvre s'est déclarée, on a eu recours au quinquina et au sulfate de quinine. Les excoriations ont été pansées avec du cérat de Goulard laudanisé.

Autopsie. Cavité thoracique. — Pas d'épanchement, ni dans les plèvres, ni dans le péricarde. Quelques adhérences pleurales anciennes. Cœur normal. Congestion légère de la base des poumons.

Cavité abdominale. — Le péritoine ne présente rien de particulier. L'intestin est distendu par des gaz. Sa coloration est naturelle.

La muqueuse intestinale, examinée dans toute sa longueur, ne présente rien d'anormal, rien qui ressemble à une bulle ; nulle part il n'existe d'ulcération, ni de saillie de la muqueuse. Le foie est très-volumineux, rouge, friable et graisseux. Le lobe droit surtout paraît congestionné. Cette congestion s'observe également un peu pour les reins. La rate paraît saine.

Quant aux centres nerveux, ils n'ont pu être examinés que le lendemain, et comme ils présentaient déjà un commencement d'altération putride, il a été impossible de pouvoir se rendre compte de leur état pathologique.

Obs. IV, résumée. — **Pemphigus aigu malin.**

(*Par le* Dr Adler de Schleswig) (1).

Femme âgée de quarante-huit ans, bien portante, n'a jamais eu d'affections cutanées. A la suite de discussions d'intérêts elle fut prise de lypémanie et enfermée à l'asile d'aliénés de Schleswig. Le sixième jour, elle fut atteinte d'une éruption bulleuse qui débuta par les pieds, avec douleurs vives, soif ardente. Cette éruption se généralisa le deuxième jour sur les membres, aux lombes, à l'abdomen, au cou et au cuir chevelu. La température axillaire était de 38,4 et de 38,6.

Mort le quatrième jour de l'éruption.

A l'autopsie on trouva : de la congestion des méninges, des reins, du foie et de la rate, de l'hypéremie de la muqueuse œsophagienne et stomacale, des plaques dépouillées d'épithélium dans la bouche, le pharynx et l'œsophage.

Obs. V. — **Pemphigus aigu**

(*Observation publiée par* M. Barthel) (2).

X.... cuisinier, 47 ans, éprouve un frisson, de la chaleur consé-

(1) Berliner Klinische Wochenschrift 1878, p. 553.
(2) St-Petersburger med. Wochenschrif 1876 n° 1 ou bien *Archir. für dermatologie und syphilis*, 1877, T. 9, p. 255.

cutive et de la céphalalgie. Deux jours après aparurent les premières vésicules au dos, à la partie interne des cuisses et aussi en d'autres points. Développement rapide de ces vésicules, qui en peu d'heures acquièrent un notable volume.

Au quatrième jour, on trouve sur la partie gauche de la nuque les cheveux agglutinés par des croûtes jaunes, grisâtres. A l'épaule, à la région scapulaire, à la surface interne des cuisses jusqu'au pli de l'aine et au périnée, la peau est dépouillée de son épiderme sur une grande surface et le chorion est exposé à l'air. Sur toute la surface du corps, à l'exception du visage, des mains et de la plante des pieds, on trouve des bulles de la grosseur d'une petite orange, au nombre de 30 à 40. Les bulles récentes sont distendues par un liquide complètement clair, les anciennes sont plus flasques et leur contenu est rendu trouble par le pus. Elles sont disposées en groupes irréguliers, mais ne sont pas confluentes.

Rien d'anormal dans les organes internes. L'éruption, accompagnée d'une violente fièvre précursive, dura quatorze heures. Depuis lors, plus de fièvre et plus de formation de bulles. Un nouvel épiderme recouvre les parties exfoliées. — Pas de récidive.

Trait. : doses massives de quinine.— Lycopode et oxyde de zinc en applications locales.

J'accepte avec réserve cette observation comme pemphigus aigu véritable, car elle est peu détaillée, et l'auteur ne dit pas, si il a existé ou non de l'hypérémie congestive localisée.

Obs. VI. — **Pemphigus aigu** (1)

Le nommé X..., âgé de 20 ans, entre le 16 avril 1867, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, numéro 13, dans le service de M. le professeur Grisolle, suppléé par M. Fournier.

Quoique d'une constitution peu robuste, cet homme a joui pres-

(1) Saintorens, *Du pemphigus aigu.* — th. Paris 1867, p. 19.

que toujours d'une bonne santé ; disons cependant que, vers l'âge de trois ans, il eut à la partie externe de la cuisse gauche un abcès froid dont on retrouve encore aujourd'hui la cicatrice.

Antérieurement, il n'a jamais éprouvé de douleurs rhumatismales soit musculaires, soit articulaires, et jamais non plus il n'a eu de maladies vénériennes ou syphilitiques.

Les parents vivent encore et ne sont atteints d'aucune affection diathésique.

Il menait une vie régulière, mais travaillait beaucoup ; il était garçon de magasin et, à ce titre, était obligé de faire de longues courses dans Paris. Sa nourriture laissait quelque peu à désirer, il ne buvait que de l'eau rougie et ne mangeait pas de viande depuis longtemps ; on lui servait à dîner du vieux fromage de mauvaise qualité qu'il était obligé de prendre faute de mieux, il importe de faire remarquer qu'il en avait cessé l'usage huit jours avant le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital.

Le 8 avril, il ressentit de la fatigue dans les jambes et surtout dans les pieds qui étaient en outre le siége d'une douleur obtuse. Cette douleur, légère pendant le repos, devenait vive par la marche. Il existait en même temps un peu de rougeur sur la face dorsale de chaque pied. Point de fièvre du reste, point de troubles gastriques, quelques épistaxis seulement.

Le 14, après une longue course, il dut retourner en voiture chez lui tant ses pieds étaient tuméfiés. Il ressentait aussi à ce moment de la douleur dans la région lombaire.

Le lendemain, veille de son entrée à l'hôpital, il aperçut quelques vésicules sur la face externe des jambes et aux pieds.

Etat actuel. — Bulles nombreuses sur la face dorsale des pieds ; aux jambes, elles deviennent plus rares à mesure qu'on s'élève pour revêtir ensuite une assez grande confluence au niveau des genoux ; aux cuisses elles sont peu nombreuses et disséminées. On en remarque deux ou trois à la base du gland et sur la muqueuse du prépuce.

On retrouve aux membres supérieurs à peu près la même disposition qu'aux membres inférieurs, c'est-à-dire qu'elles sont en grand nombre sur les mains, deviennent plus rares à mesure qu'on approche du coude. Là, elle présente une grande confluence, puis on n'en voit que quelques-unes sur les bras et au voisinage de l'épaule. En un mot, l'éruption semble surtout être confluente sur les endroits proéminents et dans les points où l'os est voisin de la peau.

Enfin, il existe quelques bulles sur le cou et aux ailes du nez.

Les bulles les plus jeunes, celles qui ne datent que de quelques heures, offrent une teinte grise, rosée ; celles qui sont développées depuis vingt-quatre heures sont fortement distendues et d'une complète transparence. La sérosité qui les remplit est citrine et ne renferme que de rares globules de pus. Les bulles les plus vieilles se froncent, se troublent et deviennent purulentes, enfin elles s'affaissent et finissent par se confondre avec les bulles voisines. On observe plusieurs de ces groupes au talon et sur les plantes des pieds, mais en ce point, l'épiderme trop épais n'a pas permis aux bulles de se rompre.

Signes d'embarras gastriques, peau un peu chaude. P. 96. Cuisson très-grande, qui devient encore plus vive, quand à la suite des mouvements intempestifs, quelques bulles se déchirent.

A l'auscultation du cœur, qui du reste n'est pas augmenté de volume, on constate à la pointe et au premier temps un bruit de souffle un peu rude, à la base il n'existe aucun bruit. Dans les vaisseaux du cou, on entend un léger souffle intermittent.

Pas d'albumine, ni sucre dans les urines.

Le 18, même état général. Engorgement des ganglions inguinaux. Poussées de bulles disséminées sur le thorax.

Le 22, nouvelles poussées de bulles sur le tronc et sur les membres. Le malade accusant d'atroces douleurs quand on enlève les linges enduits de glycérine, on remplace ce pansement par un autre, on soupoudre tout le corps avec la poudre de tan. La cuisson est tellement vive que le sommeil est presque nul.

Le 23, bain qui procure un grand soulagement. Apparition d'un certain nombre de bulles à la voûte palatine et sur les piliers du voile du palais.

3 mai. — Les phénomènes généraux ont presque disparu et l'appétit est bon. Les croûtes, correspondantes aux bulles desséchées, commencent à se détacher. Il ne s'est développé aucune bulle nouvelle dans la bouche et le malade ne souffre plus lorsqu'il mâche ses aliments.

Quelques bulles ont reparu sur le nez, le tronc et les membres.

Depuis cette époque jusqu'au 20 mai, l'état du malade ne s'est pas notablement changé : chaque jour, on constate la présence de trois ou quatre bulles nouvelles tantôt dans un endroit tantôt dans un autre. Au niveau du sacrum, du grand trochanter, de la malléole gauche, il se forme des espèces d'ulcères, de plaies, par suite

de la réunion de plusieurs bulles. Ces ulcères ont peu de tendance à la cicatrisation.

Sous l'influence de la poudre de tan et de bains répétés d'une part, et de l'autre de toniques de toutes sortes, l'éruption finit par disparaître et s'éteindre.

Le 25 mai, le malade demande sa sortie, mais il est encore pâle et amaigri. Le bruit de souffle noté à la pointe du cœur n'a pas sensiblement changé et paraît se rapporter à une endocardite ancienne, dont il est impossible de retrouver la date dans les antécédents du malade.

Obs. VII, *inédite*. — **Pemphigus aigu**

(*Communiquée par* M. Lailler).

Le nommé B... Honoré, 24 ans, homme de peine, entre à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Lailler, salle St-Charles, numéro 60, le 27 novembre 1863.

Il ne peut fournir de renseignements bien précis sur les affections dont sont morts ses parents, cependant ceux-ci n'auraient eu ni rhumatismes, ni affections cutanées. Dans son enfance, il a eu longtemps des gourmes à la tête, des glandes au cou et des croûtes aux oreilles. Il nie tout antécédent vénérien. Sa nourriture est bonne, son logement est sain, il couche avec son frère qui se porte bien.

Il y a 12 jours, le malade ressentit de vives démangeaisons sur les jambes et les bourses, et il vit que ces parties étaient recouvertes de bulles ; l'éruption s'est étendue depuis.

Actuellement, il présente sur la partie interne des cuisses, sur les aînes, sur la partie inférieure du ventre une éruption à divers degrés d'évolution. Ce sont des bulles transparentes, d'une couleur jaunâtre, dont le volume égale celui des grains de riz et de grains de raisin. Elles se détachent de la peau, qui a conservé à ce niveau un aspect normal, et semblent déposées à sa surface comme des gouttes de rosée. Elles ne sont pas entourées d'une aréole rouge. Elles sont confluentes aux plis génito-cruraux. Plusieurs se sont percées et se sont recouvertes d'une plaque croûteuse, formée par

du sérum coagulé ; elles sont entourées d'abord d'un petit cercle vésiculeux blanchâtre et de plus d'une aréole rouge peu étendue, ce qui leur donne un aspect ombiliqué. L'éruption descend sur les jambes où elle est peu abondante. On trouve aussi quelques bulles sur le devant de la poitrine et sur les bras. Rien à la région dorsale, rien sur les muqueuses. Quelques vésicules sur la figure. Quelques bulles ne sont pas vidées, elles se sont affaissées et se présentent comme des papulo-vésicules plates.

Pas de troubles généraux, pas de fièvre.

30 novembre. — De nouvelles bulles paraissent tous les matins.

2 décembre.— Des bulles se sont montrées aux bras et aux jambes.

Un peu de lymphangite à la cuisse droite, partant d'une plaque assez grosse, très-douloureuse à la pression. Pas d'appétit. Garde-robes rares. Trait. : 1 bain de 2 h. — Amidon.

5 décembre. — Les plaques sont rouges, ulcérées et larges, plusieurs bulles se sont montrées aux bras et au cou.

14 décembre. — L'éruption a pris une grande extension, des bulles ont paru sur les paupières et sur le nez. Les cuissons sont très-vives et empêchent le malade de dormir. Plusieurs bulles petites existent sur la verge, le gland et le prépuce. Trait. : Eau de Sedlitz. Iodoforme.

27 décembre. — Le malade va mieux, les plaques se sèchent, il survient moins de nouvelles bulles.

Cette observation est incomplète, le malade n'ayant pu être suivi, et l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un pemphigus successif, on peut aussi se poser la même question relativement à l'observation suivante :

Obs. VIII, *inédite*. — **Pemphigus sub-aigu.**

(Communiquée par M. Lailler).

La nommée Pepin Florentine, vingt-quatre ans, blanchisseuse, demeurant à Gentilly, entre le 22 septembre 1868 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, n° 35.

Son père est mort phthisique, sa mère, âgée de 59 ans, jouit d'une bonne santé, ses deux frères se portent également bien.

Elle a eu beaucoup de gourmes et de glandes au cou dans son enfance, jusqu'à l'âge de douze ans. Fièvre muqueuse à l'âge de treize ans; érysipèle de la face à dix-neuf ans. Réglée à douze ans, les menstrues viennent régulièrement toutes les trois semaines, sont peu abondantes et sont suivies de pertes blanches. Un enfant, qu'elle a eu à vingt ans, se porte bien.

Jusqu'à présent elle n'a jamais eu d'éruptions cutanées. Pas de rhumatisme, ni de varices, ni d'hémorroïdes.

Vers le milieu du mois d'avril elle eut une diarrhée très-forte, dont on ne put se rendre maître qu'au bout de huit jours; c'est à cette époque que remonte le début de son affection.

Apparition à la face antérieure de chaque poignet de grosses bulles qui, suivant la malade, avaient atteint le volume d'une noix et étaient remplies d'un liquide transparent au début, puis louche plus tard. Les bulles étaient percées par la malade, et se cicatrisaient en quinze jours environ. A partir de ce moment, apparition successive de bulles sur les bras et dans les aisselles; chaque jour il y en avait sept à huit nouvelles. L'éruption était douloureuse et s'accompagnait de gonflement des avant-bras et des mains.

Cette éruption s'accompagna au début de frissons violents avec fièvre, la malade fut obligée de s'aliter pendant quinze jours. Un médecin consulté fit panser les plaies avec de l'amidon. A ce moment la malade était atteinte de métrorrhagies abondantes depuis trois semaines; elles n'ont disparu que depuis huit jours.

L'éruption est beaucoup moins abondante qu'au début à la région des poignets et des bras, mais elle a gagné les membres inférieurs en commençant par les chevilles; on voit quelques bulles sur les mollets et sur les cuisses; les jambes sont un peu œdémateuses, surtout la gauche.

Pendant tout le mois d'octobre, la malade a pris de la liqueur de Fowler, et les plaies ont été pansées avec de l'amidon, puis plus tard avec l'eau alcoolisée.

29 novembre. — L'état général est bon. Sur la face antérieure des avant-bras et sur la face dorsale des mains, on trouve des traces des éruptions antérieures, elles consistent en macules rosées, nummulaires et sans saillies. Sur d'autres points on trouve encore la trace des bulles, l'épiderme est soulevé et le liquide est concrété en croûtes jaunâtres assez épaisses.

Pas d'engorgement ganglionnaire dans les aisselles.

Aux membres inférieurs l'éruption est plus nombreuse. On trouve de larges plaques circulaires violacées, dont quelques-unes sont encore recouvertes de l'épiderme soulevé par des bulles peu anciennes. Le gonflement a presque complètement disparu. Les démangeaisons, moins vives qu'au début, persistent encore.

Sur le reste du corps on trouve encore des macules, elles sont nombreuses sur le ventre et les fesses, mais elles n'ont jamais été surmontées de bulles; cette éruption, au dire de la malade, serait consécutive au grattage. On ne trouve que sur certains points des plaques ulcérées et recouvertes de croûtes.

17 novembre 1868. — *Exeat.*

Obs. IX. — **Pemphigus sub-aigu malin** (1).

(*Recueillie dans le service de* Monneret).

Robert Lucie, âgée de trente-neuf ans, piqueuse de bottines, veuve, a eu neuf enfants. Elle n'a jamais été bien réglée et ne l'était pas encore quand elle s'est mariée, à dix-huit ans. Les grossesses n'ont été marquées que par des faiblesses et des lipothymies assez fréquentes. Les accouchements n'ont jamais été pénibles, tous se sont faits sans complications. Pas de maladie antérieure grave. Actuellement elle paraît avoir une constitution très-forte ; poids, 90 kilogr. 70. Elle n'est pas réglée depuis dix-huit mois. Depuis quatre ans qu'elle est veuve, ses règles sont revenues quelquefois mais peu abondantes et irrégulières. Le 6 mars, elle entre à l'hôpital pour des douleurs très-vives dans les bombes, s'irradiant dans les cuisses avec un sentiment de pesanteur au périnée. Le toucher vaginal fait croire à une maladie de l'utérus, mais l'examen au spéculum ne confirme pas cette idée. Pendant huit jours elle présente des douleurs de tête, de l'anorexie, du malaise. Au bout de ce temps survint une éruption de petites taches à la figure ; on croit à une varioloïde. La malade dit avoir eu la variole à l'âge de six jours, et la vaccine n'aurait jamais pris sur elle. Les boutons persistent pen-

(1) Saintorens. — *Du pemphigus.* — Thèse de Paris 1867, p. 23.

dant deux jours sans occasionner de trouble. Le 15 mars la malade constate sur plusieurs points de son corps de petites vésicules, les unes grosses comme une tête d'épingle, les autres grosses comme un pois, surtout au niveau des grandes lèvres, où elles forment une espèce de couronne ; on diagnostique des bulles de pemphigus. Le lendemain, ces bulles avaient considérablement augmenté de volume : elles étaient grosses comme des noix et pleines d'un liquide transparent ; on en voyait sur le corps, les membres, très-peu au visage.

On fait avec une lancette, trempée dans le liquide d'une vésicule, trois piqûres sur chaque cuisse et deux simples sans liquide ; vingt-quatre heures après de petites vésicules semblables aux autres s'étaient formées à la place des piqûres dans lesquelles le liquide avait été introduit, rien autre.

En peu de temps ces vésicules prennent des proportions très-grandes, et l'on voit une nouvelle éruption de bulles couvrir par plaques presque toute la surface du corps : dos, thorax, membres. Elles acquièrent rapidement un volume considérable, comme de grosses noix pleines d'un liquide transparent ; sur une seule, il semble y avoir un peu de pus. En même temps, fièvre très-vive, agitation de la malade fort intense. Impossible, d'avaler à cause de la présence de petites vésicules dans l'intérieur de la bouche. Bains amidonnés. Cinq ou six jours après la première éruption, les bulles se crèvent et le liquide se répand.

A cette époque, nouvelles douleurs très-vives, éruption nouvelle de bulles, celle-ci suivant la même marche que les précédentes. Cet état dure pendant dix jours avec des phénomènes généraux assez graves : fièvre, agitation, un peu de délire, anoxerie, dysphagie, douleurs très-vives, produites par la dénudation du derme au niveau des bulles. Bains amidonnés. Sur toute la surface tégumentaire, on répand du sous-nitrate de bismuth et de l'amidon.

Le 26, la malade va plus mal. Il survient une diarrhée abondante qu'on combat par le s. nitrate de bismuth. La malade a eu une syncope dans le bain. Elle ne peut conserver aucune position dans le lit. Les souffrances sont atroces. Les jours suivants l'état général semble s'améliorer. Plus de bains tièdes.

Le 29, il n'y a plus de nouvelles bulles, les anciennes sont vidées ; elles sont desséchées ; à la place se trouvent des croûtes assez épaisses, quelques-unes sont déjà tombées, et à leur place on voit une surface rouge et le derme sans épithélium. P. 101, il est plein, vibrant ; la malade se trouve mieux, elle parle volontiers ;

on dirait qu'il y a un peu de sub-delirium tranquille, mais il est peu marqué. La diarrhée est arrêtée, plus de céphalalgie.

Le 5 avril, état général meilleur, mais de nouvelles vésicules se montrent par petites places ; les anciennes marchent de plus en plus vers la cicatrisation, les croûtes tombent. Les ulcérations aux lèvres sont saignantes, se cicatrisent difficilement. La malade ne mange pas, elle ne prend qu'un peu de bouillon, à cause de la difficulté de la déglutition, gênée par l'état sec de la langue et quelques ulcérations de la muqueuse buccale, suite de quelques petites bulles pemphigoïdes développées à ce point.

Le 6, un peu de surdité, produite probablement par quelques ulcérations bulleuses du pharynx.

Le 8, légère éruption nouvelle.

Le 10, suintement séro-purulent par le conduit auditif externe, p. 96 ; marche peu franche des nouvelles bulles.

Le 13, délire depuis deux jours. P. 124. Potion avec chlorhydrate de morphine.

Le 18, l'agitation est moindre, mais le sommeil est toujours très-troublé, il y a du délire. Pas de nouvelles bulles, mais les anciennes ne se cicatrisent pas. Pas de diarrhée.

Le 19, le P. est à 101. La malade avale mieux les aliments. Les ulcérations du voile du palais sont cicatrisées, langue sèche. Des ulcérations à la région fessière occupent un grand espace et sont sanguinolentes. Le décubitus dorsal est impossible, très-douloureux Pas de diarrhée.

Le 21, l'état général est à peu près le même, fièvre, pas de diarrhée. Douleur considérable produite par les eschares du sacrum et des fesses.

Le 22, même état général, mais il survient un peu de diarrhée.

Le 24, diarrhée a disparu, mais il existe du soubresaut des tendons, le sommeil est agité, *sub-delirium*. Eschares du sacrum toujours douloureuses. La malade a appétit, cependant elle ne peut prendre que du potage. Depuis le commencement de la maladie, elle a perdu 15 kil. de son poids.

Du 24 au 26, diarrhée ; la malade va sous elle-même ; agitation.

Du 22 au 30, la diarrhée a diminué : 2 à 8 selles par jour. Délire continuel.

Le 30, délire, nouvelles bulles à la face interne du pied. Les eschares du sacrum gagnent en étendue. Souffrances très-vives. Délire surtout pendant la nuit. Plus de diarrhée.

Du 30 avril au 4 mai, état général à peu près le même.

La malade prend volontiers du bouillon. Délire continu, violent.

Le 4 mai, répond bien aux questions. Somnolence. P. 134. Soubressaut des tendons. Légère contracture. Un peu d'otorrhée depuis trois jours. Bientôt les phénomènes ataxiques redoublent et se terminen-par la mort.

Anatomie pathologique.— La portion supérieure de l'intestin grêle est infiltrée de sérosité transparente. Au-dessous commencent un plus grand nombre d'érosions superficielles semblables à des éraillures. Sur le bord libre et à la hauteur des valvules, elles siègent sur la membrane muqueuse, pâle et toujours infiltrée en forme d'arborisations : ces lésions se présentent sur une étendue de 30 à 40 cent. Plus loin, çà et là quelques grosses arborisations et quelques-unes plus petites. La muqueuse est saine dans leurs intervalles. Dans le colon, la muqueuse est pâle et décolorée sans hypertrophie folliculeuse. Le foie énorme, triplé de volume, est entièrement gras, pâle et décoloré ; la muqueuse stomacale est grisâtre avec une injection à la petite courbure. Les lésions cérébrales sont les suivantes : injection générale et égale de la pie-mère ; humidité extrême et décoloration de la substance grise. Extérieurement les circonvolutions cérébrales sont un peu ramollies, tandis que la substance blanche plus profonde est ferme et présente un piqueté blanc plutôt qu'une décoloration. Le reste de la substance cérébrale offre une grande fermeté, un peu de sérosité sanguinolente dans les ventricules.

Du côté des poumons, un peu d'emphysème, masses tuberculeuses aux sommets, congestion des lobes inférieures.

Dans les deux observations suivantes (X,XI) il s'agit bien de deux pemphigus à marche aiguë, mais dans les deux cas la fièvre n'est que secondaire, elle n'éclate en effet que huit ou dix jours après le début de l'éruption, ce qui les distingue nettement des précédents, dans les quels la fièvre arrive en même temps que l'éruption ou même la précède.

Obs, X, *inédite*. — Pemphigus aigu de cause morale suivi de mort.

(*Communiquée par* M. le Dr Garin).

Dans le milieu de mai de l'année 1858, un commerçant, de mes amis, vint me consulter pour une éruption vésiculeuse, qu'il avait depuis plusieurs jours sur le dos des mains et qui lui causait quelques démangeaisons.

Les vésicules étant très-petites et transparentes, je crus d'abord à une sorte de suette locale, que je m'expliquai par la chaleur déjà très-forte de la saison, et je me bornai à prescrire des grands bains et des boissons rafraîchissantes.

Le 21 mai, le malade revint et l'éruption avait augmenté, les vésicules étaient plus nombreuses et plus grosses, elles se manifestaient aux pieds, comme aux mains, sans avoir gagné aucune autre partie du corps, c'est même la gêne qu'il éprouvait en marchant qui avait fait revenir le malade, car il ne souffrait aucunement du reste de sa santé, je reconnus un pemphigus commençant et ordonnai le repos, des onctions huileuses, une purgation saline, de la limonade gazeuse. A partir de ce moment, par amitié, plutôt que par besoin, du moins je l'espérais, j'allai voir le malade chaque jour.

Le pemphigus, malgré les moyens employés, se généralisa bientôt et le malade dut se mettre au lit.

C'était un homme de 42 ans, d'une constitution délicate et féminine, d'un tempérament lymphatique à la fois nerveux et sanguin, avec la peau très-fine et très-blanche. La santé ordinairement bonne, n'avait été entravée par aucune maladie grave extérieure. Il n'avait jamais eu d'accidents syphilitiques ; mais chez lui le système nerveux était peu résistant, son caractère aimable et enjoué était fort impressionnable et facilement dépressible. De ses deux frères, l'un, médecin militaire distingué, avait succombé à un ramollissement cérébral, l'autre avait fini ses jours dans une maison d'aliénés. Quant à lui il était seulement sujet à de fréquentes et excessives migraines. C'est avec intention que j'insiste sur la faiblesse native de l'axe cérébro-spinal, car cette faiblesse fut certainement la cause essentielle de la maladie qui devait emporter ce malade.

En effet, une détermination importante l'ayant obligé de quitter Lyon, où étaient tous ses amis, pour aller se fixer à Paris, où de très-sérieux intérêts devaient le retenir longtemps, son caractère affectueux fut soumis à une rude épreuve; un séjour de trois mois, qu'il fit dans la capitale, ne fut pour lui qu'une nostalgie continuelle. Il ne peut y résister et revint à Lyon, mais avec la fâcheuse perspective d'un nouveau départ, ce qui l'attristait beaucoup. Selon la pente de son caractère, il restait toujours gai et spirituel avec ses amis, mais livré à lui-même, il redevenait mélancolique, l'idée d'un prochain départ le minait et le préparait à toute cause de ruine.

Ce fut un pemphigus qui fut la résultante de ces dispositions morales et physiologiques.

A la période de la maladie où en était notre ami, c'est-à-dire vers le cinquième ou sixième jour de sa maladie, il n'avait encore aucune malaise général, ni frisson, ni courbature, rien de ce qui accompagne ou précède les maladies fébriles, un peu moins d'appétit, un peu moins de forces seulement ; bientôt il n'en fut plus de même.

Du 21 au 31 mai, accroissement lent, mais continu de l'éruption. Les vésicules deviennent des bulles dont la grandeur varie depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'un pois et d'une fève, elles sont transparentes et contiennent un liquide séreux, citrin, légèrement jaunâtre, auquel on donne issue par des piqures d'épingle. Les bulles sont entourées ça et là d'une aréole rosée et sont plus sensibles qu'au début; la démangeaison est remplacée par une chaleur âcre et une légère cuisson. La peau est chaude, la soif vive, et l'appétit a disparu.

Le 2 juin, sans être encore inquiet, mais préoccupé de ce qui pouvait arriver, je vois le malade avec le docteur Girin et nous ajoutons au traitement des toniques : eau vineuse, sp. de quina, vin de gentiane.

4 juin. — La maladie fait de nouveaux progrès, les bulles se multiplient, deviennent plus grosses et atteignent le volume d'une noisette, d'une noix et même d'un œuf, elles se fusionnent, s'applatissent et deviennent roussâtres. La sérosité qui s'en échappe est abondante et d'une odeur nauséeuse. Les plaies qui succèdent à leur déchirure sont douloureuses et cuisantes, on les panse avec des compresses enduites de cold-cream.

5 juin. — L'état du malade empirant, de nouvelles consultations ont lieu avec MM. Girin, Teissier, J. Bonnet et Lacour, qui viennent

depuis plusieurs jours pour m'assister et m'aider au pansement. Ce pansement en effet est long, difficile et douloureux ; la peau, par suite de la déchirure des bulles ne formant qu'une plaie superficielle, mais immense, sécréte une grande quantité de liquide fétide, qu'on étanche en enveloppant le malade dans des couches d'ouate renouvelées trois fois par jour.

En même temps que l'éruption se généralise, la fièvre se déclare, elle est continue et intense, le ventre se météorise et les selles sont diarrhéiques. La physionomie du malade s'est profondément altérée, l'émaciation est rapide et effrayante, ce qui fait prévoir une terminaison fatale. Le délire est continu avec des formes gaies qui font contraste avec la gravité du cas, mais répondent à son caractère gai et aimable. Le sommeil est court, agité, la respiration est bruyante.

12 juin. — Le malade succombe à 10 heures du soir dans cet état de torpeur comateuse qui accompagne les maladies à forme typhoïde.

Obs, XI. — **Pemphigus aigu.**

(*publié par le* Dr Scheppach) (1)

Pharmacien, quarante-six ans, très-vigoureux. Catarrhe vésical variable depuis des années, provoqué par un refroidissement à la chasse, et entretenu par une congestion hémorrhoïdale. Pas de syphilis.

24 février. — En même temps qu'un coryza, surviennent des vésicules pleines d'eau, ayant l'aspect d'une varicelle, sur le visage et les poignets. Etat général normal, appétit et sommeil conservé; cinq jours après, même exanthème à la partie interne des cuisses, des genoux et des pieds. Les vésicules étaient progressivement plus grosses et pouvaient atteindre la superficie d'un florin. Pas de rougeur, pas d'induration concomitante. Le contenu de la bulle, aqueux au début, devient peu à peu jaune d'ambre, jaune sombre, rouge foncé, noir (par mélange de sang). Au bout de quelques jours, extension de l'exanthème sur tout le corps, excepté sur les bras et sur le ventre. Les bulles laissaient par place une petite

(1) *Aerztl. Intelligenz. blatt*, 1870 n° 30, et *Archiv. für dermatologie und Syphilis*, 1871, T. III, p. 284.

croûte ; après sa chute, on voyait la peau blanche et brillante. En même temps se développaient d'autres vésicules. Les muqueuses nasales et conjonctivales sont enflammées.

Après dix jours de maladie, mouvement fébrile, léger le soir; troubles du sommeil occasionnés par la démangeaison et la cuisson. Les vésicules récentes et l'urine ne contenaient aucune trace d'ammoniaque.

Le 14e jour de la maladie. — Le contenu des bulles développe une odeur désagréable, douceâtre et se trouble ; traces évidentes d'ammoniaque. Pendant les jours suivants, l'état général fut assez satisfaisant; peu de nouvelles bulles, bon appétit. P. 70.

Le 25e jour. — Urine légèrement albumineuse ; fortes démangeaisons, de nouvelles vésicules se développent à la place de celles qui sont guéries.

Le 31e jour. — Guérison des vésicules.

37e jour. — Nouvelles vésicules, sommeil agité, peu d'appétit, malaise, grand abattement.

38e jour. — Poussée nouvelle et considérable, qui envahit tout le corps. Douleurs dans divers groupes musculaires.

44e jour. — Les parties rouges, élevées qui se trouvent à la place des vésicules guéries, se gonflent et s'affaissent; notable difficulté de respirer; crachats brun-rouges.

45e jour. — Mort.

Le traitement externe a consisté à percer les grosses bulles et à soupoudrer les plaies avec de l'amidon. A l'intérieur, usage des toniques : la limonade sulfurique a aussi été ordonnée pour neutraliser l'ammoniaque, comme le veulent Baëmberger et Razer. Les bains prolongés n'ont pas été employés, vu la faiblesse du patient.

II

ÉRYTHÈMES CONGESTIFS PEMPHIGOÏDES

A. — ÉRYTHÈMES PEMPHIGOÏDES POLYMORPHES.

Obs. XII inédite. — **Éruption pemphigoïde polymorphe.**

(*Communiquée par* M. Lailler : *Pemphigus aigu ? Hydroa bulleux ?*)

Le nommé V... (Charles), âgé de 24 ans, tourneur sur cuivre, né à Beloir-sur-Mer (Somme), demeurant à Belleville, est entré le 27 septembre 1876 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Mathieu, n° 24.

Ce malade a toujours eu une bonne santé. Le jeudi 21 septembre, dans le courant de la journée, il a constaté sur le dos de la main droite, l'*apparition de vésicules* qui étaient le siège de vives démangeaisons. D'autres se sont montrées sur l'avant-bras droit et différentes régions du corps. Le malade n'a pas eu de malaise avant l'éruption, mais dans la nuit de samedi à dimanche, il a eu une indigestion et a conservé de l'inappétence pendant deux jours. La plus forte poussée de l'éruption s'est faite le dimanche 24 septembre.

Actuellement on constate la présence de plusieurs bulles, remplies d'un liquide citrin, sur le dos de la main droite et sur la face postérieure de l'avant-bras. Au niveau du poignet, il existe quelques bulles affaissées recouvertes de croûtes, qui, au dire du malade, déterminent de la cuisson au moment où elles se rompent. Sur le dos de la main et sur le bras on trouve des *plaques rougeâtres* dis-

séminées, plus nombreuses vers le coude, elles sont le siège de vives démangeaisons, et à leur surface on voit quelques vésicules. La main et l'avant-bras droit sont tuméfiés, et la peau a une légère coloration rouge.

Sur le membre supérieur gauche l'éruption offre les mêmes caractères, mais elle est plus discrète. Autour des plaques rouges existe une zone d'un rouge plus clair, et sur quelques-unes on voit de petites saillies. Des plaques semblables existent sur la poitrine, et remontent sur les parties latérales du cou, sur les joues aussi, ce qui donne au visage une coloration rouge diffuse. Sur les épaules, les fesses, les cuisses, on remarque des plaques d'une coloration foncée, qui ne provoquent pas de démangeaisons. Aux membres inférieurs l'éruption est peu abondante.

Rien aux muqueuses.

Pas de fièvre. Appétit conservé.

29 Septembre. — Plusieurs bulles volumineuses ne présentent pas de zone inflammatoire. Deux ou trois plaques sont devenues bulleuses. Sur la poitrine et à la face interne de l'avant-bras gauche on observe une élevure rouge ressemblant *à une plaque d'urticaire sans soulèvement épidermique*.

4 Octobre. — Sort guéri.

Cette observation est très-intéressante, elle offre un exemple de dermatose pemphigoïde polymorphe. Les caractères de l'urticaire, de l'herpès en cocarde, de l'érythème papuleux, de la poussée pemphigoïde sont rassemblés sur un même sujet.

Il y a lieu de se demander si l'on n'a pas affaire à une affection pathogénétique, ayant pour point de départ une ingestion d'aliments particuliers. On sait que l'urticaire (œdème aigu localisé et disséminé de la peau) survient parfois à la suite de l'ingestion de certains aliments. L'observation est muette sur les substances ingérées. Y a-t-il eu ici une action alimentaire servant de point de départ à cette affection polymorphe, à poussées successives, et apyrétique pendant quatorze jours ?

Obs. XIII. — **Érythème pemphigoïde polymorphe.**

(*Pemphigus aigu fébrile par le* Dr Barduzzi. (1)

Le 15 octobre 1877 on recevait dans les hôpitaux réunis de Pise, la jeune G. N., originaire de Carfagnana, et on l'admit dans mon service. Au premier examen que je fis, il me fut donné de constater que cette jeune fille menait une vie de privations en gardant les moutons, en se nourrissant mal et d'aliments avariés, en dormant dans des lieux humides et mal protégés.

Elle n'avait jamais eu de graves maladies. Cependant, depuis quelques temps, elle était dysménorrhéique, lorsque survinrent du malaise, des frissons et de la fièvre, en même temps qu'apparurent une bulle sur le dos du pied, puis d'autres bulles sur l'autre pied le jour suivant. Le troisième jour, la fièvre devient plus grave, et une éruption pemphigoïde caractéristique apparaît sur le contour *des lèvres* et au cou. Elle fut conduite dans cet état à l'hôpital ; au moment de son admission, elle présentait tous les caractères d'une fièvre infectieuse ; la temp. était de 41·1, le pouls à 97 ; l'éruption bulleuse siégeait aux endroits indiqués, et de plus à la partie antérieure du tronc, aux avant-bras, aux aînes et aux jambes. Les bulles étaient de diverses grandeurs, les unes mesuraient dans leur plus grand diamètre 1 centimètre et demi, et d'autres 5 à 6 millimètres seulement. Les grosses bulles étaient au nombre de trente environ, on en trouvait quelques-unes au cou, d'autres à la région antérieure du thorax, aux bras, aux jambes, aux aînes et au dos du pied. Ces bulles volumineuses étaient isolées, quelquefois elles étaient accompagnées de bulles plus petites, ces dernières s'observaient aux lèvres et aux paupières.

La surface, sur laquelle se développait l'éruption, avait un aspect *érythémateux*; par le fait, les bulles sont le produit du soulèvement du stratus épidermique par une production séreuse, elles étaient aussi entourées d'un liseré rouge, formé par *la congestion du derme* à leurs bases. La durée de cette éruption fut longue, les premières bulles avaient un contenu transparent, mais qui devint opaque.

(1) *Giornale italiano delle malattie veneree, della pelle* 1879, fasc. 3.

En extrayant par des ponctions capillaires du liquide de quelques bulles, je pus suivre dans diverses périodes d'évolution la transformation lente et progressive du liquide même en pus. Dans les premiers jours, les globules purulents étaient très-rares sous le champ du microscope. Cependant ils l'emportaient de beaucoup sur les cellules épithéliales, les globules de pus devinrent dans la suite excessivement nombreux.

Le cycle terminal présenta enfin des caractères semblables à ceux d'une fièvre exanthématique ; en effet, pendant dix jours la température oscilla le matin entre 38 et 39°, et le soir entre 39.2 et 40.1. En même temps que le processus fébrile, il y eut aussi de l'adynamie, de la céphalée, une anorexie complète, de l'insomnie, de la photophobie, une diminution de la sécrétion urinaire avec abondance d'urates et d'urée, et traces d'albumine. La malade s'améliora lentement, et c'est seulement le vingt-cinquième jour que la fièvre disparut, quoiqu'on eut fait usage de fortes doses de bi-sulfate de quinine pendant plusieurs jours, d'extrait mou de quina, de vin de Bordeaux, de limonade glacée. Les bulles finirent par se rompre en laissant le derme à nu, aussi on employa, *larga manu*, le glycérolé d'amidon, pour empêcher le contact de l'air. Pendant la convalescence, afin de modifier l'état général de la malade fortement dépérie, j'employai, pendant environ un mois, le sulfate de cuivre à la dose de 1, puis de 2, 3, 4 et 5 centigr., avec les meilleurs résultats. A ce sujet, il me semble opportun d'appeler encore une fois l'attention des médecins sur les heureux effets que l'on peut obtenir de ce médicament, peu usité en thérapeutique, dans le cas où il faut donner une plus grande activité aux échanges matériels.

Les premières poussées de bulles peuvent appartenir au pemphigus vrai, mais les dernières ont présenté une congestion du derme sous-bullaire, ce qui n'appartient pas au véritable pemphigus.

Obs. XIV — **Érythème pemphigoïde polymorphe.**

(*Pemphigus aigu par le* Dr Purjez, *médecin assistant de la clinique de M. le professeur* Wagner (Budapesth) (1).

M. Purjez, vingt-quatre ans, économe, fut amené le soir du 9 juin 1875 à la clinique avec de nombreuses bulles sur la peau. Le patient avait été vacciné avec succès ; à dix ans, il avait eu une angine tonsillaire ; à quatorze, dix-huit et vingt ans, accès de fièvres intermittentes toujours de courte durée. Père mort d'une méningite, mère morte d'une affection aiguë de la poitrine, sœurs bien portantes.

Le malade donne les renseignements suivants sur l'invasion de la maladie actuelle : dans les derniers jonrs du mois précédent, il vint pour affaires à Pesth ; à cette époque, sans cause appréciable, il fut atteint d'une violente conjonctivite ; celle-ci s'améliora par l'emploi de compresses imbibées d'extrait de Saturne étendu d'eau. Le 7 juin, le malade remarqua que la peau était très-rouge à la partie supérieure de la face interne de la cuisse, où apparurent plus tard des bulles ; en même temps survinrent des douleurs si vives que le séjour au lit était intolérable. Ces petites bulles grossirent et de nouvelles apparurent qui grossirent aussi rapidement ; elles atteignirent plusieurs la grosseur d'une noix par suite de fusion. Comme les bulles et les douleurs augmentaient toujours malgré l'emploi de compresses imbibées d'eau froide et d'eau de Goulard, le malade se présenta à la clinique le 9 juin. Là on nota ainsi l'état actuel :

La peau du malade, non amaigri, a une couleur normale, excepté dans la zone que nous allons décrire. Le système musculaire et le système osseux sont bien développés. La langue est un peu chargée, la muqueuse épaissie conserve les empreintes dentaires et offre de petites surfaces dépouillées d'épithélium ; la cavité buccale examinée révèle le même état. A la surface interne des lèvres, on voit des vésicules de la grosseur d'un pois à contenu louche ; la muqueuse de l'arrière-gorge est fortement gonflée et injectée ; sur quelques points, elle est à nu. Haleine fétide, sécrétion salivaire

(1) *Deuthches archiv für Klinisch Medecin.* — Leipsig 1876. — Vol. 17. — Page 271.

augmentée ; dans la salive, on remarque des petits lambeaux qui sont des débris de vésicules ; la déglutition est difficile, douloureuse, l'appétit est diminué.

Cou proportionné, thorax fortement développé, ampliation thoracique égale pendant les mouvements respiratoires ; l'examen des organes thoraciques et abdominaux ne révèle aucune lésion.

A la surface interne de la partie supérieure de la cuisse, à sa face postérieure et antérieure, au pénis ainsi qu'à la région lombaire, aux bras, à la tête et au visage, on voit des bulles variant de la grosseur d'une lentille à celle d'une noix, leur base est fortement rougie, mais cependant non infiltrée. La base des bulles isolées est entourée d'un liseré rouge de 1 à 2 millimètres ; celui-ci ne montre aussi aucune trace d'infiltration. Ces bulles sont en partie irrégulièrement disposées ou bien forment des groupes tantôt irréguliers, tantôt circulaires. Leur contenu consiste en un liquide clair, qui se trouble après un certain temps, alors les bulles perdent leur tension et deviennent flasques, beaucoup se rompent soit d'elles-mêmes, soit au moindre contact. A la suite de la rupture, les parties intéressées sont dépourvues d'épiderme, et le chorion rouge est mis à nu ; seules les petites bulles se dessèchent et se recouvrent d'une croûte de mauvais aspect ; si l'on enlève ces croûtes, on voit encore le chorion. La partie supérieure de la cuisse et la jambe n'ont pas de vésicules ; au dos de la main est une rougeur bien circonscrite, sans éruption vésiculaire. Trois bulles ont fourni 84 centimètres cubes de liquide qui, soumis à l'analyse, a donné cinq pour cent d'albumine.

Constipation ; urine d'une couleur jaune foncée, réaction très-acide, densité 1017 ; elle ne contient pas de principes anormaux. Le sensorium du malade est net. La température et le pouls n'ont pas été pris ce soir-là. Le cours de la maladie se fait comme il suit :

10 juin matin. — Le patient a passé une nuit agitée, les douleurs sont vives, les bulles augmentent. Traitement : gargarisme au chlorate de potasse, acide muriatique à l'intérieur, compresses imbibées de liniment oléo-calcaire. — T. 38°, P. 80. — Soir, T. 39.8, P. 96. Bulles plus nombreuses surtout au dos.

11 juin. — Insomnie ; nouvelles bulles. Suppression des selles depuis trois jours ; lavement. La langue tuméfiée est touchée au nitrate d'argent. — T. 40°, P. 92. — Soir : T. 40.7, P. 112. Même état ; deux selles ; le patient est très-faible, et l'application des compresses lui cause de vives douleurs.

12 juin. — Sommeil assez bon. La plupart des bulles sont troubles, beaucoup sont déchirées ; pas de nouvelles poussées. T. 39.8, P. 100. — Soir : T. 40°, P. 100. Douleurs très-vives dans la bouche, déglutition impossible, la gorge est badigeonnée avec une solution de nitrate d'argent.

13 juin. — Nuit sans sommeil, les endroits dépouillés d'épiderme sont très-douloureux. T. 39.4, P. 98. — Soir : T. 40.2, P. 98. Même état.

14 juin. — Le malade a un sommeil tranquille pendant quelques heures ; la gêne de la déglutition est plus considérable. T. 39.4, P. 88. — Soir : T. 39°, P. 100. Le malade ne se plaint d'aucune douleur ; pendant la déglutition, sensation de corps étranger dans l'arrière-gorge. A onze heures, le délire survient ; la température à ce moment est de 39°, le P. à 92.

15 juin. — Le malade n'a pas dormi de toute la nuit. Délire persistant ; le contact des surfaces dénudées ne cause pas de douleurs. Nouvelle poussée de vésicules. T. 38.4, P. 96. — Soir : T. 38.8, P. 96. Continuation du délire. Le lait, le potage, les médicaments sont à peine goûtés par le malade. Nouvelles bulles entre les orteils du pied droit et sur la main.

16 juin. — Insomnie, délire agité, incontinence d'urine et des matières fécales, trois selles claires : écorce de quinquina, lavement avec amidon et jaune d'œuf. T. 39.2, P. 100.— Soir : T. 39.4, P. 104. Le malade prend à peine de la nourriture. Continuation du délire.

17 juin. — *Status idem*. T. 38.8, P. 104. A dix heures du matin, surviennent aux extrémités inférieures des contractions cloniques et du trismus, les extrémités inférieures sont froides. P. 140. Deux heures plus tard, les crampes disparaissent. — Soir : T. 39.6, P. 112. Continuation du délire. Lavement amilacé.

18 juin. — Le délire continue, mais il laisse parfois au malade quelques instants de lucidité. Nouvelles bulles à la poitrine, aux extrémités supérieures et spécialement à leur face interne. T. 39.2, P. 108. Quatre heures après-midi : le patient dort continuellement, il se réveille souvent ; il a quelques moments lucides plus longs. A onze heures, est survenu du trismus, qui a duré jusqu'à midi. Les vésicules situées à la partie interne des bras grossissent. Les cavités axillaires, complètement dépourvues d'épiderme, sont très-douloureuses, ce qui oblige à prendre la température dans le pli du coude, elle s'élève 38.3, P. 120. — Soir, onze heures : le malade a dormi la plus grande partie du temps. Le trismus reparaît, le ma-

lade est agité, le délire est très-grand, et, à cinq heures du matin, au trismus se joint le tétanos.

19 juin. — *Status idem*. Mouvements respiratoires difficiles, les extrémités inférieures froides jusqu'aux genoux et les supérieures jusqu'aux coudes. L'œil droit à demi-ouvert, pupilles dilatées. Le pouls n'est plus perceptible. T. 37.8, battements cardiaques 140. Mort à neuf heures et demie, après quelques profondes inspirations. Température un quart-d'heure après la mort, prise dans l'aisselle, égale 40.6.

L'autopsie fut faite par M. le docteur Guersich, professeur d'anatomie pathologique à Klausenbourg.

Ici l'auteur décrit l'aspect de la surface cutanée.....

Examen interne. — La peau de la tête est gorgée de sang ; la boîte cranienne a peu de diploë, sang liquide, rouge-sombre, dans le sinus longitudinal. Les enveloppes du cerveau peuvent être enlevées par grands lambeaux, elles entraînent les corpuscules de Paccioni, elles sont tellement gorgées de sang, que quelques vaisseaux atteignent le volume de plumes de corbeaux ; les petits vaisseaux sont aussi très-injectés. A la coupe, le cerveau, de consistance pâteuse, est tellement piqueté et strié de sang, que la substance blanche du cerveau, comme dans la fièvre typhoïde, paraît rose ; dans les ventricules un peu de sérum clair ; plexus choroïdiens congestionnés. Cervelet et moelle comme le cerveau.

Le tissu cellulaire sous-cutané englobe un riche pannicule adipeux. Les muscles, d'un brun-sombre, sont secs. Dans les veines jugulaires: fibrine et caillots sanguins ; la glande thyroïde ressemble à du rai de grenouille. La muqueuse de la cavité buccale et du gosier est recouverte d'un enduit gris-sale analogue à de la bouillie. Sur le dos de la langue, on voit deux plaques dénudées d'un rouge pâle, larges comme un pois ; sur les bords de la langue, plusieurs plaques qui n'ont que le quart ou la moitié de cette étendue. Les muqueuses du voile du palais et de la gorge sont entièrement dépouillées d'épithélium dans l'arrière-gorge ; celui-ci se détache par lambeaux. A la partie supérieure de l'œsophage, on trouve quelques plaques dénudées ; sur leurs bords, l'épithélium est soulevé. La muqueuse du larynx et de la trachée, fortement injectée, est recouverte d'un mucus adhérent, grisâtre. Le poumon droit est libre, le poumon gauche est adhérent en bas. Les portions antérieures des poumons sont spongieuses, de couleur violet-pâle, la quantité de sang qu'elles contiennent est moyenne ; par la pres-

sion, elles laissent sourdre une grande quantité de spume rouge. A la partie postérieure des deux poumons, on trouve quelques noyaux faisant saillie, de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix, d'une couleur sombre ; la substance pulmonaire, qui y correspond, est plus consistante, plus cassante ; elle contient peu d'air et ne surnage pas ; à la coupe, il en sort un liquide moins aéré. De plus, de semblables noyaux se trouvent dans l'épaisseur du poumon. Là où ces noyaux touchent la plèvre, celle-ci est recouverte d'une couche fibrineuse mince, transparente, rugueuse.

Dans le péricarde, une once et demie de sérosité, faiblement teintée de rouge. Le cœur a le volume du poing, sa consistance est normale ; dans la cavité droite existe une grande quantité de caillots solidifiés. Le foie, de volume moyen, est très-consistant et congestionné, vésicule biliaire distendue par une grande quantité de bile normale. Rate de grosseur et de consistance ordinaires. Pancréas normal. L'estomac est contracté, la muqueuse ratatinée, épaissie, inégale, de couleur ardoisée, d'autant plus sombre que l'on se rapproche plus du pylore. Contenu de l'estomac et du duodénum formé par un liquide gris verdâtre. L'intestin grêle est contracté, sa muqueuse est injectée ; il contient un peu de liquide verdâtre. Gros intestin contracté, contient peu de matières fécales dures et un peu plus de matières pâteuses. La muqueuse du cœcum et du colon ascendant est bleuâtre. Les reins, de volume normal, sont consistants ; ils contiennent une quantité moyenne de sang. La vessie contractée ne contient qu'un peu d'urine trouble.

Obs. XV. — **Érythème pemphigoïde fébrile polymorphe.**

(*Pemphigus aigu publié* par M. le Dr Kobner, de Breslau) (1).

Madame Yohama F., femme d'un cocher, vingt-cinq ans. Bonne santé antérieure, sauf rougeole et scarlatine avant l'âge de sept ans. Première menstruation à vingt ans, régulière depuis lors, peu abondante, durant trois à quatre jours. Mariée à vingt deux ans,

(1) *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1869 : zur streitfrage über die existen eines Pemphigus acutus ven, Dr Kobner, in Breslau.

elle eut, un an après, un enfant quelle nourrit elle-même et qui vit encore. Deux ou trois jours après la délivrance, sans lésion apparente, elle ent un violent accès de fièvre accompagnée de sueurs abondantes, de démangeaisons et de rougeurs sur tout le corps. Le lendemain sur le visage, la poitrine, les extrémités, apparurent beaucoup de plaques rouges, un peu élevées, qui par suite du prurit se transformèrent en vésicules et en bulles en huit ou dix jours.

La peau de la malade resta normale pendant le cours de sa deuxième grossesse qui arriva à terme, sans complication; le 24 novembre 1866, elle accouche d'une fille saine. Quelques jours avant l'accouchement, la femme F.. avait ressenti par tout le corps de vives démangeaisons. Dans la nuit du 24 au 25 novembre, elle eut un frisson violent de longue durée, qui se renouvela quelques heures plus tard et fut suivi de chaleur brulante. Lochies supprimées. Le jour suivant augmentation de la chaleur de la peau, sueurs abondantes, sensation de brulure et de démangeaison insupportable par tout le corps, principalement à la plante des pieds. La peau devint rouge et le 26 pour la première fois, soulèvements sur des points isolés de bulles remplies complètement de liquide clair, de la grosseur d'un pois d'abord, d'une fève plus tard. Le 27 novembre les mêmes symptômes annoncèrent d'autres vésicules sur les bras, la partie supérieure de la poitrine, et le 28 sur les membres supérieurs et inférieurs. Les vésicules se crevaient sous une faible pression, beaucoup se remplissaient de nouveau, d'autres au contraire laissaient des érosions recouvertes de débris épidermiques qui se desséchaient peu à peu ; chaque jour survenaient de nouvelles et notables vésicules.

Aucun changement dans les fonctions digestives. Appétit bon. Urine normale. Selle chaque deux jours. La malade allaite son enfant.

Le 3 décembre 1866, neuvième jour de la maladie, F..., vient à la policlinique à cause des démangeaisons insupportables qui lui enlevaient tout sommeil. Le docteur Borenski note alors, outre ce que nous venons de dire l'état suivant :

Pouls plein, accéléré 112-116. Augmentation de la température cutanée. Langue un peu chargée, appétit conservé. Sur le visage, la poitrine, le dos, les membres, la plante des pieds, on voit de nombreuses plaques rouges, indolentes, soulevées à leur centre par de la sérosité et ayant sur les bords des vestiges de vésicules confondues par le grattage. Les extrémités sont fortement enflées, rouges et couvertes de nombreuses bulles, de une ligne à un pouce

de diamètre, sur un tiers de pouce de hauteur. Ces bulles se montrent très-rapidement, souvent dans l'espace d'une heure, avec sensation de vives démangeaisons. Le contenu était clair dans les récentes et trouble dans les anciennes. Elles se déchiraient facilement, souvent par la simple distension de la peau produite par les mouvements des extrémités. Il restait aussi quelques ulcérations rouges dont l'épiderme avait été déchiré, beaucoup étaient rondes ou ovales. La partie interne de la jambe principalement au niveau du tibia était notablement rouge et tuméfiée ; la tuméfaction n'a pas le caractère pâteux de l'œdème, elle est plus ferme et plus résistante.

4 décembre. — Même état. Les bulles ont la grosseur d'une fève, d'autres sont plus petites ; les plaques rouges sont disposées soit irrégulièrement, soit en groupes annulaires, comme cela se remarque au bras droit. Le soir, léger frisson comme les jours précédents, suivi de chaleur, sueur et recrudescence de la cuisson. Nouvelles bulles moins grosses et moins nombreuses que précédemment.

5 décembre. — Onzième jour de la maladie. Le docteur Kobner, accompagnant le docteur Borenski, vit la malade pour la première fois. — Pouls à 103, élévation légère de la température. Empatement moindre des extrémités ; cuisson moins vive. Au total amélioration notable. Dans le cours de la nuit et le matin même, nouvelles bulles à la face interne des membres supérieurs, de la partie antérieure de la plante des pieds, ces dernières étaient très-douloureuses à cause de la résistance de l'épiderme. L'aspect du corps était le suivant.

Aux bras et aux jambes plaques nombreuses, moins abondantes à la poitrine et l'épigastre, plus rares au cou et sur les parties de la tête privées de poils, sur les oreilles et les joues. Ces plaques étaient larges, rouges, arrondies ou irrégulières, groupées ou isolées. Les plaques rouges légèrement saillantes sur les parties latérales du ventre, sur les lombes et les fesses ; elles étaient très-nombreuses sur les cuisses où elles empiétaient les unes sur les autres. Elles restaient ainsi quelques jours, mais ne persistaient pas comme des plaques hypérémiques ; sur quelques-unes s'élevaient de petites vésicules.

Entre ces surfaces rouges, couvertes encore en partie de débris épidermiques, sur la peau normale s'élevaient des vésicules, de la grosseur d'une lentille, qui atteignaient rapidement le volume d'une fève ou d'une noisette. Aux jambes, aux orteils, aux bras les bulles isolées étaient plus nombreuses que les vésicules et les groupes de

vésicules (*herpès phlyctenodes*) ; au cou, à l'avant-bras et sur les parties latérales du thorax ces dernières étaient de beaucoup les plus nombreuses.

La partie supérieure du dos était moins atteinte que l'inférieure, on trouvait de nombreuses traces de points grattés, mais pas de vésicules, ni de bulles. Aspect érysipèlateux de la région scapulaire droite, la peau sur une surface large comme la paume de la main était rouge, sombre, infiltrée avec un épiderme ratatiné semblable à un *érythéma papulatum et gyratum*.

Les muqueuses sont intactes. Les lochies n'ont été suspendues que deux jours. — La sécrétion lactée se fait bien. — L'urine est abondante, claire sans sédiments, ni albumine.

La fièvre a diminué, elle offre le soir une exacerbation avec frisson, chaleur et sueur ; le soir, sur les plaques rouges récentes, principalement aux pieds et aux mains, apparition de bulles variant du volume d'une lentille à celui d'une fève.

6 décembre. — Pouls 92, température peu élevée. Diminution de l'empâtement des extrémités supérieures ; les vésicules des bras se sont déchirées, leur base rouge se distingue encore un peu, celles de l'avant-bras sont déjà sèches. Les nouvelles bulles sont moins volumineuses que les anciennes. La jambe a pali, mais le dos du pied est œdémateux. Les bulles de la plante des pieds sont affaissées ainsi que celles des orteils. Le soir, pas d'exacerbation, pas de vésicules nouvelles.

7 décembre. — Plus de fièvre, P. 80 le matin et 88 le soir. Dans la soirée, forte cuisson aux extrémités, mais pas de nouvelles efflorescences. L'éruption décrite est guérie au bout de six jours environ.

13 décembre. — Dix-neuvième jour de la maladie. On ne voit plus que quelques plaques rouges, la peau des extrémités est complètement revenue sur elle-même. Éruption furonculeuse à la lèvre supérieure et à la nuque, elle se continue le 14 et 15 sur les membres pour ne disparaître que le 22 décembre. A ce moment survient de la diarrhée que l'on coupe par l'opium. Trait.: préparations ferrugineuses.

L'auteur a laissé s'écouler deux années pour savoir si les bulles se reproduiraient spontanément, ce qui n'est pas arrivé. L'enfant de cette malade est toujours bien portant.

Les deux observations suivantes (XVI, XVII) sont relatives a des érythèmes pemphigoïdes fébriles survenus sur des sujets manifestement cachectiques. Nous avons décrit dans le cours de ce travail les caractères remarquables qui sont propres à ces cas.

L'observation du docteur Pribran est suivie d'un tableau donnant jour par jour le pouls, la température, la respiration, la quantité d'urine, et le nombre de selles; nous n'avons pas cru de voir rapporter ce tableau, car bien que ces analyses complètes soient intéressantes au point de vue des éruptions pemphigoïdes, et que nous n'en ayons pas trouvées d'autres dans la science, il est évident que tous les chiffres perdent de leur valeur, par celà même que le sujet était tuberculeux.

Dans l'observation XVII le purpura, la lésion rénale nous inclinent à penser qu'il s'agit d'une affection pemphigoïde, liée au mal de Bright.

Obs. XVI. — Érythème pemphigoïde cachectique.

(*Pemphigus fébrile suivi de mort, au bout de huit semaines, par tuberculose consécutive.* Dr Alfred Pribran) (1).

Ondrisek, dix-sept ans, élève du conservatoire, malingre, pâle, issu de parents tuberculeux, a eu dans son enfance de fréquents abcès ganglionnaires et plus tard une double arthrite du coude qui se termina par ankylose après élimination du séquestre. Habitation humide, alimentation exclusivement végétale.

Le jour de Noël 1868, sans cause connue, il eut tout-à-coup de la fièvre, des frissons et plusieurs vomissements; de plus il éprouva

(1) Archives für Dermotologie ünd Syphilis 1869, T. p. 468.

une grande faiblesse, de l'inappétence et des douleurs lombaires. Après une fièvre de courte durée, il remarqua sur certaines parties de son corps des bulles, qui se vidaient et se séchaient pendant que d'autres apparaissaient. En même temps le malade ayant de la fièvre maigrissait. Il n'avait jamais eu d'affection semblable.

26 février 1869. — Le malade entre à la clinique médicale, où l'on note l'état suivant : corps faible, tissu adipeux peu développé, téguments pâles, secs sur les parties saines. Chevelure épaisse, cheveux souples et gras. Peau du front, du nez, de la joue droite tendue rouge. Cils agglutinés, par une sécrétion conjonctivale épaisse et abondante. La joue et l'oreille gauches, la moitié gauche du nez offrent des bulles en parties desséchées, d'autres contiennent un sérum citrin et reposent sur une base rouge. — Langue épaisse comme vernissée, brune au milieu. — Au cou, quelques bulles isolées du volume d'une fève. Ondulations des veines jugulaires.

Bulles nombreuses tantôt arrondies, tantôt allongées et confluentes, quelques érosions consécutives, recouvertes d'épiderme délicat sur les bras, le thorax, les membres inférieurs et les extrémités. Le coude gauche altéré dans sa forme offre une cicatrice adhérente au condyle externe, les mouvements de cette articulation sont limités; ganglions axillaires développés; non douloureux; nombreuses efflorescences plus ou moins récentes dans les aisselles.

Le thorax est long et étroit. La percussion et l'auscultation sont normales des deux côtés.

Efflorescences aux organes génitaux, scrotum excorié ; phimosis.

Par derrière : A la nuque les cheveux sont agglutinés par des croûtes jaunes, épaisses recouvrant de grandes excoriations.

Percussion pleine, claire jusqu'à la neuvième côte à droite, et jusqu'à la huitième à gauche, matité au-dessous. Respiration vésiculaire, rales en bas à gauche ; pas de crachats.

Urines acides et sédimenteuses. Léger nuage albumineux.

Le contenu des bulles est neutre, il renferme des globules de pus et beaucoup d'albumine, du chlorure de sodium, mais pas de matière colorante. Dans l'urine des huit premiers jours : diminution du sel marin, matière colorante accrue, acide phosphorique variant beaucoup.

Autopsie 27 février, trente-quatre heures après la mort, par M. le docteur Van Klenka. (*Ici l'auteur relate l'aspect général du cadavre.*

Méninges très-infiltrées, subtances cérébrale pâteuse, substance médullaire d'un blanc sale avec nombreux semis rouge-pâles. Subs-

tance corticale brun-pâle. Deux drachmes de sérum clair dans les ventricules, épendyme lisse, plexus d'un brun-pâle. Dans les sinus de la base, petites coagulations d'un rouge sombre.

Dans les veines jugulaires sang liquide, rouge, sombre. Corps thyroïde de grosseur moyenne, avec kystes colloïdes de la grosseur d'une lentille. Muqueuse trachéale verdâtre, celle du larynx d'un violet pâle. Amygdale droite hypertrophiée, pigmentée; il en est de même des follicules de la base de la langue.

Un peu de sérum dans le péricarde.

La plèvre du lobe inférieur gauche à sa partie postérieure est couverte de nombreuses ecchymoses de la grosseur d'une tête d'épingle. Le poumon gauche est un peu augmenté de volume. Le lobe supérieur est fortement congestionné, mais perméable; à la coupe, saillie de grosses granulations, qui à un examen attentif paraissent être des noyaux gris, secs. Dans la cavité pleurale droite un peu de sérum trouble, la plèvre viscérale du lobe inférieur est couverte d'exsudats. Au sommet de ce poumon existe une caverne de la grosseur d'une noix, à parois calleuses avec un contenu verdâtre de mauvaise odeur. A la coupe même aspect qu'à gauche des tubercules gris secs. Gros ganglion bronchique pigmenté entre les lobes moyens et inférieurs.

Cœur graisseux, muscles d'un brun pâle, endocarde rouge par imbition, coagulations fibrineuses.

Foie hypertrophié, tissu pâle, peu de sang. Reins anémiés.

Obs. XVII, *inédite*. — **Érythème pemphigoïde chez un sujet cachectique.**

(*Communiquée par* M. Horand : *pemphigus aigu.*)

B. François, cinquante-six ans, né à Uzine (Savoie), cordonnier, domicilié à Lyon, entre à l'hospice de l'Antiquaille, dans le service de M. Horand, salle Saint-Paul, nº 9, le 13 mai 1878.

L'affection, dont il est atteint, est caractérisée par des bulles, dont les dimensions égalent celle d'une pièce de 50 cent. et celle d'une pièce de 2 fr. Leur contenu est limpide et inodore et, elles sont entourées d'une aréole érythémateuse. Elles sont distinctes et en

général séparées par de vastes espaces de peau saine ; quelques-unes sont recouvertes de croûtes mélicériques. Les régions exposées au frottement (épaules, fesses, partie supérieure et interne des cuisses) présentent de vastes plaques excoriées analogues à des surfaces de vésicatoire, qui rendent tout mouvement fort douloureux. Sur les avant-bras et sur les jambes, elles produisent une sanie fétide, quelques bulles sont affaissées, ridées, et offrent une teinte rouge-violacée hémorrhagique. On voit en outre sur les membres inférieurs de petites taches bleuâtres de la largeur d'une tête d'épingle et ne disparaissant pas sous la pression du doigt. Sur les lèvres, les bords de la langue, le voile du palais et ses piliers, on voit de petites bulles plus ou moins confluentes. Suintement muco-purulent des fosses nasales, haleine extrêmement fétide. Engorgement léger des ganglions sous-maxillaires.

L'éruption a débuté simultanément, il y a quinze jours, sur le corps et dans la bouche ; sur le corps, elle s'est montrée d'abord à la poitrine, au cou, aux membres supérieurs, puis aux membres inférieurs, au ventre et au dos. L'état général est grave, les téguments sont pâles, décolorés. Œdème léger des jambes. On ne trouve ni sucre, ni albumine dans les urines, et l'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal.

Bonne santé antérieure ; pas d'antécédents scrofuleux, syphilitiques, ni rhumatismaux. Rien au point de vue de l'hérédité. Mais hygiène déplorable : les aliments laissaient à désirer autant au point de vue de la qualité que de la quantité ; de plus, le malade, depuis quarante ans, prenait chaque matin deux ou trois verres de mauvaise eau-de-vie et buvait deux litres de vin dans la journée.

14 mai 1878. — On donne au malade du sulfate de quinine, et pour le nourrir, du lait, du bouillon et trois cents grammes de vin sucré.

16, temp. mat. 38.2, s. 38.9. — 17 mai, temp. mat. 38, s. 39.6.

18 mai. — L'état général du malade est de plus en plus grave, le thermomètre mis dans l'aisselle monte à 40°, les jours suivants, il oscille entre 39.5 et 40.5. Le malade meurt le 22 mai.

Autopsie. — Poumons normaux, sauf un peu de congestion aux deux lobes inférieurs. Rien à la coupe. Bronches n'offrant rien de particulier. Cœur normal, pas hypertrophié, petites végétations sur les valvules sigmoïdes de l'aorte. Le foie, un peu graisseux, a un volume normal. Le péritoine est sain. Sur l'œsophage, on voit plusieurs plaques congestionnées, occupant une grande portion de la circonférence, entre ces plaques la muqueuse est saine. Sur l'es-

tomac on trouve des plaques analogues, plus des érosions hémorrhagiques et des écchymoses sous-muqueuses. Les mêmes lésions se trouvent aussi dans le duodénum. Rien dans le reste du tube digestif. Les reins sont normaux comme poids (150 gr.) et comme volume, substance corticale peu épaisse. La couleur des substances corticales et centrales est uniformément rougeâtre. Dans la substance pyramidale on voit des concrétions d'acide urique, groupées par petites masses, grosses comme une tête d'épingle (néphrite goutteuse).

Dans l'observation suivante, comme on le voit dès les premières lignes, il s'agit d'une femme, atteinte d'urticaire depuis 4 mois. Cette urticaire se transforma en affection bulleuse sous l'influence d'un bain médicamenteux ; c'est un des beaux exemples de fièvre ortiée pemphigoïde. Le plus souvent en effet, il n'y a que quelques plaques d'urticaire, qui se recouvrent de bulles.

Obs. XVIII. — **Fièvre ortiée pemphigoïde**

(*publiée par* M. Malherbe : *Pemphigus aigu*) (1).

La nommée Louise Hénot, domestique, quarante-six ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 12 février 1869 (service de M. Guibout). C'est une femme blonde, un peu lymphatique, mais d'une apparence assez vigoureuse.

Voici ce qu'elle raconte comme antécédents : depuis quatre mois elle éprouve une démangeaison très-vive, apparaissant le soir, environ une heure après son coucher. Cette démangeaison a débuté par les extrémités inférieures, puis s'est étendue aux membres inférieurs tout entiers, puis aux bras, puis un peu au tronc. Elle s'est

(1) Malherbe. — *Union médicale*, 3e série, 7, 1869

soignée pendant longtemps en prenant des bains de barége, et plus tard des bains de son, enfin elle se frotta avec de l'eau, dans la quelle elle avait fait dissoudre une poudre donnée par un pharmacien, et avec une sorte de pommade contenant, dit-elle, de l'essence de térébenthine. Cette friction qui fut assez douloureuse, eut lieu le 10 février. Elle entra à l'hôpital le 12, dans la journée, prit un bain avant qu'on l'eut examinée, et le lendemain matin on la trouva couverte de nombreuses bulles de pemphigus d'un assez petit volume. Ces bulles couvrent les deux membres inférieurs, et s'étendent même un peu à la plante des pieds ; elles occupent aussi les membres, la partie supérieure du cou et le menton ; il y en a très-peu sur le dos, la poitrine et l'abdomen. On n'en trouve aucune sur les muqueuses accessibles à la vue, et nous pouvons dire par anticipation que la malade n'en n'a pas présentée pendant tout le cours de sa maladie, non plus que sur le front, la partie supérieure des joues et le nez. Les bulles des membres se succèdent avec rapidité; lorsqu'elles crèvent elles laissent échapper une sérosité assez fluide ; leur volume moyen est celui d'une amande ; quelques-unes sont un peu plus grosses. En même temps que ces symptômes cutanés, il y a un peu d'embarras gastrique, et le pouls s'élève à 112.

Le 15. février. — Depuis lors de nouvelles bulles n'ont pas cessé d'apparaître en devenant de plus en plus volumineuses ; quand elles crèvent, tantôt la pellicule épidermique reste à la surface du derme, tantôt elle est enlevée par le linge, et il reste une surface sécrétante, analogue à celle d'un vésicatoire, mais point rouge.

16 février. — Quelques vésicules renferment un liquide plus louche.

Le pouls est à 104 et la langue est un peu sale.

17 février. — Les bulles semblent moins nombreuses, mais il y a surtout au poignet et à la face dorsale de la main des plaques blanches à bords rosés élevées au-dessus de la peau saine, et comparables, sauf la dimension, a des plaques d'urticaires : on dirait des bulles arrêtées au milieu de leur évolution. Le pouls est à 104 et la langue blanche.

18 février. — Matin, la grande plaque de la main droite s'est changée en une énorme bulle, qui occupe tout le dos de cette main (1).

A gauche la main présente 2 ou 3 bulles volumineuses. Le pouls

(1) Cette main et l'une des jambes ont été moulées et sont exposées au musée de l'hôpital Saint-Louis.

n'est qu'à 100, mais la malade a eu du délire pendant la nuit et ses forces paraissent notablement diminuées. Le soir elle délire encore, elle est assez tranquille et parle de choses en rapport avec sa profession de cuisinière. Elle a comme le matin 100 pulsations ; sa peau est très-chaude au toucher. Les mouvements des draps, qui la couvrent, lui causent une douleur assez vive.

19 février. — Elle est plongée dans une profonde somnolence, quand on la tire de cet état de torpeur elle répond en délirant, mais toujours sans violence ; les surfaces dénudées qui remplacent les bulles crevées sont recouvertes d'une sorte d'exsudation d'un blanc grisâtre, peu épaisse et de mauvais aspect. La malade meurt dans la nuit du 19 au 20, sans que le délire ait cessé.

Autopsie. — Il y a de la congestion pulmonaire, le poumon gauche est d'un volume extrêmement minime, les deux poumons sont crépitants. On ne trouve rien qui mérite d'être noté dans l'encéphale. L'intestin grêle examiné soigneusement, présente une congestion très-considérable d'un rouge vif et de nombreuses arborisations vasculaires dans toute sa moitié inférieure.

B. — HYDROAS PEMPHIGOÏDES

Obs. XIX inédite. — **Hydroa pemphigoïde.**

(*Communiquée par* M. Lahler : *Hydroa? Erythème polymorphe?*).

Le nommé G. Adrien, vingt-quatre ans, corroyeur, demeurant à Plaisance, rue de l'Ouest, 121, entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 43, le 27 août 1867.

Son père est mort à 55 ans d'une tumeur abdominale, sa mère est âgée de 60 ans.

D'un tempérament lymphatique, il n'a eu aucune manifestation scrofuleuse dans son enfance. Rhumatisme articulaire sub-aigu à

l'âge de 13 ans, pas de rhumatisme musculaire, pas de migraines, pas d'antécédents vénériens. Nourriture ordinaire, pas d'excès alcooliques, habitation saine. L'état du malade ne l'oblige pas à rester constamment dans l'eau.

La maladie actuelle a débuté il y a huit jours, sans cause appréciable, et n'a coïncidé avec aucun syptôme du côté du tube digestif ou du système nerveux. Elle a d'abord apparu aux membres inférieurs, puis a gagné successivement les membres supérieurs et le tronc.

Actuellement on voit une éruption dont, les caractères sont différents, suivant qu'on l'observe sur les membres ou sur le tronc.

A la face antérieure du tronc, on voit des plaques rouges d'étendue variable, légèrement saillantes, de coloration vineuse. Sur aucune de ces plaques on ne remarque des bulles ou des vésicules.

Aux membres supérieurs, mais presque uniquement à la face externe on observe les mêmes plaques, mais, de plus, il y a des bulles de la dimension de petites noisettes, le contenu est tantôt limpide, tantôt jaunâtre et purulent. Quelques-unes des bulles sont déchirées et affaissées ; on observe alors des croûtes grisâtres avec un suintement purulent. — Aucune de ces bulles ne se développe d'emblée sur la peau saine, toujours elles sont précédées d'une plaque érythémateuse.

Aux membres inférieurs, l'éruption présente le même aspect, mais elle est confluente, occupe surtout la face antérieure des membres, il n'y a pas de plaques à la cuisse. L'éruption des jambes est remarquable par le volume des bulles, qui ont souvent le volume d'une noix. L'épiderme est tendu par un liquide transparent qui devient purulent les jours suivants. Chaque bulle prend naissance au centre d'une plaque, et rapidement la bulle acquiert une dimension considérable. Beaucoup *de plaques n'ont pas offert la transformation bulleuse.* La dimension des bulles est très-variable. Les bulles, une fois développées, se rompent spontanément si le malade ne les perce pas avec une épingle ; l'épiderme s'affaisse alors surtout au centre, tandis qu'à la périphérie il n'est que légèrement soulevé, d'où une teinte blanchâtre ; de là résultent plusieurs cercles concentriques, à teintes différentes, environ trois, le troisième cercle, qui est le plus externe, est représenté par une zone rouge concentrée.

Il n'y a pas eu d'éruption à la face, au cuir chevelu. Les muqueuses sont intactes.

Cette éruption a été accompagnée surtout au début de déman-

geaisons vives, actuellement elles persistent encore, mais sont légères, non douloureuses.

Santé générale très-bonne.

30 *Août*. — L'éruption s'affaisse partout, plus de nouvelles bulles, les anciennes se déssèchent rapidement. Trait. : Poudre d'amidon. Arséniate de soude, 4, puis 6 milligr.

7 *Septembre*. — Les croûtes sont tombées. Plus de suintement.

9 *Septembre*. — Le malade quitte l'hôpital sur sa demande. Au niveau des points occupés par les bulles, la peau est encore congestionnée, mais recouverte d'un épiderme de nouvelle formation.

Obs. XX inédite. — **Hydroa Vésiculeux.**

(*Communiquée par* M. Lailler).

Le nommé C..., âgé de quarante-six ans, tailleur, né à Cracovie (Pologne), demeurant à Paris, malade depuis quinze jours, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 16 avril 1867.

Constitution moyenne. Tempérament lymphatico-sanguin. Père mort à l'âge de 50 ans environ ; pas de rhumatisme. Mère morte également. Pas de gourme, pas d'ophthalmie, pas d'otorrhée, mais quelques glandes au cou dans l'enfance.

Il présente à la région épigastique, et à la face antérieure des bras et des coudes des cicatrices blanchâtres consécutives à une brûlure datant de l'âge de trois ans.

Pas de rhumatisme articulaire ni musculaire. Quelques angines. Appétit modéré. Diarrhée assez fréquente. Rien du côté des voies respiratoires. Deux blennorrhagies. Il a eu plusieurs chancres, dont il ne peut indiquer la nature, le dernier à l'âge de 22 ans ; il ne reste aujourd'hui ni cicatrices, ni induration. Misère sociale engendrant de la misère physiologique. Nourriture très-insuffisante cet hiver. Souvent malade. Il ne prenait pas de vin. Habitation humide au rez-de-chaussée.

Il y a trois ans, il aurait eu absolument la même affection à Londres. — L'an dernier, à Paris, retour de l'affection, guérison au bout de 7 à 8 jours.

La maladie actuelle a débuté il y a environ une quinzaine de

jours ; elle paraît avoir succédé à un refroidissement. Elle a commencé, comme les autres fois, à se montrer aux membres inférieurs. — Il y a six jours, que l'éruption existe dans la cavité buccale, trois jours seulement qu'elle s'est montrée aux mains. Il a pris seulement deux purgatifs depuis le début.

Etat actuel. — A la face palmaire des mains, l'éruption est presque confluente ; on y observe des taches blanchâtres de la largeur d'une petite lentille ; ces taches sont évidemment formées par le soulèvement de l'épiderme ; seulement, en raison de l'épaisseur de ce dernier, le soulèvement épidermique n'est presque pas marqué ; il ne semble pas y avoir dans toutes un liquide sous-jacent ; en un mot, ce sont la plupart des vésicules vides. Les unes sont isolées, discrètes ; les autres sont réunies au nombre de deux à trois. Chacune de ces vésicules est entourée d'une *zone circulaire érythémateuse avec une légère teinte violacée*. Cette éruption, comme nous l'avons dit, date de trois jours : elle s'est accompagnée au début de douleurs très-vives, de cuissons ; la tuméfaction étant considérable, le malade étant obligé de maintenir constamment ses doigts dans une position intermédiaire à la flexion et à l'extension. Quelques démangeaisons qui sont aujourd'hui diminuées.

Sur la face dorsale des mains, et surtout dans les espaces interdigitaux, on observe les mêmes lésions ; seulement en raison même de la minceur de l'épiderme, les vésicules sont plus nettes, et l'épiderme est manifestement soulevé par des liquides séreux. — On rencontre la même zone congestive périphérique.

La même éruption se rencontre sur la face dorsale du pied et des orteils, seulement elle est bien moins confluente qu'aux mains. Il n'y en a pas trace à la face plantaire. — Au niveau de chaque malléole externe, on rencontre une bourse séreuse avec induration épidermique. A ce niveau, rougeur congestive. La même chose se rencontre au diveau de la tête du cinquième métatarsien. (Profession, tailleur).

Pas d'éruption sur les bras, avant-bras, jambes, cuisses.

Le bord libre des lèvres, leur face interne, les bords latéraux de la langue, la voute palatine présentent une série d'ulcérations au niveau desquelles la muqueuse offre une coloration jaunâtre, légèrement opaline ; ces plaques sont plus ou moins étendues, discrètes ou confluentes ; — un peu d'injection à la périphérie des plaques. On en rencontre aussi sur la luette.

La palpation des lèvres est excessivement douloureuse, — salivation très-abondante. — 80 pulsations ; température normale ;

langue saburrale ; appétit persistant, mais impossibilité absolue de l'acte de la mastication ; pas de nausées, pas de diarrhée. Un peu de douleur dans l'acte de la déglutition. — Rien du côté des voies respiratoires.

17 *Avril* 1867. — Dans quelques unes des vésicules qui ont un reflet bleuâtre, on fait sourdre un peu de sang épanché. Aux pieds il y a des plaques simplement érythémateuses ; à ce niveau, il semble y avoir une légère hémorrhagie ; et, en effet, les plaques ne disparaissent pas à la pression. Notons encore qu'entre les orteils, l'éruption a pris des caractères spéciaux ; l'élément vésicule n'est pas appréciable, seulement il y a des ulcérations superficielles, l'épiderme desquame par lames étendues, — odeur fétide.

18 *Avril* 1867. — Pas de nouvelle poussée.

19 *Avril*. — L'éruption sur la muqueuse buccale marche rapidement vers la guérison. Il n'y a plus rien sur la langue ; sur les lèvres, les exulcérations se sont cicatrisées très-vite ; l'épithélium mortifié, qui donnait une teinte blanchâtre, a disparu. La salivation n'existe plus. Le sommeil et l'appétit sont revenus ; la déglution et la phonation s'exécutent normalement.

Hémorrhoïdes externes donnant naissance à un écoulement sanguin assez abondant.

20 *Avril*. — A la face palmaire des mains, l'éruption qui avait une extrême ressemblance avec une variole confluente (au 3e jour de l'éruption) perd un peu de ses caractères. Les vésicules se réunissent au nombre de trois ou quatre, formant une plaque unique où l'épiderme soulevé proémine beaucoup au-dessus de la surface cutanée.

La zone érythémateuse qui entourait les vésicules n'existe plus.

23 *Avril*. — *Exeat*. — Plus rien sur les muqueuses. Aux mains, l'épiderme desquame par lamelles épaisses, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, laissant à nu le derme encore rouge, recouvert d'un épiderme peu épais, mais sans laisser aucune cicatrice.

Cette observation est précieuse, en ce sens qu'elle montre une éruption, ne différant des hydroas pemphigoïdes, que par le volume des bulles qui sont ici petites et sont nommées pour cette raison vésicules. Dans l'observation suivante il est à remarquer que ces vésicules se transforment en bulles pemphigoïdes au niveau de la paume des mains.

Obs. XXI, *inédite*. — **Hydroa vésiculeux et bulleux**

(*Communiquée par* M. Lailler.)

Le nommé C. Alphonse, âgé de 17 ans, tailleur d'acier, né à la Chapelle Saint-Denis, demeurant place de la Chapelle, 16, entre le 17 mai 1866 à l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

Antécédents. — Mère morte sans cause connue. Père bien portant. Un frère jouit d'une bonne santé. Il a eu des gourmes, des glandes au cou et mal aux yeux, jusqu'à l'âge de 8 à 9 ans. Jamais de maladies graves. Pas de chaudepisses ni de chancres. Il y a deux ans et demi, mal à la bouche : un médecin porte le diagnostic *scorbut*, et lui prescrit un gargarisme. — Guérison au bout de 8 jours.

Il y a 3 semaines, le malade a eu des épistaxis peu abondantes et s'est aperçu qu'il avait des croûtes dans le nez. Mal à la bouche depuis 4 jours.

Etat actuel. — Le malade présente un vice de conformation de la cloison des fosses nasales. Le cartilage est dirigé obliquement de droite à gauche et fait à l'entrée de la narine gauche une saillie notable. Au niveau de cette saillie, on constate une croûte noirâtre, fendillée. L'intérieur de la narine est tapissé de croûtes d'un gris jaunâtre. Quelques croûtes à l'entrée de la narine droite.

Sur le front, le nez, les joues et le menton, on constate un grand nombre de petites élevures blanchâtres surmontées d'un point noir central (acné punctata.)

Les gencives supérieures et inférieures sont un peu molles, saignant facilement. L'épithélium, qui les recouvre, offre une teinte blanchâtre.

La muqueuse, qui tapisse la face interne de la joue droite, est rouge, tuméfiée, conservant l'empreinte des dents : Elle est couverte de pellicules blanchâtres et présente çà et là de petites ulcérations superficielles.

A la partie interne et postérieure de la joue gauche, il existe une plaque blanchâtre, peu étendue.

Vives douleurs, cuisson, salivation abondante, déglutition diffi-

cile, haleine fétide. Petite fissure à la commissure droite des lèvres.

La lèvre inférieure est couverte de croûtes lamelleuses, noirâtres. Sur la lèvre supérieure, près de la commissure droite, ulcération arrondie à fond grisâtre.

Sous l'angle de la mâchoire à droite, ganglions volumineux douloureux à la pression.

Constitution médiocre. — Teint pâle, anémique.

21 mai 1866. — A la face interne des lèvres, on constate de petites plaques blanchâtres, arrondies, et de petites vésicules.

Sur les avant-bras, les mains et les doigts, éruption de tâches rouges lenticulaires. Celles qui siégent à la face dorsale des mains présentent une vésicule centrale assez volumineuse.

L'éruption est plus abondante à gauche qu'à droite, sur la face antérieure du poignet gauche, il existe une tache arrondie présentant une vésicule centrale et de petites vésicules à la circonférence.

22 mai. A la paume des mains (éminence thénar et hypothénar), les taches sont d'un rouge foncé au centre et d'un rose pâle à la circonférence.

26 mai. — Les taches de la paume de la main s'étendent et se touchent par leur circonférence.

30 mai. — Les vésicules, que nous avons signalées à la face dorsale des mains, se sont agrandies et remplies de pus. Quelques-unes sont ulcérées et couvertes de croûtes d'un gris noirâtre.

A la place des taches que nous avons constatées à la paume des mains, on observe des phlyctènes plus ou moins étendues. En les piquant avec une épingle, on fait sortir un liquide séro-purulent.

12 juin 1866. — Les taches des avant-bras et de la face dorsale des mains ont disparu. Les ulcérations sont à peu près cicatrisées.

Les phlyctènes de la paume des mains se sont rompues, et l'épiderme s'enlève facilement. Au dessous, le derme présente une coloration d'un rouge vif.

L'affection de la bouche a disparu.

15 juin 1866. — *Exeat*. Guérison.

Obs. XXII. — **Hydroa pemphigoïde fébrile.**

(*Pemphigus aigu publié* par M. Steiner, professeur à Prague) (1)

A..... K....., âgé de dix ans, bien développé, vigoureux, bien nourri, éprouva le 20 juillet 1867 des symptômes fébriles ; la température de la peau était notamment élevée, et le pouls était à 128. Il se plaignit en même temps de violents maux de tête et eut plusieurs vomissements. Dans le courant de la nuit, au dire de ses parents, il avait été très-agité, il avait beaucoup parlé en dormant et s'était jeté hors du lit.

Le matin les symptômes d'excitation cérébrale disparurent et le malade éprouva sur beaucup de parties de la peau une sensation particulière soit de brûlure, soit de cuisson qui devenait très-vive par moments, aussi l'enfant était obligé de se gratter souvent. L'appétit était diminué, la soif augmentée et l'enfant abattu et déprimé.

Vers le soir du deuxième jour de la maladie, apparurent sur les membres inférieurs et aux lombes, quelques plaques rouges de l'étendue d'un sou environ (*silbersechser*) et sur quelques unes des soulèvements vésiculeux. La démangeaison et la cuisson de la peau, qui durèrent toute la nuit suivante, et la fièvre troublèrent le sommeil de l'enfant.

21 juillet. — Troisième jour de la maladie. On trouve sur la peau des bulles distendues de la grosseur d'une, lentille, d'un haricot et même d'une noisette, remplies d'une sérosité claire. Elles sont très nombreuses. Les lombes, les extrémités inférieures et supérieures en sont couvertes. Le visage et la muqueuse buccale sont intactes. La peau est moins chaude, mais l'enfant est toujours abattu et n'a pas d'appétit. P. 120.

22 juillet. — Les bulles survenues les jours précédents, sont devenues plus grosses, leur contenu est légèrement trouble, lactescent, quelques unes sont déchirées et à leur place on trouve des érosions superficielles d'une rougeur intense, couvertes de lambeaux

(1) *Klinische studie über den Pemphigus in Kindesalter V.* prof. Steiner in Prag.

épidermiques. Entre les anciennes bulles, on en trouve beaucoup de nouvelles de la grosseur d'une lentille à celle d'une fève, principalement aux lombes, il en existe quelques unes au visage. Les symptômes fébriles restent les mêmes. — Une selle à la suite d'un lavement.

23 juillet. — Le malade est plus tranquille, aucune poussée de bulles, les plus récentes sont en grande partie affaissées et recouvertes de croûtes ; à la place des bulles on voit des plaques légèrement saillantes d'un rouge sombre, de forme ronde et ovale, et de diverses grandeurs.

24 Juillet. — La nuit a été assez agitée, peu de sommeil, le malade se plaint de nouveau de démangeaisons. Au matin on observe entre les ilôts hyprémiques de nouvelles bulles distendus par un liquide clair et séreux, on en trouve de semblables au visage, à la lèvre inférieure, à l'oreille et au cuir chevelu. La muqueuse buccale et nasale est intacte. P. 132. Température élevée.

25 Juillet. — Les bulles d'hier sont déjà en partie affaissées, quelques-unes sont recouvertes de croutes, d'autres ont un contenu trouble et sont moins bombées. Les plaques rouges, occupées récemment par des bulles, sont plus molles. P. 100. Le malade est plus alerte, il demande à manger. La diurèse, qui jusqu'alors avait été plus rare, est plus abondante. La peau est moite.

26 Juillet. — Aucune nouvelle éruption. Etat général bon. Le soir un léger accès de fièvre. Nouvelle poussée peu intense de bulles qui sont petites. Le sommeil est bon, l'appétit augmente.

27 Juillet. — Onzième jour de la maladie. On ne découvre plus de bulles et à leur place on trouve des plaques, les unes rougéâtres, d'autres jaunâtres. Encore quelques croutes. P 92. Température normale. L'appétit est bon ainsi que le sommeil.

Il faut remarquer que les muqueuses, ainsi que la peau de la plante des pieds et de la paume des mains, n'ont été le siège d'aucune éruption pendant toute la durée de la maladie. Urines abondantes; par oubli l'albumine n'a pas été recherchée.

4 Août. — Seizième jour de la maladie. L'enfant est bien portant, ce qui lui permet de partir.

Il ne présenta plus tard aucune affection cutanée. (*Vu deux ans après*).

C. — ÉRYTHÈMES PEMPHIGOÏDES HERPETIFORMES.

Obs. XXIII. inédite — **Éruption pemphigoïde herpétiforme.**

(*Communiquée par* M. Lailler : *pemphigus aigu, suite d'écart de régime*).

Le nommé B..., trente ans, cocher, demeurant à Paris, entre le 18 janvier 1877 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Mathieu, numéro 30.

L'affection dont il est atteint, a débuté il y a cinq jours par des malaises et des troubles gastriques. Dès le lendemain se fit une éruption vésiculeuse et bulleuse. Actuellement cette éruption siège aux mains, aux avant-bras, aux jambes et aux pieds. Les bulles sont assez volumineuses et ne forment pas de groupes comme dans l'herpès, elle ne résultent pas de l'agglomération de vésicules. Quelques bulles légèrement purulentes n'ont pas d'aréole inflammatoire érythémateuse, d'autres sont entourées d'une zone rougeâtre.

C'est à la suite d'excès de boissons, qui ont duré deux jours, qu'est survenue l'affection actuelle.

7 Févier. — Sort guéri.

Cette observation est très-incomplète, elle offre beaucoup d'analogie avec l obs. XIII, tant au point de vue de la cause, qu'à celui des lésions observées et de leur peu de réaction générale.

Obs. XXIV inédite.—Érythème pemphigoïde herpétiforme. Herpès iris pemphigoïde.

(*Communiquée par* M. Lailler : *Pemphigus aigu à bulles petites et grosses? — Hydroa vésiculeux et bulleux? — Herpès iris?*).

La nommée M..., Clotilde, trentre-trois ans, couturière, née à Tarare, demeurant à Paris, entrée le 28 aout 1872, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, numéro 8.

Bonne santé habituelle. Réglée à 11 ans. Fièvre typhoïde à 18 ans. Une fausse couche de 7 mois. Migraines fréquentes et douleurs vagues dans les membres depuis 10 ans. Excès de travail depuis l'âge de 12 ans, plus considérable depuis la guerre. Lassitude depuis 2 mois, et douleurs rhumatismales dans les jambes depuis 1 mois.

Actuellement la malade présente une éruption bulleuse et vésiculeuse, ayant débuté il y a 3 semaines par la main droite, mais qui s'est étendue sur tout le corps, principalemdnt aux pieds et aux bras depuis 8 jours.

La veille de l'éruption, la malade éprouva des frissons qui durèrent une heure et demie et s'accompagnèrent de claquements de dents. Ils se renouvelèrent pendant la nuit, furent suivis d'une chaleur intense, mais pas de sueurs. Depuis le début de l'éruption, l'appétit est diminué, des frissons répétés surviennent chaque jour, mais les douleurs rhumatismales ont disparu. Toutes les régions atteintes, sont le siège d'une cuisson très-vive.

L'éruption se compose de phlyctènes, bulles, de vésicules, de taches rouges et de traînées rouges. Au dire de la malade, elle débute toujours par des taches, sur lesquelles se fait un soulèvement vésiculeux.

Quelques-unes de ces bulles sont très-étendues, ainsi, l'une d'elles, occupant la partie antérieure du poignet droit et l'éminence thénar, s'étant rompue dans la journée, a laissé le derme en partie à nu sur une hauteur de six centimètres. Sur tout le dos de la main droite, on voit un grand nombre de vésicules en partie confondues et formant déjà des bulles sur plusieurs points. La peau est œdématiée rouge et chaude. On peut dire que presque tout l'épiderme du

poignet, de la main et des doigts, est soulevé par un liquide citrin. La main gauche est beaucoup moins atteinte.

Aux avant-bras on trouve presque exclusivement des taches ou des apparences de taches de couleur rose-vif; leur dimension est variable: grandes comme une pièce de 50 cent., elles peuvent atteindre la dimension d'une pièce de 5 fr., en argent. Elles ont ceci de caractéristique, qu'elles possèdent à leur centre un petit disque croûteux ou seulement plus foncé en couleur. Ce disque est séparé de la périphérie qui est rouge, sous forme de zone circulaire, légèrement saillante, par un disque plus pâle et moins saillant.

Cet aspect se retrouve au cou et sur le tronc ainsi qu'aux cuisses. Ici on remarque, mieux qu'aux bras, une petite zône blanchâtre, à la limite des disques rouges que nous venons de décrire. La plaque, d'ailleurs, est plus saillante, plus œdématiée, plus papuleuse en quelque sorte.

Aux avant-bras (le droit est plus atteint que le gauche), on remarque sur les plis des coudes deux ou trois traînées rouges, dermiques, un peu saillantes, larges de un demi à un centimètre. Dans les creux axillaires il y a de la desquamation et le derme mis à nu est rouge, suintant.

La face n'a pas été atteinte, sauf le front et les oreilles.

L'éruption siège aussi sur les pieds, elle est plus confluente vers les espaces interdigitaux. Pas de ganglions cruraux.

Rien à la gorge.

Quand on promène un corps mousse sur les plaques, la malade dit sentir moins bien que sur les parties saines. Il faut remarquer que toutes ces taches, vésicules ou bulles, reposent sur une base étalée d'œdème dur et douloureux.

30 Août 1872. — La rougeur partout, l'aspect érysipélateux des avant-bras se sont atténués par le repos. Les vésicules et les bulles de la main droite sont devenues purulentes en grande partie.

2 Septembre. — Les plaques d'herpès iris, qui siégeaient sur les membres inférieurs, ont presque entièrement disparu, il n'y a plus de rougeur, il ne reste que la vésicule centrale.

6 Septembre. — La malade éprouve des frissons, qui se continuent les jours suivants, le soir, face rouge et fièvre, on administre du sulfate de quinine.

12 Septembre. Desquamation par larges plaques de la plante des pieds, des mains et de toutes les régions où existaient des taches rouges. La fièvre revient presque chaque soir et s'accompagne de frissons.

20 Septembre. — La malade sort à peu près guéri. Il reste quelques croûtes à la main droite et au pied droit.

Obs. XXV, *inédite.* — **Hydroa bulleux-Herpès iris**

(*Communiquée par* M. Lailler.)

Le nommé B... Eugène, vingt ans, polisseur sur acier, demeurant rue Menilmontant 96, né à Namur (Belgique), entre le 3 avril 1863 à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Charles, numéro 11.

Bonne santé antérieure. Mère morte d'un cancer au sein. Dans sa famille aucune maladie de la peau, pas d'antécédents rhumatismaux. Dans son enfance gourmes à la tête, pas de blépharite, ni de glandes, ni de croûtes au nez.

Blennorrhagie il y a 2 ans. Pas de syphilis.

Il y a 3 ans, il lui vint une éruption formée de petites tâches rouges, arrondies, plus foncées au centre sur les mains seulement. Elle disparut au bout de trois semaines sans traitement. Récidive un an plus tard. Ces deux dernières années, elle est revenue quatre ou cinq fois. Il a été traité deux fois dans le service de M. Bazin, (Sp. alcalin. Bains d'amidon). Le dernier traitement a duré quinze jours dans le courant de février.

L'éruption a reparu le 29 mars 1863.

Actuellement il présente sur les deux mains, une éruption formée de vésicules assez grosses transparentes ou légèrement opalines, entourées d'une petite aréole rouge-violacée, peu élevée au-dessus de la peau, et dont les bords forment un cercle un peu moins foncé que le reste de couleur rosée. Çà et là quelques tâches sans vésicules et quelques vésicules sans aréole, plusieurs sont très-grosses et très-tendues.

A la paume des mains petites tâches blanches au centre, entourées d'un cercle rouge, puis d'un autre cercle blanchâtre un peu élevé au-dessus de la peau.

Sur les bras quelques petites tâches rouges au niveau des coudes.

Pas d'éruption sur le dos et la poitrine.

Sur les membres inférieurs, aux genoux on voit une éruption analogue à celle de la main.

A la verge et sur le gland quelques petites tâches rouges.

Aux pieds sur les faces dorsale et plantaire, tâches formées de trois zones concentriques, qui sont du centre à la périphérie : rouge, blanche, rouge. Ces tâches ne disparaissent qu'en partie à la pression, elles sont le siége de vives cuissons, augmentant par la chaleur.

A la lèvre inférieure, croûtes jaunâtres, entourées de rougeur ; à la face interne de la lèvre, petite ulcération à fond blanchâtre et à contour d'un rouge vif. A la lèvre supérieure petite ulcération analogue et correspondante à celle de la lèvre inférieure. Les gencives sont pâles, décolorées, leur bord est d'un rouge violacé très-foncé, ce qui peut-être est causé par une grande quantité de tartre au collet des dents. A la voûte palatine deux petites plaques rouges. A la face interne des joues, du côté gauche, chaque pointe de dent est marquée par une ulcération à fond blanc et à bords rouges irréguliers. A droite il en existe une assez grande au niveau des grosses molaires. Rien sur le voile du palais, ni dans la gorge. Trait : Bains d'amidon, gargarisme boraté.

6 avril. — Dans la bouche, les ulcérations sont toujours d'un rouge vif, au pourtour du colle tdes dents, elles sont couvertes d'une sécrétion purulente.

8 avril. — La bouche va mieux. A l'annulaire de la main gauche vésicule bien pleine, transparente, accompagnée d'un peu de rougeur du côté de la main.

9 avril. — La vesicule est un peu affaissée et ombiliquée ; la rougeur périphérique est moins vive. La réaction du liquide est alcaline.

10 avril. — La vésicule est affaissée complètement sans rupture, elle est remplacée par une dépression violacée.

11 avril. — L'éruption pâlit et semble s'affaisser.

Le malade en voie de guérisson demande à sortir.

Obs. XXVI, *inédite*. — **Fièvre herpétique avec manifestations cutanées multiples.**

(*Communiquée* par M. Lailler).

Le nommé G..... (Alfred), vingt-cinq ans, briquetier, de-

meurant rue de l'Hôtel-de-ville, 41, entre le 11 janvier 1872, à l'Hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, numéro 26.

Rien de particulier à noter dans les antécédents de famille, ni dans ceux du malade lui-même, cependant il a éprouvé, de dix-huit à vingt-trois, ans des douleurs passant d'une articulation à une autre; à vingt-trois ans à la suite d'une rixe, il eut une légère blessure qui mit six semaines à se cicatriser, et une fièvre peu intense avec éruption de boutons sur la lèvre inférieure. Enfin il y a deux ans une dothiénenterie l'obligea à garder le lit pendant trois mois.

Actuellement l'éruption pour laquelle le malade entre à l'hôpital, date du 8 janvier 1872. Elle occupe le dos, les coudes, les avant-bras, les mains surtout la gauche, face dorsale et palmaire, la verge, les fesses, les cuisses, les jambes et les pieds. Cette éruption est discrète sauf à la main gauche, où elle est abondante. Aux avant-bras les éléments éruptifs occupent surtout la partie inférieure et sont au nombre de dix à douze. Ils sont caractérisés par des taches d'un rouge clair, ayant un diamètre qui varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une lentille. Ces taches sont arrondies, limitées, à peine saillantes quand elles ont un petit diamètre, plus saillantes quand elles sont plus larges. Au centre de ces taches, existe une élevure brillante hémisphérique, plus pâle et dont la grosseur varie suivant que la tache est plus ou moins saillante, plus ou moins ancienne. Ainsi cette petite saillie, qui est formée par une vésicule remplie d'une sérosité claire, sans éléments anatomiques comme le démontre l'examen microscopique, se présente sous la forme d'un petit point brillant plus pâle, mais le plus souvent de même coloration que la tache qui lui sert de base, tantôt sous la forme d'une saillie hémisphérique, ne dépassant pas le diamètre d'un grain de chenevis. En quelques points la vésicule centrale est remplacée par une croûte brunâtre, résultat du grattage.

Sur le dos on trouve des éléments éruptifs semblables, mais dénaturés par le grattage : toutes les vésicules ont disparu et sont remplacées par une croute rougeâtre. L'éruption offre les mêmes caractères sur la partie antérieure des cuisses que sur les avant-bras, les éléments éruptifs augmentent de dimension, à mesure qu'on se rapproche du coude et du poignet ainsi que des genoux. Ainsi leur diamètre au pli de l'aîne n'a que un à deux millimètres, tandis qu'aux genoux il égale celui d'une pièce de cinquante centimes et même de un franc. Ces dernières plaques offrent ceci de particulier c'est qu'aux limites de la rougeur on aperçoit quelques élevures

disposées en cercles et qui paraissent être de petites vésicules. Les vésicules centrales ont aussi disparu par suite du grattage.

Sur les fesses et sur les faces externes et postérieures des cuisses existent quelques petites taches analogues à celles décrites. Quelques petites taches roses existent à la face interne des cuisses. Sur la partie interne de la cuisse droite et à sa partie moyenne, on voit une plaque d'un rouge clair irrégulièrement ovoïde à grand diamètre vertical, formé par la réunion de deux plaques analogues à celles que nous venons de décrire, elle présente en effet deux croutes noirâtres au milieu d'un cercle de vésicules.

Aux pieds on ne voit que quelques petites taches très-rares.

Sur la peau de la verge on observe de petites taches rouges, dont quelques unes seulement paraissent se rapprocher du caractère de celles décrites déjà. Elles sont toutes de petite dimension et confluentes en certains points. Sur le gland on remarque trois ou quatre taches rouges avec une vésicule ou vésiculo-pustule au centre. Presque toute la face muqueuse du prépuce est le siège d'ulcérations irrégulières, superficielles d'où il s'écoule un liquide louche qui tache le linge en jaune.

Aux coudes l'éruption est plus confluente qu'aux avant-bras, et chaque tache a de petites dimensions. Aux genoux l'éruption a un aspect particulier : on voit ça et là surtout à droite de larges plaques irrégulières, saillantes, dures et douloureuses au toucher, gênant les mouvements de l'articulation. Ces larges plaques sont constituées par de plus petites, plus pâles à leur centre, où l'épiderme est soulevé par un peu de liquide. La coloration générale des plaques est d'un rose pâle. A la partie interne du genou gauche se voit une petite plaque rouge, grande comme une pièce de cinquante centimes, avec une petite croûte au centre.

Aux mains les taches sont de moyenne grandeur et ont environ trois à quatre millimètres de diamètre. Sur le dos des mains on remarque une plaque plus large, plus saillante, ce qui est dû à une vésicule centrale occupant la moitié de la tache.

Sur la face dorsale des doigts et à la paume des mains, ainsi qu'à la face palmaire des doigts, l'érythème n'est pas saillant ; les taches ont une apparence variable. Quelques-unes ont leur centre foncé rougeâtre d'un diamètre de un à deux millimètres, en dehors est un cercle pâle blanchâtre, nettement limité de un à deux millimètres de diamètre. Celui-ci est limité extérieurement par une coloration plus foncée de la peau. D'autres présentent encore deux cercles, l'externe blanchâtre enveloppe le deuxième qui est rou-

geâtre, et celui-ci circonscrit un centre blanc pâle. Le malade ne peut pas plier la main.

Les lèvres sont recouvertes de croûtes noirâtres, produites par de l'herpès.

L'éruption que porte le malade a débuté par le dos, puis s'est montrée aux cuisses, à la verge, aux mains, aux jambes et aux genoux. Elle a commencé dans la nuit du 8 au 9 janvier, puis s'est étendue jusqu'au 10 janvier, jour de son entrée à l'hôpital.

Les croutes des lèvres existent depuis quinze jours, elles sont revenues à la suite d'une bronchite aigue.

Le 8 janvier le malade était assez bien portant, et les croûtes des lèvres avaient complètement disparu. Vers minuit, il fut pris de fièvre, sans frisson préalable, avec sueur abondante ; les lèvres ont été le siège d'une nouvelle poussée probablement herpétique, en même temps il a éprouvé des démangeaisons dans le dos, aux mains et aux jambes. Le matin, il allait bien, mais la nuit suivante il eut de nouveau la fièvre et éprouva de nouvelles démangeaisons.

Depuis hier il se plaint de la gorge, les mouvements de déglutition augmentent la douleur.

Il y a cinq ans, il fut pris pour la première fois d'une semblable éruption siégeant aux mains, aux coudes, aux genoux et aux pieds. Cette poussée fut précédée de fièvre, elle eut lieu au mois de mars. Depuis cette époque, toutes les années, vers le mois de mars, il a eu une éruption semblable, peu intense, siégeant aux mains, aux coudes, aux genoux et au dos.

Avant la poussée actuelle, le malade a éprouvé un peu de lassitude et d'anorexie, ces prodromes avaient manqué dans les autres atteintes.

Les ganglions inguinaux et cruraux ont un volume variant de celui d'un pois, d'un haricot à celui d'une noisette. A partir des inférieurs, on sent de petits cordons rouges se dirigeant en bas et en dedans. Pas d'adénite cervicale.

A l'examen de la gorge, on voit à la base de la luette trois points blanchâtre au-dessus d'un demi cercle un peu plus large que les autres. On constate encore un soulèvement pultacé derrière la molaire gauche. Traitement : Julep diacodé, vin de Bordeaux, gargarisme émollient.

13 janvier 1872. — Plaques blanches au palais et à gauche, ainsi qu'à la luette. Douleur moins vive dans la gorge. L'éruption tend à s'effacer. Les plaques des genoux, de la cuisse droite s'affaissent.

Croûtes au niveau des vésicules.

16 Janvier. — Sur le prépuce, la partie cutanée, ainsi que la muqueuse en haut et à gauche, sont rouges, ulcérées superficiellement, et un peu empâtées. Ganglions inguinaux durs surtout à gauche. L'auréole inflammatoire de l'éruption a presque complètement disparu partout, on voit des croûtes d'un rouge foncé au centre de la place des taches.

18 Janvier. — On ne peut trouver le sommet du gland.

Exulcérations sur la muqueuse de la joue gauche. Sur la luette, traces de vésicules. Les démangeaisons ont disparu depuis deux ou trois jours.

24 Janvier. — Sort guéri.

Obs. XXVII, *inédite*.— **Érythème pemphigoïde herpétiforme**

(*fournie par* M. Aubert, *chirurgien de l'Antiquaille : Herpès généralisé fébbrile.*)

La nommée S... M..., âgée de six ans et demi, née à Vénissieu (Isère), entre à l'Antiquaille le 6 octobre 1879, dans le service de M, Aubert, pour une affectien croûteuse du cuir chevelu dont le début remonte à un an environ, sans que l'enfant puisse en préciser la date.

..... Cette affection offre tous les caractères du favus ; on remarque, en outre, sur le cuir chevelu, une grande quantité de lentes et de poux. Traitement : épilation, bains sulfureux, toniques.

20 octobre. — La malade présente ce matin une éruption d'herpès généralisé, à éléments plus nombreux sur la face et le tronc que sur les membres. Elle est constituée par de petites vésicules cristallines, dont plusieurs ont de 2 à 3 millimètres de diamètre ; elles ont une aréole rouge et ne présentent aucune ombilication ; la surface des vésicules est régulièrement convexe. Les vésicules sont généralement éparses, rarement elles sont réunies en groupes de deux ou trois. Au niveau des plaques de favus, il s'est fait également une poussée qui en a augmenté la rougeur et la saillie. T. 39°.

Cependant l'état général de la malade s'est beaucoup amélioré depuis son entrée.

29 octobre. — Les vésicules ont augmenté de nombre et de volume : les parties latérales du tronc présentent de véritables petites bulles, dont quelques-unes ont 5 à 6 millimètres dans un diamètre et 3 ou 4 seulement dans l'autre. Elles sont légèrement allongées dans le sens des plis du tronc. Les membres, qui étaient presque indemmes hier, présentent une série de vésicules et un plus grand nombre de petits points miliaires rosés avec vésicules à peine apparentes au sommet. Quelques points même tout à fait récents sont constitués par une tache érythémateuse sans saillie. Dans la cavité buccale, on note une vésicule à la face interne de la joue droite et une sur le frein de la langue. Le cuir chevelu est aussi parsemé de petites vésicules nettement arrondies.

Langue blanchâtre, rouge sur les bords et à la pointe. Bronchite légère. T. matin 59.5, soir 40.4.

30 octobre. — Aujourd'hui quelques vésicules ont tourné à la purulence sur la face. Des vésicules d'herpès siégent sur les grandes lèvres, ce qui rend la miction douloureuse. T. soir 39°.

31 octobre. — Toutes les vésicules sont devenues purulentes et, à première vue, on diagnostiquerait une variole discrète. En examinant ces pustules, qui sont toujours entourées d'une petite aréole rouge, on constate qu'aucune n'est ombiliquée. A la partie postérieure de la tête, les vésicules sont encore séreuses ; c'est le seul point du corps où elles aient cet aspect. En même temps que les vésicules ont passé à la suppuration, elles sont devenues moins tendues, et la surface est applatie et non plus convexe. T. 38°.

1er novembre. — Toutes les vésicules sont purulentes, plusieurs commencent à se dessécher. T. 39.2.

2 novembre. — Un grand nombre de pustules sont desséchées. Le lendemain des croûtes commencent à tomber sons laisser de cicatrice.

7 novembre. — Sur tout le corps, les croûtes sont desséchées, un peu brunes ; lorsqu'on les enlève, on trouve au-dessous de quelques-unes d'entre elles au moins, une petite dépression centrale, qui laissera peut-être une cicatrice.

25 novembre. — La malade présente dans les points, qui ont été le siége des vésicules, de petites cicatricules blanches dont quelques-unes sont légèrement déprimées ; toutes sont entourées d'une petite aréole un peu pigmentée.

Pendant toute la durée de cet herpès fébrile le favus a suivi son cours habituel.

Obs. XXVIII, *inédite*. — **Fièvre herpétiforme pemphigoïde.**

(*Communiquée par* M. Horand : *pemphigus aigu.*)

Le nommé C. Pierre, vingt ans, garçon tripier, domicilié à Lyon, entre à l'Antiquaille, salle Saint-Pierre, n° 13, le 25 mars 1879.

L'affection de ce malade est caractérisée par des bulles à différentes périodes d'évolution, remplies d'une sérosité citrine et limpide. Les plus petites ont le volume d'un grain de mil et les plus grosses celui d'une noisette. C'est au niveau des régions humides (creux axillaire, région genito-crurale) que l'éruption est le plus confluente, c'est aussi là que les bulles ont leur caractères les plus nets. Ailleurs, sur les avant-bras, à la face, elles sont remplies de sérosité trouble, opalescente, quelques-unes sont déchirées et recouvertes de croûtes jaunâtres, rappelant celles de la mélitagre.

Sur le tronc sont des groupes de très-petites vésicules, au-dessous desquelles la peau offre une rougeur érythémateuse qui tranche nettement sur la couleur normale de la peau saine de la périphérie.

Le cuir chevelu a été probablement le siège d'une éruption vésiculeuse, car les cheveux sont agglutinés, lisses et parsemés de petites croûtes. La muqueuse buccale offre de petites exulcérations ainsi que les amygdales et les piliers du voile du palais, leur aspect rappelle celui des plaques muqueuses. Rougeur des conjonctives sans phyctènes. Rien aux organes génitaux, ni à l'anus.

Le malade éprouve une vive sensation de brûlure au niveau des points qui supportent les vésicules, la muqueuse buccale surtout est vivement impressionnée par le contact des aliments. L'appétit est conservé, mais la mastication est à peu près impossible.

L'affection a débuté il y a six jours sans cause appréciable. Les avant-bras furent les premiers atteints. Depuis quatre mois le malade travaille dans des endroits humides, les bras plongés dans l'eau froide. Signalons encore une écorchure sur le médius gauche, occasionnée par une esquille, et une coupure sur le dos de la main

droite produite par le couteau qui lui sert pour son travail habituel.

Bonne santé antérieure, pas de maladies vénériennes. Douleurs dans les membres, il y a un an, sans fièvre et sans gonflement articulaire, ayant nécessité le repos à la chambre pendant six mois environ.

26 mars. — Pouls à 68, temp. axil. 38.6, soir 39.5. Les plaies sont soupoudrées avec de l'amidon. A l'intérieur : sulf. de quinine, potion à l'alcoolature d'aconit ; régime : lait, bouillon, vin de Bordeaux.

28. — Inoculations à la cuisse gauche avec du pus pris dans une bulle, et à la cuisse droite avec de la sérosité prise dans une autre bulle. T. m. 38.3, s. 40.

29. — Le patient ouvre difficilement la bouche par suite de la présence de bulles au niveau de l'angle des mâchoires. Conjonctivite double, assez intense, sans phlyctènes. La plante des pieds douloureuse hier, l'est moins aujourd'hui. La poussée semble s'arrêter. T. s. 40.2.

30 et 31. — Rien d'appréciable au niveau de l'inoculation de la cuisse droite, formation d'une bulle au niveau de l'autre inoculation. Langue toujours saburrale. T. m. 38.4, s. 39.8.

1er avril. — La quantité d'urine s'élève à 800 g. en 24 h., elle contient 20 gr. 25 d'urée. T. m. 38.3, s. 40.

3 avril. — Constipation depuis quelques jours : lavements laxatifs.

T. m. 37.8, s. 38.9. Les urines peu abondantes ne renferment plus le dépôt d'urate qu'elles contenaient, elles ont donné 24 gr. d'urée par litre. *Analyse : (urée 27 g.77, acide phosphorique 1 g.69, densité 10.25 par litre. — Pas de sucre ni albumine).*

5 avril. — Nouvelles bulles sur l'avant-bras gauche, au niveau de l'omoplate droit et dans l'aisselle. T. m. 37.7, s. 38.6.

9 avril. — La température tend à rester au-dessous de 38.

L'état général est meilleur et le malade prend des aliments solides. Les urines sont plus abondantes (un litre et demi à deux litres par jour). Constipation légère.

19 avril. — Le malade peut se lever, son état général s'améliore rapidement et il sort le 2 mai complétement guéri. Une seule ulcération n'est pas encore guérie, c'est celle qui a été produite par l'inoculation de pus ; les bulles ont laissé après elles des taches pigmentaires, rappelant les syphilides par leur couleur.

III

DERMATOSES BULLEUSES

COMPLIQUANT UNE INFLAMMATION LOCALE OU DIFFUSE DE LA PEAU

Obs. XXIX. *inédite.* — **Eczéma rubrum pemphigoïde.**

(*Communiquée par* M. le Dr Clément).

P..., Joseph, né à Lyon, crocheteur, soixante-cinq ans, entré le 21 juillet 1879 à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Bonne santé habituelle. Comme maladies antérieures, il a dit n'avoir eu que la rougeole, la coqueluche et la varicelle (?). Il y a trois semaines, sans cause appréciable, sans aucun symptôme prodromique, sans aucun phénomène général, il vit apparaître une rougeur diffuse aux membres supérieurs, avec tuméfaction légère ; elle débuta par la partie supérieure des membres et le cou, puis elle envahit peu à peu les mains, les membres inférieurs et le tronc.

Actuellement, le malade se présente avec les syptômes suivants : Rougeur diffuse, foncée, scarlatineuse sur tous les membres, le cou, le scrotum, la verge et la partie supérieure du thorax. Sur la partie inférieure du tronc, les parties latérales du thorax, sur les fesses et la partie postérieure des cuisses sont des plaques de même couleur, de grandeur variable, séparées par de larges intervales de peau

saine. Au niveau de ces plaques rouges, la peau est chagrinée, hérissée de petites papules confluentes, transformées çà et là en vésicules. Aux avant-bras sont de petites croûtes eczémateuses, et des écailles épidermiques se détachant facilement et laissant au-dessous la peau sèche et lisse

Toutes les parties rouges sont le siège d'un prurit vif. On constate, de plus, un œdème qui a acquis un grand développement aux membres inférieurs, au scrotum, au prépuce, il gêne même la miction.

Appétit médiocre, langue avec enduit noirâtre, limité à la base. Rien au cœur. Pas d'albumine dans les urines, pas d'angine. T. 38.9.

23 Juillet. — Apparitiou de quelques bulles de pemphigus disséminées, mais plus nombreuses sur les mains et les membres inférieurs. Aux cuisses elles sont très-petites, symétriques et comme disposées le long des filets nerveux. Œdème toujours très-considérable. Aux membres supérieurs les croûtes tombent, prurit moins intense. Etat général bon, apyrexie.

30 Juillet. — La rougeur est moins vive, mais il reste de l'œdème de la peau, et celui-ci est plus dur. Desquamation en lamelles à peu près générale. En quelques points, aux avant-bras par exemple, suintement séreux assez abondant. Ces jours derniers, il s'est formé plusieurs phlyctènes de la dimension d'une pièce de un franc, d'autres sont plus considérables, à la partie interne des pieds il en existe une qui atteint les dimensisns d'une bulle de vésicatoire. Sur la jambe gauche existent des marbrures écchymotiques, de coloration foncée. T. mat. 38.4. — T. soir 39.4.

12 Août. — La fièvre persiste, cependant depuis deux jours elle tend à baisser. Il se produit toujours de nouvelles bulls de dimensions variables, contenant une sérosité citrine. A la partie interne des cuisses on voit deux bulles de largeur de la paume de la main. Sur le dos des mains, des croûtes dures, peu épaisses, ont succédé aux bulles. La température oscille autour de 39°.

14 Août. — Sur les jambes, où il y a eu moins de bulles et où la rougeur a été peu vive, l'épiderme est en desquamation par grandes lamelles. Pas de nouvelles bulles aux membres infréieurs, celles qui étaient à la partie interne des cuisses se sont vidées et ont laissé une surface analogue à celle d'un vésicatoire. La peau de l'abdomen est blanche, sur le reste du tronc, la rougeur tend à disparaître, pas de bulles.

La peau des membres supérieurs est d'un rouge vif, et présente

aux avant-bras quatre ou cinq bulles de pemphigus. Le tissu cutané de tout le corps est comme œdémateux, dur.

16 Août. — La fièvre persiste. Les poussées de bulles sont moindres, elles siègent sur l'avant-bras. La température s'abaisse définitivement au-dessous de 39°.

19 Août. — L'œdème a beaucoup diminué, il est encore assez prononcé au bras droit, il a complètement disparu du bras gauche. Pas de nouvelles bulles depuis deux jours. La température oscille entre 38 et 38.5.

23 Août. — L'œdème est toujours au même point.

26 Août. — La température s'abaisse progressivement vers 38°.

5 Septembre. — Depuis le 19 août il n'y a pas eu de nouvelles bulles. La peau est encore un peu œdémateuse aux membres inférieurs ; au membre supérieur droit elle est ridée, sauf à la région interne du bras et antérieure de l'avant-bras ; en ces points elle est encore un peu épaisse.

6 Sdptembre. — *Exeat*. A peu près guéri.

Obs. XXX. — **Eczéma rubrum bulleux.**

(Pemphigus aigu. Chausit). (1)

Femme de cinquante-six ans, ayant eu déjà pendant 8 ans, à partir de 32 ans, un érysipèle de la face, se reproduisant périodiquement aux époques mensuelles, et chez laquelle il était survenu à la suite d'un dérangement dans la santé, des démangeaisons très-intenses pendant deux ou trois jours, puis une rougeur généralisée sur laquelle se développèrent une foule de petits boutons, qui ne tardèrent pas à acquérir un grand développement. Quarante-huit heures après, les bras, le tronc, les jambes, la tête, présentèrent des ampoules de grosseur variable, remplies d'un liquide séreux, louche qui ne tarda pas à s'écouler par la rupture des bulles.

A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, on put constater une éruption recouvrant toute la surface du corps, les deux bras et la partie

(1) *Union médicale*, t. VI, n° 49, 1852. — Chausit.

antérieure du tronc offrant une rougeur vive, la peau luisante, résistant au toucher, comme s'il existait un œdème aigu sur toute la surface, l'épiderme s'exfoliant sous forme de lamelles minces transparentes comme des pelures d'oignon, détachées par un point, adhérant encore par l'autre ; sur les membres inférieurs, l'inflammation de la peau encore plus prononcée en quelques endroits, l'épiderme entièremement enlevé et des surfaces rouges semblables à celles que laisse le vésicatoire. Ailleurs, l'épiderme légèrement soulevé, plissé, et au-dessous une petite collection de sérosité blanchâtre. Au visage, sur le front, lamelles plus épaisses, moins larges, ayant un reflet jaunâtre. De plus, la malade disait éprouver à la surface du corps une grande ardeur, un feu qui la dévorait, un prurit parfois très-vif. Pas de fièvre, langue blanche, pas d'appétit.

Trait : Pil. d'aconit et de taraxacum. Bains amidonnés tous les deux jours. Boissons nitrées. Calomel à l'intérieur.

La malade sortait guérie un peu plus d'un mois après son entrée à l'hôpital.

Obs. XXXI, *inédite*. — **Impetigo bulleux cachectique chez un Brightique.**

(*Communiqué par* M. le prof. Renaut).

Un homme d'environ trente-cinq ans entra dans le courant de l'année 1873 dans le service de M. Empis à la Charité. Il était amaigri comme un phthisique au troisième degré, n'avait aucune force, son appétit était perdu depuis longtemps et il buvait comme un diabétique. L'examen des organes thoraciques fut entièrement négatif ; il n'existait rien qui pût faire croire à l'existence d'une phthisie pulmonaire.

L'urine était rendue en quantité, sa densité ne s'élevait pas au-dessus de 1,008 à 1,009, elle était limpide et claire comme de l'eau, et l'acide sulfurique y déterminait une coloration intense violet-d'évêque. L'acide nitrique la colorait en rouge, pelure d'oignon, mais ne déterminait aucun précipité appréciable, pas plus que la chaleur. L'épreuve par la liqueur cupro-potassique fut nombre de

fois pratiquée, sans qu'on trouvât jamais de sucre dans les urines.

Dans ces conditions, le diagnostic resta incertain, puisque, ni dans le poumon, ni dans les autres appareils examinés, on ne trouvait une cause suffisante expliquant l'état cachectique du sujet L'on considéra le malade comme probablement affecté de polyurie, diabète insipide, et il fut maintenu en observation pendant plusieurs semaines. Il allait en s'affaiblissant de plus en plus et devint bientôt incapable de quitter le lit. C'est alors que, sans prélude fébrile, on vit se développer, sur ses membres inférieurs et sur ses avant-bras, une éruption discrète de bulles qui se produisaient rapidement, et surmontaient une petite nouûre papuleuse du derme entourée d'une auréole rosée. Ces papules et les bulles qui les couvraient avaient une dimension variant entre celle d'une lentille, d'une pièce de vingt sous et d'une de deux francs. Chaque petite lésion, en évoluant, montrait sous la bulle, au centre de la nouûre papuleuse, un petit bourbillon gros comme un noyau de cerise. Il s'agissait évidemment ici d'un ecthyma bulleux.

Les éruptions se firent successivement chaque jour, pendant trois ou quatre jours, par groupes de cinq ou six bulles écthymateuses sur chaque membre. En même temps l'affaiblissement croissait, la langue devenait sèche, et un peu de diarrhée et de délire se produisaient. Le malade mourut dans cet état, et la seule lésion que l'on trouva à l'autopsie fut une double cirrhose atrophique du rein, qui était pour ainsi dire réduit de chaque côté à ses pyramides, tant l'atrophie de la substance corticale était considérable.

Le diagnostic fut donc ici éclairé par l'autopsie, tandis que sur le vivant il n'avait pu être précisé ni par M. Empis, ni par M. Pidoux à l'examen duquel nous avions soumis le malade. Il s'agissait d'une néphrite interstitielle chronique, tellement atrophique que le rein détruit dans sa substance tubulée et contournée ne laissait plus passer que l'eau, l'examen histologique de pareils reins montre en effet que l'épithélium strié de Heidenhain est transformé en un revêtement de cellules plates et que la majorité des tubes est oblitérée par des cylindres colloïdes adhérents et qui ne se déplacent plus. Comme c'est en se détruisant incessamment que l'épithélium des tubes contournés paraît fournir l'albumine à l'urine, et que cette desquamation, qui ouvre en outre la porte à la transsudation du sérum albumineux des vaisseaux juxta-tubulaires, n'a pas lieu dans la période atrophique extrême, on conçoit que l'albuminurie s'atténue jusqu'à parfois disparaître. Tous les médecins ont vu de ces albuminuriques ou plutôt de ces Brightiques sans albumine.

La cachexie Brightique, dans cette forme absolument larvée, n'en est pas moins profonde, et les malades meurent d'urémie ou de marasme. L'éruption anomale et bulleuse d'ecthyma était évidemment en rapport avec cet état cachectique, et le développement de larges bulles sur les parties ecthymateuses n'avait fait que lui donner grossièrement l'aspect pemphigoïde. De pareilles éruptions n'ont rien de commun avec le pemphigus, elles en sont aussi différentes que les lésions bulleuses cutanées de la morve et de la syphilis.

Je n'hésite pas à rapprocher de ce cas une observation que M. Guibout donne comme un exemple de pemphigus aigu hémorrhagique d'emblée, survenu chez un homme cachectique et glycosurique; elle offre une grande ressemblance avec la description de l'ecthyma cachectique donnée par Devergie. Je ne transcris ici que la partie de cette observation, (qui est très-détaillée), relative à la description des lésions cutanées qu'offrait le patient le jour même de son entrée à l'hôpital.

Obs XXXII. — **Ecthyma bulleux hémorrhagique**

(*Pemphigus aigu hémorrhagique d'emblée publiée par* M. Guibout)(1)

Le nommé Dantzer, concierge, âgé de 74 ans est entré le 10 juillet 1875, salle Saint-Charles où il occupe le n° 45.....

Sur la face dorsale des mains et notamment sur la face dorsale du poignet droit existent un certain nombre de pustules qui rap-

(1) *Leçons cliniques sur les maladies de la peau*, 1876, p. 431. Guibout.

pellent les pustules d'ecthyma, par le cercle érythémateux qui les entoure, mais qui sont déjà flétries et revenues sur elles-mêmes. Ses membres inférieurs sont plus gravement atteints. Voici ce que l'on observe : sur la face antérieure des genoux, et sur la moitié inférieure de la face postérieure des cuisses sont disséminées un certain nombre de pustules qui présentent les caractères absolument semblables à celles que nous avons signalées sur la face dorsale des mains. Plus on approche de la partie inférieure des jambes, plus les lésions deviennent confluentes. Ces lésions consistent principalement en plaques de couleur brune ou grisâtre, de dimensions variables, les unes de la dimension d'une pièce de 2 fr., les autres grandes comme une pièce de 50 centimes, quelques-unes enfin présentent une dimension intermédiaire aux précédentes ; les unes sont recouvertes d'une simple lamelle épidermique, soulevée en phlyctène par un liquide séro-sanguinolent de couleur noirâtre ; les autres présentent la forme et l'aspect de pustules d'ecthyma, avec les particularités suivantes : ces pustules sont entourées d'une zone rouge noirâtre et présentent, à leur partie centrale une large tâche noire en forme d'ombilic. Au niveau de la région malléolaire en particulier, elles sont encore plus accusées, l'ombilication centrale est encore plus large et présente une coloration noirâtre qui donne à la pustule une ressemblance très-grande avec celle de la variole hémorrhagique. Dans la même région existent des bulles assez volumineuses, de couleur noirâtre formées par un liquide séro-sanguinolent, qui s'est déjà échappé en partie et a laissé sur la peau des croûtes d'une coloration noirâtre remarquable. En certains points il existe des ulcérations superficielles qui résultent de la rupture et de l'affaissement de phlyctènes ; toutes ces parties sont le siège d'un gonflement œdémateux qui s'accompagne de rougeur des téguments et de douleur à la pression . Le gonflement disparaît complètement au-dessus du genou. Il n'y a guère de douleurs spontanées. Le malade se plaint seulement d'une sensation be brulure et de démangeaison au niveau des parties affectées.

Obs. XXXIII. — **Acné iodique bulleuse.**

(*Quasi-pemphigus. T.* Fox). (1)

W..., W..., vingt-sept ans, cachectique, faible, fut admis à l'hôpital, des maladies de la gorge, le 13 mars 1877, parce qu'il présentait des accidents tertiaires de la syphilis au pharynx, etc... Le malade croit avoir contracté le chancre quatre ans auparavant, et n'a eu depuis aucune éruption. L'affection actuelle s'est montrée, pour la première fois, à Noël 1876, il fut alors sans succès soumis à un traitement.

Le 13 mars 1877, jour de son admission, on prescrivit au malade dix grains d'iodure de potassium, trois fois par jour, de plus; on lui toucha la gorge avec le nitrate d'argent. Quatre jours plus tard, c'est-à-dire le 17, la dose fut élevée à 15 grains, trois fois par jour, mais le jour suivant (18) on vit apparaître sur le front, les paupières, la face, le cuir chevelu, la nuque, de petites pustules analogues à l'acné vulgaire, chacune d'elle ayant un petit point noir au centre. Le médicament fut continué le jour suivant (19), mais alors les petits points acneiques donnent de larges bulles remplies d'un liquide lactescent qui se transforma bientôt en pus inodore. En même temps, de nouvelles éruptions analogues à la première, se formèrent à la partie supérieure du dos ; supposant qu'il s'agissait d'une éruption iodique, on supprima le médicament, le 20 mars, pendant vingt-quatre heures. Malgré cela, quelques nouvelles efflorescences apparurent, et les anciennes augmentèrent de volume, les bulles se déchirèrent en laissant s'écouler un pus séreux, blanchâtre, inodore, ce qui permit de voir alors que leur base présentait des granulations d'un rouge vif.

Le patient se plaignait d'une grande faiblesse et de douleurs vives causées par l'éruption. Température normale, pouls, 70, et faible. Prescription : Potion avec quinine, fer, carbonate et sulfate de magnésie, ; tenir les ulcérations propres.

(1) *The clinical society's transactions*, V. XI, 1877. — *Deux cas graves d'éruptions iodiques par* Tilbury Fox.

Aucune nouvelle éruption ne se fit après le 23 mars, la première disparut graduellement et les ulcérations guérirent lentement ; les quelques vésicules qui s'étaient développées aprè la suppression de l'iodure, ne dépassèrent guère le volume de l'état pustuleux, et en interrogeant le malade sur ces antécédents, je découvris qu'il n'avait jamais pris d'iodure de potassium avant son entrée à l'hôpital.

L'auteur rapporte aussi le cas d'une femme de trente-neuf ans, observée dans le service du Dr Broadbent. Cette femme non syphilitique était atteinte d'un mal de Bright chronique et succomba à une pleurésie et une péricardite. Soumise à un traitement iodique et arsénical, elle présenta une éruption bulleuse (*quasi pemphigus*) ; quelques jours après, elle avait une nouvelle éruption sous l'influence de l'iodure de potassium seulement.

Dans ces deux cas, comme le fait remarquer Fox, la dénomination de pemphigus est fausse. L'éruption a débuté par des papules qui se sont transformées en pustules, analogues à celle de la variole et de l'ecthyma, puis finalement en bulles reposant sur une base indurée. Les pustules de moyenne grandeur prirent une ombilication due à l'implantation d'un poil à leur centre. Dans ces deux cas, il s'agissait d'une éruption iodique plus grave que de coutume, ce qui peut être attribué aux lésions internes dont étaient atteints les deux malades en question. Le premier présentait un engorgement considérable des ganglions et de la rate, le second était atteint d'un mal de Bright.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Après la longue étude que nous venons de faire, il convient de jeter un regard en arrière, et de dégager de ce mémoire une série de conclusions, que nous réunirons brièvement dans des formules aphoristiques.

1. — La question posée par une série d'auteurs : *Existe-t-il une forme aiguë spéciale de pemphigus ?* doit être résolue par l'affirmative.

2. — Le prélude fébrile, la fièvre continue pendant l'évolution de la maladie, le caractère *immédiatement* grave du pemphigus aigu permettent de le séparer de la forme chronique, même hâtive et en quelque sorte galopante que l'on observe parfois, mais qui ne procède pas comme une maladie fébrile aiguë et soutenue.

3. — L'exanthème, identique dans le pemphigus aigu et dans la forme chronique, constitue le principal point de ressemblance entre les deux affections.

4. — A côté du pemphigus aigu vrai, l'on rencontre une série d'affections pemphigoïdes, symptômatiques, de certaines dermatoses à détermination cutanée, congestive ou œdé-

mateuse, et dans lesquelles la bulle n'est qu'un *accident*, dû à l'intensité du flux cutané congestif.

5. — Les éruptions bulleuses pemphigoïdes conservent le caractère général des maladies, dont elles constituent une variété phlycténoïde. Dans certains cas, l'apparition des phlyctènes est un indice de malignité ; dans d'autres, elle n'acquiert aucune signification particulière, comme on en voit un exemple frappant dans l'érysipèle bulleux.

6. — La présence des bulles sur le tégument conduit toujours à des indications thérapeutiques spéciales *de pansement*. Les indications générales restent variables et subordonnées à la gravité de l'état général.

7. — Il existe deux sortes d'affections, auxqnelles on doit réserver le nom de *pemphigineuses*, ce sont : le pemphigus aigu et le pemphigus chronique. Toutes les autres affections bulleuses ne font qu'acquérir, dans certains cas, le masque du pemphigus et doivent être désignées sous le nom de *dermatoses bulleuses pemphigoïdes*, n'ayant de commun avec le pemphigus vrai que l'existence même de la bulle sur le tégument, et conservant d'ailleurs, dans leur étiologie, leurs symptômes et leur évolution, le caractère général des affections cutanées diverses qui les déterminent.

Vu et permis d'imprimer :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

RENAUT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

ÉM. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (*)

ADLER. . . . . *Berli. Klin. Wochen.*, 16 sept. 1878.

ANDERSON. . . . . *Lancet*, 1823.

BAGGIO . . . . . *Du pemphigus.* — Thèse de Paris, 1864.

BARBIEUX . . . . . *Annales de la méd. physiolog.*, t. II, p. 78.

BARDUZZI . . . . . *Giornale Italiano del. malat. vene....* 1879, fasc. 3.

BAERENSPRUNG . . . *Charité annalen.*, 1862, vol. X, p. 55, etc.

BIDAUT DE VILLERS. *Journal général de Sédillot*, t. LIV.

BONY . . . . . *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (Dr DOYON), 1874-75, p. 46.

BRAUN. . . . . *Ueber die Erkentniss und behandlung des pemph.*, 1824.

BRISSAUD . . . . . Éruption de pemphigus localisée à la moitié gauche du tronc chez une femme atteinte d'hémiplégie gauche (Pemphigus zoster). — (*La France médicale*, 1879, n° 95.)

BUNEL. . . . . *Du pemphigus.* — Th. de P., 1811, n° 103.

BULKLEY . . . . . Pemphigus malignus. — *American journal*, p. 480.

CAMPANA . . . . . *Giorn. Ital. del malat.....*, 1879, fasc. 4, p. 201.

CHATAGNON . . . . . *Gazette des Hôpitaux*, 1870.

CHARCOT . . . . . *Journal de physiologie de Brown-Sequard.* 1856.

(*) Je n'ai pas cru devoir faire mention d'un certain nombre d'ouvrages, tels que les traités de pathologie interne, les traités spéciaux de dermatologie et les articles des divers dictionnaires ; tous ces ouvrages sont bien connus et devront nécessairement être consultés par ceux qui voudraient étudier la question.

CHAUSIT . . . . . *Union médicale*, t. VI, n° 49, 1852.
COUTAGNE. . . . . *Herpes généralisé fébrile*. — Th. de P., 1871.
CULLEN . . . . . *Gen. morb., gen.* 32.
DÉJERINE.. . . . . De l'existence d'altérations des nerfs cutanés dans un cas d'éruption de bulles de pemphigus (*Compte-rendu de l'Académie des sciences*, 24 juil. 1876.)
DÉLIUS . . . . . Fébris catarrhalis vesicularis. — *Amœnitates med.* t. IX, p. 71.
ECKOUT . . . . . *De pemphigo*. Groningæ, 1810.
FINKE. . . . . *De morbis biliosis anomalis*, p. 118.
FRANK (J.-P) . . . . *Traité de médecine pratique* (tr. Goudareau), 1820, t. II, p. 397.
FRENTZEL . . . . . *Acta phys. med. naturæ cur.*, t. X, obs. 18.
FUCHS. . . . . *Die Krankhaften veranderungen der Haut*.
FURSTENAU . . . . . *Acta phy. med. nat.*, t. IX, obs. 18.
GALIEN . . . . . *De vulg. morb. comment. primus* (opera t. IV, p. 124.
GERHARDT. . . . . *Wien. med. wochens.*, 1878, p. 28, 30, 35.
GILIBERT (Stanislas) *Monographie du pemphigus ou de la maladie vesiculaire*. Lyon, 1813.
HARDY. . . . . Un cas de pemphigus copahique. — *Gaz. des Hôp.*, 1869, n° 37.
HASSAN-MAHMOUD . *Du pemphigus*. — Th. de Paris, 1868.
HEBRÉARD . . . . . *Journal général*, t. X, l. IIIe p. 376.
HIPOCRATE . . . . . (trad. Littré, 1846), 6e *l. des epid.*, t. V, p. 275. — 2e *l. des epid.*, p. 73.
HORAND. . . . . Note pour servir à l'histoire du pemphigus aigu fébrile. *Annales de dermat.* (Doyon), t. IV, p. 401. 1871-72. — *Lyon médical*. etc..
JALABERT.. . . . . *Journal de médecine*, t. LXXXII, p. 65.
KOBNER (Breslau) . Discussion sur l'existence du pemphigus aigu. *Archiv für dermatologie und syphilis*. 1869, p. 209 et 219.
KOCH . . . . . *Jahrb. f. Kinderheilk.* VIII, p. 245, 1878.
LAFAURIE. . . . . *Ueber die Unzulanglichkeit der bisherigen pemphigus. Diagnose*. 1618.
LANGHANS. . . . . Pemphigus helvétique. — *Act. helvet.* Vol. II, p. 100.
LEPOIS . . . . . *Caroli Pisonis, Selectiorum obs, et concil. morb. a diluvie serosa*.

LEWIN. . . . . Erythème exsudatatif multiforme. — *Vierteljahreschrift für dermatalogie und syphilis*, 1876, p. 440. — 1879, 1 heft.

MACBRIDE . . . . . Fièvre pemphigoïde. — *Ephem.germ. dec.* 1, an VIII, obs. 56.

MALHERBES. . . . . *Union médicale.* 3e série, 7, 1869.

MERMET . . . . . *Du pemphigus dans les nécroses.* — Th. Paris, 1877.

MIROGLIO. . . . . *Journal de médecine.* t. LXXXI, p. 221.

PARROT. . . . . Fièvre herpétique. — *Gazette hebd.* 1871, p. 375, 413, 443.

PAXTON. . . . . *Britisch médical*, 1876, novembre, p. 751

PILLARD . . . . . *Du pemphigus.* Th. de Paris 1864.

PLASKUDA . . . . . *Berliner Klin. Wochens.* 1865, n° 1 et 3.

PRILPAU . . . . . *Arch. für dermat. u. syph.* 1869. t. 1, p. 468.

PURJEZ . . . . . *Deutches arch. f. Klin. Med.* — 1876, vol. 17, p. 271.

REIL . . . . . *Memora. Clinic. med.* fasc. II, p. 145.

RENAUT . . . . . *Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'erysipèle et des œdèmes de la peau.* — Th. P. 1874.

RICHARD . . . . . *Annales de la med. physiol.* t. II, p. 78.

ROBERT. . . . . Mémoire sur le pemphigus. *Journ. de med. de Corvisart*, 1812, t. XXIV, p. 1-107-219-327.

SACHSE . . . . . *Journ. compl. du dict. des sc. méd.* 1826. t. XXIV, p. 47.

SAINTORENS. . . . . *Du Pemphigus.* — Th. de Paris 1867.

SAUVAGES. . . . . *Nosol., cla.* III, ord. 1, gen. 3.

SAVARY. . . . . *Bibliothèque médicale*, t. XLI, p. 168.

SCHEPPACH. . . . . *Aerztl. Intelligenz-blatt.* 1870, n. 30.

STEFFEN . . . . . *Berliner-Klinisch Wochen*, 1866, n. 29 et 32.

STENIER . . . . . Etude clinique sur le pemphigus. — *Arch. f. derm... t.* 1, p. 491, 1869.

THIERRY . . . . . Pemphigus castrensis. — *Medec. experiment.* 1755, p. 134.

THOMAS. . . . . *In archiv der Heilkunde*, 1868, 4e fas.

ULMER . . . . . *Compendium der Helkologie.* 1863

WICKMANN . . . . . *Beitrag zur lehr des pemphigus.* Erfurth 1789.

WIGGLOSWORTH . . . Pemphigus produit par le bromure de potassium. — *Arch. of dermatology*, t. V. p. 371.

TABLE DES MATIÈRES

QUESTIONS

sur les diverses branches des sciences médicales

Anatomie générale et histologie. — Tissu conjonctif et ses variétés.

Physiologie. — Phénomènes chimiques de la respiration. — Evaporation pulmonaire.

Physique. — Propriétés physiques des muscles et mécanisme des organes de la locomotion.

Chimie. — De l'urée. — Composition. — Synthèse. — Propriétés. — Dosage dans l'urine.

Zoologie et anatomie comparée. — Spongiaire. — Organisation. — Propriétés.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes de salsepareilles, structure et fonctions des racines.

Pathologie externe. — Des tumeurs irritables et des tumeurs douloureuses.

Pathologie interne. — Des angines.

Thérapeuthique. Du mercure.

Hygiène. — De l'asphyxie par le froid.'

Accouchements. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Pathologie générale. — Définition de l'espèce morbide.

Ophthalmologie. — Existe-t-il un centre des mouvements dans l'œil ? Où est-il placé ?

Médecine opératoire. — De la ligature des artères.

Anatomie. — Des aponéroses du cou.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Du chancre infectant.

Anatomie pathologique. — Des ulcérations en général.

Médecine légale. — Des signes de la macération du fœtus dans l'utérus.

Médecine expérimentale et comparée. — Du mode de production de la pustule maligne.

Cliniques médicales. — Des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde. — Diagnostic et traitement de l'asystolie.

Cliniques chirurgicales. — Des pseudarthroses et des diverses causes qui s'opposent à la formation du cal. — Des fractures de la colonne vertébrale.