

Dans les cas de pelade de la barbe, les poils seront coupés courts avec des ciseaux courbes; les lavages quotidiens, les applications modificatrices sur les surfaces malades, seront faites comme dans la pelade du cuir chevelu.

Jacquet a proposé de traiter la pelade par l'irritation mécanique: il pratique chaque jour, au moyen d'une brosse à soies de porc, des percussions sur la plaque; ce mode de traitement est à l'étude. (L.)

### PELADE OPHIASIQUE

La pelade de l'enfant serait, d'après Sabouraud, une maladie distincte de celle de l'adulte; c'est elle qui a été vue par Celse (Area Celsi); on peut lui donner le nom de pelade ophiasique en raison de son aspect serpentiniforme.

Cette pelade se développe surtout chez des enfants de six à dix ans; elle est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune.

On constate à l'origine, à la lisière postérieure du cuir chevelu, au-dessus de la nuque, quelquefois sur ses parties latérales, une dépilation diffuse, qui affecte des surfaces limitées; plus tard seulement la dépilation devient totale. L'alopécie est presque exactement symétrique; s'il existe deux plaques latérales, elles se rejoignent, puis l'affection s'étend sur la bordure du cuir chevelu, jusqu'à la région sus-auriculaire. Quelquefois les plaques apparaissent au contraire au-dessus des oreilles et se rejoignent au niveau de la nuque.

Plus tard, l'alopécie peut s'étendre sur les tempes en restant toujours symétrique, et même sur toute la surface de la tête, soit par progression marginale, soit par apparition de plaques nouvelles qui s'unissent à l'aire principale. Sur la tête, quand la pelade de l'enfant est devenue décalvante, il reste souvent quelques bouquets de poils erratiques; les cils peuvent tomber.

Les caractères de la peau au niveau des surfaces alopeciques peuvent être, suivant Sabouraud, modifiés; elle devient sèche, légèrement dépigmentée, finement chagrinée; elle s'amincit (?); on peut y voir de fins bouquets vasculaires, et même de grosses veines apparentes.

Les aires alopeciques sont toujours limitées par des lignes courbes ou festonnées. Les cheveux du voisinage peuvent être sains, sauf ceux de la limite, qui vont tomber, et parmi lesquels on en trouve de cassés, à cassure en balai. Tous ces cheveux sont atrophiés de haut en bas près de leur insertion, et décolorés (l'un de nous [H.] y a observé les cheveux massués de la pelade vulgaire).

La pelade ophiasique a une marche lente, beaucoup moins irrégulière que celle de la pelade vulgaire. Elle guérit au plus tard à la puberté; cependant, dans quelques cas, Sabouraud a vu persister une alopecie cervicale définitive. La guérison se fait par repousse des cheveux, d'abord à la périphérie, puis au centre.

Cette pelade serait, suivant Sabouraud, la seule qu'on observe chez le jeune enfant; les observations de l'un de nous (H.) sont en contradiction avec cette manière de voir.

L'origine de la maladie est tout à fait inconnue. Elle se distingue surtout de la pelade de l'adolescent et de l'adulte par ses localisations, par l'absence du micro-bacille d'Unna-Sabouraud dans les utricules périphériques des aires glabres et par la résistance au traitement. Sont-ce là des raisons suffisantes pour l'en séparer? Ne s'agit-il pas, comme le voulait Besnier, d'une simple localisation de la pelade vulgaire? Suivant l'un de nous (H.), on peut invoquer en faveur de cette manière de voir l'identité des cheveux massués que l'on y observe avec ceux qui paraissent appartenir en propre à la pelade vulgaire, et ce fait que, chez l'adulte, la pelade vulgaire peut s'accompagner des localisations ophiasiques.

TRAITEMENT. — Cette affection sera traitée comme la pelade vulgaire. (L.)

### PITYRIASIS VERSICOLOR

Le pityriasis versicolor est une affection superficielle de l'épiderme due au *Microsporon furfur* découvert par Eichstedt.

Ce champignon se développe dans la couche cornée, où l'on trouve: 1° des filaments mycéliens irrégulièrement et pauvrement ramifiés, remplis de spores de diamètre inégal, sphériques, réfringentes, séparées les unes des autres par des cloisonnements réguliers; 2° dans les intervalles du réseau formé par les filaments entrecroisés, des spores libres, à double contour, accumulées en grappes. Il ne pénètre pas dans les poils.

Il est facile d'étudier ces caractères après avoir fait agir la potasse à 20 p. 100 sur la couche cornée enlevée par raclage.

Il n'existe pas de procédé de culture certain du parasite.

Le pityriasis versicolor a pu être inoculé à l'homme (Köbner); sa germination dure au moins trois semaines. Sa contagion a été observée, mais elle est rare, les téguments de la plupart des sujets ne lui offrant pas un terrain de culture.

On rencontre de préférence la maladie chez des individus mal tenus, vêtus de flanelle. Sa fréquence chez les phthisiques des classes pauvres est un fait remarquable: l'abondance de la sueur, ses fermentations semblent jouer un rôle important dans le développement de cette dermatose. De Molènes et Costilhes accusent, sans preuves, les fermentations gastriques.

L'affection, rare chez l'enfant, ne s'observe pas chez le vieillard. Elle peut atteindre plusieurs individus d'une même famille.

SYMPTÔMES. — Ses caractères cliniques sont des plus simples. Les taches les plus petites, ponctuées, siègent à l'orifice des follicules



pileux (Besnier et Balzer). Elles s'agrandissent, formant des gouttes, des disques, des anneaux et enfin des nappes dues à la confluence de lésions d'abord disséminées, nappes parfois immenses, à contours irréguliers, recouvrant, par exemple, une vaste partie du tronc; parfois, des placards figurés occupent des régions symétriques, telles que les aisselles, les plis des coudes. Autour des nappes étendues, on trouve souvent des éléments isolés.

Les lésions ont une couleur uniforme sur toute leur surface; elle varie du jaune pâle au jaune sale, parfois au brun foncé avec tous les intermédiaires; on l'a comparée à celle du café au lait. Quelquefois, certains des éléments prennent momentanément une teinte rosée, surtout s'ils ont été irrités: la couleur est donc susceptible de varier, d'où le nom donné à la maladie.

Par le grattage, l'action de l'ongle, on enlève, sans faire saigner, des squames en copeaux où l'on peut trouver, par l'examen microscopique, le parasite qui les constitue en partie. Quelquefois, sur le bord des nappes confluentes, la desquamation est spontanée. Les placards peuvent être légèrement saillants.

Le pityriasis versicolor occupe de préférence la partie antérieure du tronc, mais il peut s'observer sur toutes les régions du corps, en particulier sur celles de flexion, à l'exception des faces palmaires et plantaires. Besnier et Doyon l'ont vu se développer sur les parties velues du visage et une fois au front.

Cette affection n'est pas habituellement douloureuse; elle peut cependant donner lieu à des sensations de prurit parfois assez intenses.

Il en existe des formes anormales: telle est la forme *aiguë* observée chez un enfant de six semaines par A. Fournier et Sabouraud: elle occupait surtout les cuisses et était composée d'éléments érythémato-papuleux circulaires ou polycycliques à périphérie rouge, à centre gris cendré, avec aspect squameux, presque psoriasiforme, de la surface. Le diagnostic de ces lésions ne peut être établi que par l'examen microscopique.

DIAGNOSTIC. — Les lésions pigmentaires de la peau, chloasma, syphilitide pigmentaire, vililigo, mélanodermies, et lésions lépreuses, etc., ne présentent pas l'état squameux de la surface cutanée qu'on obtient par le grattage dans le pityriasis versicolor.

Le *pityriasis rosé* est une affection à évolution aiguë, dont toutes les plaques offrent une couleur rosée et où l'on ne trouve pas de grandes nappes confluentes. Lorsqu'on a enlevé les squames du pityriasis versicolor, la peau paraît blanche; la couleur du pityriasis rosé persiste au-dessous des siennes qui sont plus fines et ne peuvent être enlevées en copeaux comme celles-là.

Nous avons vu confondre les dermatoses séborrhéiques présternales et interscapulaires avec le pityriasis versicolor; leur teinte jaunâtre, leurs contours géographiques, leur fine desquamation

peuvent prêter au change; s'il y a doute, l'examen histologique devra être pratiqué: le *Microsporon furfur* est facile à voir.

TRAITEMENT. — La guérison est obtenue par des applications répétées de teinture d'iode, par des frictions, d'abord avec le savon mou de potasse, puis avec des pommades résorciniées, salicylées et soufrées et par des bains quotidiens sulfureux ou de sublimé. Besnier et Balzer insistent sur la nécessité de la désinfection des vêtements, des draps, etc. Les récurrences sont fréquentes. (L.)

### ÉRYTHRASMA

L'érythrasma est une affection de la couche cornée due au *Microsporon minutissimum* décrit par Burckhardt, en 1859, par Baerensprung, en 1862, et observé pour la première fois en France par Balzer (1).

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC. — On constate, chez l'homme adulte de préférence, des plaques occupant le plus souvent la face interne des cuisses, au contact du scrotum sur lequel leurs limites sont indistinctes. En général, il en existe une de chaque côté; il n'est pas rare cependant de voir de petits îlots au pourtour de la nappe principale.

Quand il envahit d'autres régions, il siège surtout dans les plis de flexion, mais il ne leur est pas nécessairement limité: c'est ainsi qu'on l'a vu intéresser différentes parties du tronc et des membres, et siéger du côté de l'extension: on doit donc distinguer, à côté de l'érythrasma intertrigo, un érythrasma en surfaces planes (H. Fournier), plus rare et dû à l'extension de la forme précédente; en effet, dans les formes généralisées, on trouve toujours des plaques ayant la localisation régulière.

Dans les plis de flexion, les plaques sont partagées en deux parties qui souvent se correspondent exactement; cependant, suivant la remarque de Balzer et Dubreuilh, il n'en est pas toujours ainsi: on peut voir, par exemple, la plaque fémorale prendre une plus grande extension que la plaque scrotale.

Les aisselles sont atteintes dans un tiers environ des cas; les bords du sillon interfessier peuvent également être intéressés.

La plaque d'érythrasma est d'une couleur rouge orangé ou, plus souvent, brunâtre, café au lait; elle est généralement uniforme; parfois, elle s'atténue vers le centre, celui-ci prenant une couleur jaunâtre, pigmentaire, ou au contraire s'y accentue; sa surface peut être comme farineuse; souvent, elle est fortement plissée, comme moirée, et donne au toucher une sensation onctueuse comparable à

(1) BALZER, *De l'érythrasma* (A. D., 1883). — BALZER et DUBREUILH, *Observation et Recherches sur l'érythrasma* (A. D., 1884). — H. FOURNIER, art. ÉRYTHRASMA du *Dict. encyclop.*, 1887.



celle du talc (Balzer et Dubreuilh); elle peut être un peu humide. Les bords sont nettement limités, légèrement surélevés au-dessus de la peau saine, généralement très irréguliers et comme déchiquetés, parfois réguliers; ils décrivent de grands arcs de cercle; on les dirait tracés avec la pointe d'une aiguille (Balzer et Dubreuilh).

On peut, par le frottement, y déterminer un état pityriasique, une desquamation, mais non enlever, comme dans le pityriasis versicolor, un copeau par le coup d'ongle: c'est que l'adhérence de la couche cornée n'y est pas diminuée. Les poils ne tombent pas.

Tantôt l'affection ne se révèle par aucun trouble fonctionnel, et le malade la découvre par hasard; tantôt, elle donne lieu, surtout l'été ou après un exercice violent, à un prurit, ordinairement léger, parfois intense.

Son développement excentrique est des plus lents, et se fait en plusieurs années; il est rare que les placards descendent à mi-cuisse et envahissent la région inguinale.

Parfois, l'érythrasma prend une marche rapide, sa couleur devient plus vive, les plaques s'étendent en surface; c'est surtout alors que l'on peut voir des placards sur le tronc et dans les plis.

De Michele, Ducrey et Reale ont réussi à l'inoculer.

DIAGNOSTIC. — Il est facile. L'érythrasma se distingue de l'*eczéma intertrigo* par sa sécheresse habituelle, sa coloration, sa surface lisse, la netteté et l'irrégularité de ses contours; du *trichophyton* par l'absence de vésicules, la desquamation moins prononcée et la régression centrale avancée; du *pityriasis versicolor* par la coloration, le siège, la régularité des plaques.

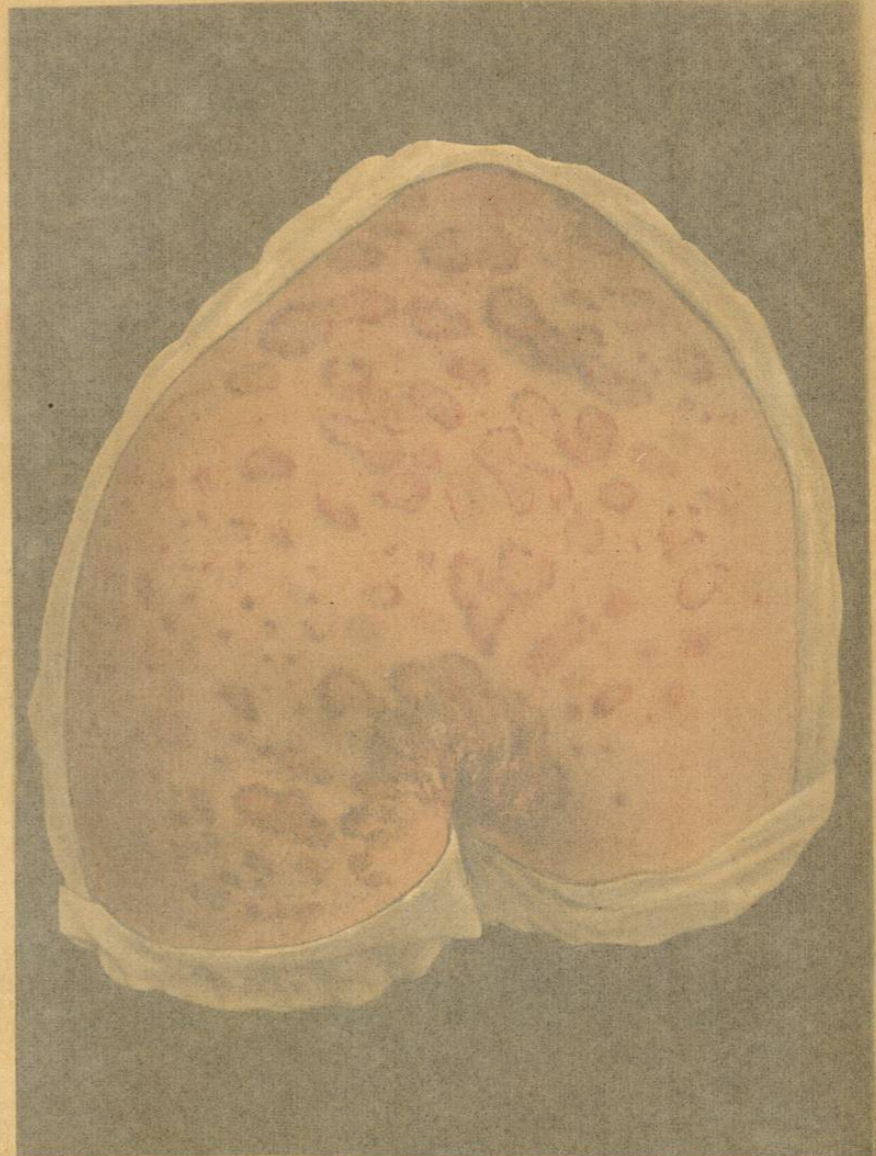
L'affection est rare chez la femme, et présente chez elle les mêmes localisations que chez l'homme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A la surface de la couche cornée, existe un feutrage mycélien irrégulier et serré; les tubes, extrêmement minces, pénètrent la couche cornée sans la dépasser; ils sont segmentés, quelquefois légèrement moniliformes (Balzer) et contiennent des sporules; on en trouve aussi de libres entre les tubes; elles sont très petites, de volume inégal. Il est facile de colorer le mycélium, par l'éosine et la potasse, la fuchsine ou la thionine phéniquée. L'érythrasma est inoculable à l'homme (Köbner).

TRAITEMENT. — Le traitement de choix consiste dans l'emploi de la teinture d'iode, dont on renouvelle, trois ou quatre fois, les applications biquotidiennes, à moins d'irritation; dans ce cas, on suspend le traitement, quitte à le reprendre quelques jours plus tard.

L'huile de cade, l'acide pyrogallique, l'acide salicylique, l'acide chrysophanique, le soufre, le lénigallol, la lénirobine peuvent remplacer l'iode (Voy. *Traitement de l'Eczéma séborrhéique*).

HALLOPEAU ET LEREDDE.



Librairie J.-B. Baillière et fils.

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT







## PITYRIASIS ROSÉ

Cette affection a été décrite par Gibert; elle constitue un type clinique des mieux caractérisés. L'école de Vienne la dénomme *herpes tonsurans maculosus* et la rattache à la trichophytie, bien à tort, car elle n'est ni herpétique, ni tonsurante; on n'y trouve pas le trichophyton et son évolution n'a rien de commun avec celle des trichophytions.

L'existence du pityriasis rosé comme type morbide est fondée uniquement sur ses caractères cliniques; sa nature est évidemment parasitaire, mais son parasite nous est inconnu.

SYMPTÔMES. — Chez des enfants ou des jeunes adultes, bien plus rarement à un âge avancé, sans cause connue, apparaît, le plus souvent à la partie supérieure du tronc ou au niveau du cou, une « plaque initiale » décrite par Brocq. On ne l'a pas observée avant une période où, déjà assez grande, elle a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes: on voit alors un anneau érythémateux arrondi ou allongé, d'un rose clair, à peine saillant à la surface de la peau; le centre en est formé par la peau normale, semble-t-il, ou à peine congestionnée. Son caractère essentiel est la présence, au niveau de la bordure érythémateuse, de squames fines, adhérentes, n'atteignant pas tout à fait le bord de l'anneau. Celui-ci s'étend par son bord externe, tandis que la région centrale se décolore.

On n'a pu étudier cette lésion à un stade antérieur; vraisemblablement, son début est le même que celui des éléments secondaires: ceux-ci surviennent au bout de quatre à quinze jours; cette évolution de la maladie en deux temps est caractéristique (Brocq).

Très rapidement, les lésions cutanées se généralisent, respectant les mains, les membres inférieurs, sauf la partie supérieure et antéro-interne des cuisses, et en général la face. Les premières manifestations apparaissent à la partie supérieure du tronc, les dernières à sa partie inférieure.

On peut alors assister à leur stade initial: on voit, à l'orifice des glandes sudoripares et des follicules pilo-sébacés (Besnier), de petites papules rosées, peu saillantes, qui s'étalent et gagnent excentriquement (Planche VII). Ici, comme dans la plaque initiale, la forme annulaire se réalise: la congestion du derme progresse à la périphérie en cessant au centre.

A ce stade adulte, les lésions présentent: 1° un centre squameux ou lisse, pâle ou légèrement pigmenté, d'un jaune fauve; 2° une zone limitante de quelques millimètres de large, très peu saillante, rosée si elle n'est pas irritée. A première vue, on distingue une desquamation superficielle, qui s'exagère par le grattage. Les squames se détachent plus facilement au centre qu'à la périphérie.

Il existe des cas où presque tous les éléments restent à



l'état papuleux initial, et deviennent desquamatifs sans s'étendre.

Les dimensions des anneaux pityriasiques sont très variables, chez le même malade, et d'un malade à l'autre; jamais elles ne dépassent les dimensions d'une pièce de cinq francs. Un fait digne de remarque est leur peu de tendance à un groupement régulier; les plaques restent isolées les unes des autres et, si elles confluent, ne forment pas d'éléments polycycliques.

Tels sont les seuls signes objectifs; ils peuvent se modifier lorsque la peau est irritée, ce qui est fréquent sous l'action d'une médication un peu énergique, de bains, etc. : on voit alors la congestion et la desquamation s'exagérer; les lésions se déforment; le diagnostic peut devenir difficile.

L'affection peut donner lieu à un prurit, faible ou prononcé.

Sa durée est de quinze à quarante jours. Il se fait des poussées secondaires en même temps que de nouvelles régions sont envahies.

Vers la fin de la maladie, les éléments prennent une coloration fauve, comme s'il se faisait une régression sanguine; la desquamation diminue; puis tout disparaît.

Les anomalies ne sont pas rares dans cette dermatose; c'est ainsi que l'on peut voir les éléments éruptifs former des saillies notables, leur aspect être nettement ortié (H.), leurs squames plus épaissies.

Ces papules s'effacent d'ordinaire rapidement pour faire place à de simples taches; elles peuvent aussi persister.

Les localisations de pityriasis rosé peuvent aussi être irrégulières; c'est ainsi que nous l'avons vu se limiter aux membres inférieurs.

ÉTILOGIE. — Elle est absolument inconnue; la maladie n'est pas contagieuse et nous ne savons comment se font ses auto-inoculations. Sa nature parasitaire ressort de son évolution, de son caractère superficiel, de sa curabilité complète, de l'analogie de ses lésions avec celles de l'érythrasma et de l'eczéma séborrhéique. Les conditions de terrain sont évidemment des plus importantes, mais nous les ignorons; la dilatation d'estomac, à laquelle Jacquet a fait jouer un rôle, ne nous y a pas paru plus fréquente que chez les individus normaux.

DIAGNOSTIC. — Le pityriasis rosé de Gibert doit être surtout distingué de l'eczéma séborrhéique.

Le premier est une affection aiguë, transitoire; le deuxième est l'expression d'un trouble fonctionnel qui perpétuellement tend à se reproduire; la séborrhée du cuir chevelu y est de règle, et la peau au niveau du thorax et de la face y est huileuse; mais ce sont là des altérations tellement banales que l'on ne peut leur attribuer aucune valeur au point de vue du diagnostic. Le centre des éléments du pityriasis rosé est sec; dans l'eczéma séborrhéique, il est gras. Lorsque l'eczéma séborrhéique s'étend sur le tronc, comme

le pityriasis de Gibert, il garde rarement l'aspect figuré qu'il présente dans les régions présternale et interscapulaire.

Les caractères et l'évolution de la maladie conduisent ainsi au diagnostic. Ils permettent également de différencier le pityriasis rosé du psoriasis avec lequel il ne peut être confondu que lorsque ce dernier simule lui-même l'eczéma séborrhéique.

La roséole syphilitique peut être l'origine d'erreurs. Si, souvent, les médecins non dermatologistes prennent le pityriasis rosé pour une roséole, l'erreur inverse est rare. Les lésions de la roséole ne sont pas squameuses, en général; elles ne semblent le devenir que chez des sujets essentiellement séborrhéiques; elles prédominent sur les faces latérales du tronc: la présence de taches non annulaires, sans saillie, la coexistence de papules, surtout à la face antérieure des bras, et de plaques muqueuses, etc., permettent le diagnostic dans les cas difficiles, qui sont, nous le répétons, fort rares. Le développement simultané du pityriasis rosé de Gibert et d'une roséole syphilitique a, du reste, été signalé.

La trichophylie cutanée se reconnaît à son caractère toujours plus inflammatoire, à la saillie plus grande des bords, à la présence de vésicules, de squames plus épaisses, aux dimensions souvent plus grandes, et au groupement dans des régions asymétriques des plaques éruptives: l'examen histologique permet, dans les cas douteux, de poser un diagnostic absolu.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Elle a été minutieusement étudiée par Unna. Les lésions dermiques sont beaucoup plus intenses qu'on ne le croyait: il existe de la congestion, un œdème marqué; les cellules conjonctives prolifèrent autour des vaisseaux; on les trouve pourvues de deux ou trois noyaux, en état de karyokinèse fréquent. Les leucocytes sont peu nombreux; on rencontre enfin quelques plasmazellen et quelques mastzellen.

Le corps de Malpighi est en voie de prolifération active, mais irrégulière, très marquée en certains points, très peu en d'autres; la dimension des cônes interpapillaires est très inégale. Les follicules sont notablement hypertrophiés. Entre les cellules du corps muqueux, les espaces sont dilatés, remplis de liquide séreux; ces fentes se poursuivent jusqu'au-dessous de la couche cornée et forment, à la partie superficielle du corps de Malpighi, des vésicules microscopiques, irrégulières, contenant du sérum, quelques cellules épithéliales et rarement des globules blancs.

La couche granuleuse manque, et, au centre des lésions, on trouve la couche cornée, immédiatement située au-dessus du corps muqueux, pourvue de noyaux. Il existe donc ici de la parakératose comme dans l'eczéma séborrhéique ou le psoriasis.

Ces lésions se distinguent ainsi de celles de l'eczéma séborrhéique par la prolifération plus marquée des cellules fixes du derme, l'œdème



intense du corps muqueux, le caractère des cavités qui ne sont pas fibrineuses, enfin l'absence de parasites, en particulier de trichophytons et de morocoques (Unna).

NATURE DE LA MALADIE. — L'évolution en deux temps de cette affection limitée au tégument externe est un fait unique en dermatologie et mérite, au plus haut degré, l'attention: en toute évidence, il faut que l'agent infectieux subisse, au niveau de la plaque initiale, une évolution pour se propager, au bout de quelques jours, à la manière d'une fièvre éruptive; les choses se passent comme dans les périodes initiale et secondaire de la syphilis, avec cette différence essentielle que la maladie reste limitée à l'enveloppe cutanée (H.).

TRAITEMENT. — Nous insisterons peu sur le traitement: l'affection guérit spontanément et il suffit de recommander au malade des précautions hygiéniques, des bains additionnés d'amidon ou de borate de soude. Si l'on veut agir plus énergiquement, on peut employer le même traitement que pour l'eczéma séborrhéique (Voy. cet article), mais en commençant par des doses médicamenteuses *très faibles*, qu'on augmente progressivement, telles que l'acide salicylique à 1 p. 100, la résorcine à 0,50 p. 100, le soufre précipité à 3 p. 100 dans de la vaseline, le lénigallol à la dose de 1 à 2 p. 100. Si la peau est tolérante, on peut ensuite élever lentement les doses. Mais il faut toujours agir prudemment et se rappeler que seul le médecin peut réussir à aggraver cette maladie bénigne. (L.)

### MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Synon: *Acné varioliforme* (Bazin).

DÉFINITION. — Le molluscum contagiosum, décrit par Bateman, est caractérisé par des saillies hémisphériques, ombiliquées à leur sommet, dures, de couleur blanche ou rosée, reposant sur la peau saine, remplies d'un magma que constitue une agglomération de cellules caractéristiques.

ÉTIOLOGIE. — Cette maladie se développe par contagion: c'est ainsi que Tommasoli a vu, dans un asile, 56 enfants atteints de cette dermatose, sans que, dans d'autres asiles, il pût en trouver un seul cas. On peut l'observer simultanément sur la figure des nourrissons et le sein des nourrices (1).

La contagion se fait fréquemment par voie génitale.

Il est probable que l'agent infectieux peut également provenir, soit d'animaux, soit de milieux de culture extrinsèques encore indéterminés (2).

(1) BESNIER et DOYON, Notes de Kaposi. — VIDAL et LÉLOIR, *Maladies de la peau*. — NEISSER, *Vierteljahresschrift für Dermatologie*, 1888.

(2) On ne peut en effet s'expliquer autrement un fait constaté par l'un de nous: il s'agit d'un nourrisson élevé à la campagne, dans une maison isolée, qui y contracta cette maladie sans qu'aucun autre habitant de la maison n'en fût atteint. (H.)

La maladie est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

SYMPTÔMES. — Les saillies sont en général isolées, mais souvent semées à une faible distance les unes des autres, plus rarement cohérentes ou confluentes.

Leur forme est régulière; elles s'insèrent largement sur la peau; cependant, on a cité quelques faits de tumeurs pédiculées.

Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois; par exception, on les a vues atteindre les dimensions d'une noisette, et même celles d'une noix (J. Renaut), d'une orange (Besnier).

L'ombilication qui se trouve à leur sommet est un de leurs caractères essentiels; dans quelques cas, elle est colorée en noir par des poussières.

Au palper, les saillies sont dures, résistantes; elles ont presque la consistance de la corne; elles sont du reste vaguement translucides comme elle (Renaut).

Par la pression, on ne réussit pas, de suite, à en énucléer partiellement le contenu; il faut ouvrir assez largement leur sommet pour en faire sortir, d'un seul coup, comme le bourbillon d'un furoncle, une masse centrale, d'un blanc laiteux.

Les tumeurs sont généralement peu nombreuses; on a cependant décrit des faits de molluscum contagiosum presque généralisé; dans un cas publié par Kaposi, il s'agissait de masses confluentes énormes; tout le cuir chevelu, les joues, le menton, la plus grande partie des membres supérieurs étaient envahis; on doit à Vidal une observation très analogue; dans un fait, observé par l'un de nous (1), on voyait, à la partie postérieure de l'un des mollets, une plaque mesurant 5 centimètres sur 3<sup>cm</sup>,25; les éléments y étaient complètement fusionnés en masses à contours irréguliers, atteignant 15 millimètres de diamètre, séparées par des sillons irréguliers, profonds et sinueux.

Ces lésions sont généralement indolentes; cependant, dans un de nos faits (H.), les masses confluentes donnaient lieu à un prurit intense.

Certaines régions sont atteintes de préférence: telles sont, en premier lieu, celles où la peau est fine, délicate, et les parties découvertes, surtout la face, les paupières, le cou; les parties génitales sont également des lieux d'élection.

Il est très rare d'observer la guérison spontanée, à moins d'inflammation et de suppuration locales qui amènent l'élimination de la masse incluse; il se forme alors une cicatrice plus ou moins durable, suivant l'intensité de la réaction inflammatoire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La structure du molluscum contagiosum est bien connue: il s'agit d'une prolifération épithéliale, qu'on a rapprochée des épithéliomes (epithelioma contagiosum, Neisser), mais on discute encore sur la région de l'épiderme aux

(1) HALLOPEAU, *S. F. D.*, février 1899.



dépens de laquelle elle se développe : pour J. Renaut (1), Kaposi, Gaucher et Sergent (2), les tumeurs se forment dans les glandes sébacées, dont les cellules subissent une évolution anormale : ces auteurs se fondent sur la division de la tumeur en lobes, la présence fréquente de poils à son centre.

Au contraire, pour Neisser et la plupart des histologistes, le molluscum se développe aux dépens des couches profondes du corps muqueux, et on peut s'en assurer en examinant des lésions initiales.

La tumeur est formée d'une masse, pénétrant plus ou moins profondément le derme, entourée de tissu conjonctif condensé. La couche externe de cette masse est constituée par des éléments ayant les caractères histologiques et les réactions morphologiques des cellules du corps muqueux. La masse centrale est composée de corps ovoïdes, tassés les uns sur les autres, qui présentent d'une manière générale les réactions histochimiques de la couche cornée. Ce sont les *corpuscules* du molluscum.

Suivant Virchow, Török, Tommasoli, Kromayer, ces corpuscules sont constitués par des cellules épithéliales transformées; suivant Bollinger, Neisser, Darier, on trouve, dans ces corpuscules, des éléments qui sont des parasites et déterminent les lésions par leur développement dans les cellules épithéliales.

Les corpuscules comprennent, suivant Neisser, un noyau atrophié, une membrane pariétale, qui proviennent de la cellule kératinisée, et des corps de petites dimensions qui seraient en majeure partie des spores. Entre les spores, on peut trouver des corps clairs, ovales, mais terminés en pointe à leur extrémité, et pourvus d'un noyau central contourné : ce sont des parasites, ayant dépassé le stade de spores.

La nature parasitaire de ces éléments, affirmée par Darier, par Neisser qui rapproche les éléments parasitaires du molluscum des grégaires qui déterminent l'épithéliome contagieux des gallinacés, n'a plus aujourd'hui un grand nombre de partisans. Török et Tommasoli ont montré que les corpuscules résistent aux acides minéraux et à la lessive de potasse, au contraire des coccidies. La plupart des auteurs considèrent les formations intra-cellulaires décrites par Neisser comme des produits de dégénérescence cellulaire. De nombreuses proliférations épithéliales, surtout les carcinomes, contiennent des corps de même ordre dont la nature parasitaire n'est plus guère admise.

Les couches des tumeurs du molluscum, intermédiaires à la couche malpighienne et à la masse centrale, présentent des grains colorables par le picrocarminate et dont la nature est interprétée différemment, suivant qu'on veut y voir des parasites ou seulement des altérations

(1) J. RENAUT, *Lyon médical*, 29 juillet 1880, et BESNIER et DOYON, *Notes de Kaposi*, t. I, p. 216.

(2) GAUCHER et SERGENT, *Arch. de méd. expér.*, septembre 1898.

dégénératives : pour les uns, on y trouve déjà des corps parasitaires, compris entre des granulations de kérato-hyaline; pour d'autres, il s'agit d'une transformation granuleuse, qui rejette le noyau peu à peu à la périphérie.

Malgré ces divergences, personne ne conteste aujourd'hui la nature parasitaire du molluscum contagiosum; mais, pour certains, le parasite appartient à l'ordre des coccidies et est visible dans les corpuscules, et, pour les autres, le parasite est inconnu.

Retzius, Vidal, Haab ont réussi à inoculer le molluscum contagiosum d'homme à homme. Le développement est très lent et demande en moyenne six mois. Les inoculations tentées sur les oiseaux au moyen du molluscum de l'homme n'ont pas donné de résultats probants; on observe cependant chez eux (Sanfelice) des tumeurs ayant tous les caractères cliniques et histologiques du molluscum contagiosum. Ces tumeurs sont inoculables chez les gallinacés (poules, pigeons); elles se développent en huit jours.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic n'offre de difficultés que lorsque les saillies sont très petites, ou très volumineuses et confluentes. Quand elles sont très petites, on retrouve à la loupe tous les caractères qui permettent de définir le molluscum de Bateman. Il est rare que, en dehors des tumeurs très volumineuses, on ne trouve pas d'éléments offrant le volume habituel; mais, alors même que l'on a affaire à des masses ayant le volume d'une noix, on y reconnaît encore les caractères essentiels de cette dermatose, la dureté, la translucidité du sommet, l'absence de réaction inflammatoire à la base, l'indolence. Les masses confluentes peuvent simuler un nævus vasculaire frambœsiode; les ombilications les en distinguent. Elles peuvent également offrir de grandes analogies d'aspect avec la maladie de Darier : témoin le cas de Lütz que Kaposi considère comme un cas de molluscum.

TRAITEMENT. — Lorsque les saillies sont très petites, on peut les guérir par des applications locales de savon noir répétées une fois par semaine: on laisse une couche de ce savon en contact avec la peau pendant un quart d'heure, puis on lave à l'eau tiède et on poudre à l'amidon (Besnier). Il est encore plus simple de se servir, dans ces cas, de la curette, comme dans les saillies de volume moyen.

Après avoir aseptisé la peau, on la tend entre deux doigts et, d'un coup sec de curette tranchante, on enlève la tumeur. Le saignement consécutif s'arrête de lui-même, par une application de coton hydrophile.

L'un de nous (H.) préfère le procédé suivant : mettant à profit l'action parasiticide de la teinture d'iode, il introduit, par l'ombilic de la petite tumeur, l'extrémité d'une allumette taillée en pointe et imprégnée de cette préparation, et en écouvillonne ainsi les parois; il suffit généralement d'une séance pour en amener l'affaissement, puis la disparition.