

Dans la période tardive, une fois les couches épidermiques superficielles envahies, la consistance éburnée devient molle, pâteuse. En même temps un liquide visqueux sort de la masse et se dispose sur la tumeur en croûtes jaunâtres.

Pour le rhinosclérome, comme pour l'épithélioma, on remarque que la marche est bien plus rapide sur les muqueuses que sur la peau.

Kaposi a trouvé l'antre d'Hygmore envahi.

Durée. — On en voit qui durent depuis vingt ans et plus. Kœhler⁽¹⁾ rapporte l'observation d'une femme de cinquante-trois ans chez laquelle les infiltrats très réguliers du nez croissaient depuis vingt-sept ans sans douleur. L'intervention opératoire était inutile.

Terminaisons. — Je ferai remarquer que l'envahissement va rarement à la trachée, avec cette réserve pourtant que sa constatation au-dessous de la glotte est malaisée, en dehors des autopsies. Parfois un processus atrophique s'empare des parties atteintes.

On n'a produit aucun cas de généralisation.

Lutz⁽²⁾ nous dit avoir constaté la rétrocession complète sans récurrence d'un cas de rhinosclérome chez un Italien à la suite de fièvres prolongées (?). Il put même le voir à nouveau longtemps après, mais il nous avoue n'avoir pas observé lui-même le rhinosclérome avant qu'il eût disparu. L'affection n'était établie que par des commémoratifs et par un rapport du médecin qui avait soigné le malade avant sa guérison. Il est impossible de tabler sur une telle observation. D'après O. Chiari et G. Riehl⁽³⁾, en certains points des muqueuses quelques nodosités arrivent à s'aplatir et à se transformer en cicatrices brillantes. Alors l'épithélium épaissi constitue une couche très blanche.

C'est par ce processus que disparaît la luelle, remplacée par une ligne cicatricielle médiane.

Complications. — A ce titre je signalerai un cas de pneumonie interstitielle lente observée par Mibelli⁽⁴⁾ dans un cas de rhinosclérome.

La coïncidence est digne de remarque, étant donnée la similitude des deux microbes de la pneumonie et du rhinosclérome, ainsi qu'on le verra plus loin.

Schrötter a publié l'observation d'un malade qui vint mourir à sa clinique avec une dyspnée intense et une fétidité de l'haleine. A l'autopsie, on vit que le sclérome s'étendait jusqu'aux bronches. Il y avait gangrène pulmonaire, dégénérescence amyloïde de la rate et des reins⁽⁵⁾.

Anatomie pathologique. — A ne parler d'abord que des lésions constatables sur la table d'autopsie, il faut dire que les divergences sont grandes, d'abord parce qu'il est rare qu'on ait pu faire la nécropsie du rhino-sclérome

(1) KÖEHLER, *Monatshefte f. Ohrenheilk.*, 1888, n° 7.

(2) LUTZ, *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1890, t. XI, p. 49.

(3) O. CHIARI et G. RIEHL, Rhinosclérome des muqueuses. *Zeitschrift f. Heilkunde*, 1885.

(4) MIBELLI, *Giorn. ital. del. mal. vener. et del. pelle*, 1888.

(5) SCHRÖTTER, *Monats. f. Ohren.*, mai 1895.

dans ses phases initiales, ensuite parce que des altérations secondaires viennent masquer rapidement la lésion du début.

On est surpris de constater que, malgré la dureté ligneuse de la masse, le couteau y pénètre facilement, surtout dans les cas anciens lorsque déjà la couche cornée de l'épiderme a été envahie.

Et cependant l'évolution naturelle des infiltrats amène un travail de sclérose qui donne à la néoformation l'apparence cicatricielle et nous explique la dureté caractéristique de ce tissu particulier. Les tranchées faites au couteau montrent principalement le tissu sous-muqueux des fosses nasales transformé en un feutrage conjonctif.

Histologie. — Si on procède aux coupes histologiques, on constate :

1° Que les revêtements épithéliaux cutanés et muqueux sont presque normaux, mais abondamment pourvus de cellules. L'épiderme offre l'élasticité dans ses conditions naturelles. Sur la muqueuse nasale, les cellules épithéliales sont très tassées au point d'entremêler leurs cils vibratiles.

Le plus souvent l'épiderme est seulement refoulé, car on ne trouve pas d'éléments embryonnaires dans le corps muqueux de Malpighi.

2° Dans ce dernier point de départ de l'affection sont les altérations les plus caractéristiques.

Les papilles sont hypertrophiées, très vasculaires, remplies de cellules migratrices.

Toutes les glandes sudoripares, sébacées, mucipares, sont étouffées dans la sclérose ambiante et finissent par disparaître après avoir eu longtemps leur produit de sécrétion emprisonné dans leur cavité. Quelques glandes pilo-sébacées, altérées et déformées, ont pu faire croire à des globes épidermiques et faire penser à de l'épithélioma, mais le poil inclus établissait le diagnostic.

3° Quant aux vaisseaux, artérioles, veinules, lymphatiques, ils ont leurs parois infiltrées et entourées d'une masse de petites cellules rondes qui, sur les coupes transversales, leur font une couronne.

Cette altération plus importante sur les veinules et dans les couches profondes du derme commence, d'après les coupes de Pellizari⁽¹⁾, dans la tunique adventice, puis envahit la tunique moyenne qui, tuméfiée, refoule vers la lumière du vaisseau la tunique interne. Celle-ci résiste davantage et ce serait seulement dans les points où les vaisseaux plus gros auraient pu conserver une partie de leur lumière que la transformation conjonctive s'installerait.

Le volume de ces cellules du type embryonnaire varie de celui d'une hématie à celui d'un globule rouge.

4° Les filets nerveux longtemps intacts, d'où l'absence de douleurs, finissent par présenter la même altération.

5° De même pour les muscles, les cartilages, voire même les os.

6° Enfin, entre ces divers organes, vaisseaux, nerfs, etc., Cornil a vu, parmi

(1) PELLIZARI, *Il rhinoscleroma*, 1885.

les faisceaux conjonctifs épaissis et les petites cellules rondes, de « grandes cellules sphéroïdales de 20 μ environ, à un ou plusieurs noyaux ».

C'est là l'élément caractéristique du rhinosclérome et c'est dans son protoplasma qu'on trouve principalement la bactérie spéciale ou *bacille de Frisch*.

Tel que, le tissu rhinoscléromateux est rangé, par les auteurs allemands, à côté de la lèpre, du lupus, dans le groupe des tumeurs dites de granulation par Virchow.

Bactériologie. — C'est dans les grandes cellules surtout, mais aussi autour d'elles, et dans les vaisseaux lymphatiques superficiels du derme, qu'on trouve la bactérie du rhinosclérome que Frisch a pu obtenir le premier à l'état de culture pure et qu'on désigne sous le nom de *bacille de Frisch*.

D'après Cornil et Babès, pour les bien voir, il faut colorer les coupes au violet de méthyle B, puis décolorer après un séjour dans l'eau iodée. Ce sont des bâtonnets courts, ayant en moyenne 2 μ de longueur sur un demi de largeur, terminés par une extrémité arrondie, ils sont quelquefois étranglés en leur milieu.

On en trouve une vingtaine à peu près dans une grande cellule. Dans les vaisseaux lymphatiques ils s'accrochent contre la tunique interne desquamée.

Cornil et Alvarez, après avoir soumis les coupes à une imprégnation de quarante-huit heures dans une solution à 20 pour 100 de violet 6. B. et à une décoloration dans l'alcool absolu, ont pu découvrir, grâce à un fort grossissement, « une capsule anhiste ovoïde au centre de laquelle est le bâtonnet ».

La capsule de la bactérie se voit bien aussi sur des coupes traitées à l'acide osmique.

Finch Noyes (1), étudiant plus particulièrement ces grandes cellules, arrive après Mibelli à en distinguer deux espèces :

- 1° Les cellules œdématisées ou vacuolisées « *Watery-Cells* ».
- 2° Les cellules colloïdes « *Colloïd-Cells* ».

Celles-ci ne seraient que la transformation des premières. Il l'a démontré au moyen de procédés techniques qu'il serait trop long d'exposer ici. Dans les *Watery-Cells* les bacilles sont incontestés, mais on les trouve aussi dans les *Colloïd-Cells*. Finch Noyes les a vus au moyen de l'immersion dans l'huile d'aniline et il conclut, avec Mibelli, que cette transformation colloïde ou hyaline est due au remplacement du protoplasma cellulaire par la glaire des bacilles. En effet, la substance colloïde se trouve parfois accumulée au centre de la cellule et les bâtonnets encapsulés sont tout autour de ce dépôt central. Pawlowsky (2) arrive aux mêmes conclusions.

Culture et inoculation. — Sur la gélatine la bactérie se cultive en clou si on a procédé par ponction profonde, et en traînée si on a fait une série de piqûres superficielles.

(1) FINCH NOYES, *The British Journal of Derm.*, avril 1890, p. 106.

(2) PAWLOWSKY, *Centralblatt für allg. Path. und Anat.*, 1^{er} sept. 1890.

Parloff et Stepanow (1) ont obtenu l'inoculation aux animaux du bacille de Frisch. Renonçant à inoculer la muqueuse nasale ou la peau des lèvres parce que les tentatives avaient échoué jusqu'alors, ils ontensemencé la chambre antérieure de l'œil du cobaye tantôt avec des fragments du néoplasme, tantôt avec des cultures pures. Deux mois après, les animaux étant sacrifiés, les expérimentateurs purent constater derrière la cornée une petite masse jaunâtre rappelant une cataracte. Ensemencant à nouveau des fragments de cette masse, ils obtenaient des cultures pures du microbe de Frisch.

Ce n'est pas seulement au nez, au pharynx, que le rhinosclérome peut se développer, car, après une auto-inoculation, Parloff l'a observé sur un bras sous forme d'une plaque dure, circonscrite et d'un rouge luisant. Un ensemencement avec des fragments de cette petite tumeur a reproduit le bacille de Frisch.

C'est encore une particularité curieuse que l'analogie de ces deux bactéries du rhinosclérome et de la pneumonie fibrineuse.

Pellizari les a étudiées comparativement. D'après lui, le bacille de Friedländer se présente plus souvent que l'autre en séries et en filaments. Sa culture serait plus luxuriante. Au contraire, Netter déclarait récemment à la Société de dermatologie que pour lui les deux bacilles étaient identiques. Sans doute, la présence d'une bactérie spéciale est importante pour l'étiologie du rhinosclérome, mais on se prend à douter quand on le retrouve dans la pneumonie fibrineuse, maladie si peu semblable à la première.

A remarquer aussi que le bacille de Frisch se trouve parfois dans le mucus nasal, dans la salive. De même s'y trouve le bacille de Friedländer. Comme l'ont démontré les recherches de Netter (2) et de Thost (3), Pellizari l'a trouvé également dans l'ozène et la blennorrhée de Störk, mais en petit nombre.

En somme, l'analogie des deux bacilles est certaine, mais non leur identité.

Autres bactéries. — On trouve encore des microbes d'autre sorte dans le tissu du rhinosclérome. Jacquet (4) y a découvert à côté de la bactérie de Frisch des streptocoques pyogènes.

Comme déjà la salive et le mucus nasal contiennent des bacilles de Frisch ou ses analogues, Jacquet se demande si cette invasion microbienne ne serait pas un fait secondaire.

Cornil et Babès font les mêmes réserves quand ils doutent que le microbe de Frisch soit la cause de la tumeur et quand ils inclinent à le considérer comme une bactérie banale qui, dans certaines conditions de climat et de lieu, produirait cette néoplasie spéciale.

Concluons donc qu'en l'état actuel de nos connaissances la spécificité du microbe de Frisch n'est acquise ni en lui-même, ni dans ses effets.

Dans une thèse sur le rhinosclérome (Guatemala, avril 1899), Gutierrez, se

(1) PARLOFF et STEPANOW, *Medicenskoie Obozrenie*, n° 20. *Bulletin médical*, 16 déc. 1888.

(2) NETTER, Du microbe de Friedländer dans la salive. *Société de biol.*, 1887.

(3) THOST, Pneumonie Kokher in der Nase. *Deutsche med. Woch.*, 1886.

(4) JACQUET, *Bull. de la Soc. de dermat. et syph.*, juillet 1891, p. 527.

basant sur 20 observations, admet que le bacille du rhinosclérome est aérobie, se reproduit au moyen de spores, fait fermenter le sucre et se colore par le Gram.

Des inoculations ont été faites à divers animaux. Chez les cobayes et les chiens, elle détermine une tumeur pâteuse qui s'ulcère. L'ulcération finit par cicatriser, mais la tumeur persiste.

Dans une controverse sur l'histo-pathologie, Polyak conclut que la dégénérescence colloïde ne provient pas d'une influence bacillaire⁽¹⁾.

Diagnostic. — Il se base sur le siège de l'affection, sur sa coloration d'un gris rose luisant, sur l'absence de douleurs, la lenteur de la marche, la résistance au traitement et les examens microscopiques et bactériologiques.

On distingue aisément le rhinosclérome d'un épithélioma ou d'un sarcome. La différenciation avec des ulcérations syphilitiques est moins facile. Celles-ci cependant ne sont pas superficielles comme celles du rhinosclérome. Elles s'accompagnent d'engorgements ganglionnaires et guérissent vite grâce au traitement. En cas de doute, il sera sage de ne pas s'attarder dans le traitement antisyphilitique, car il aggrave le mal s'il y a erreur de diagnostic.

Bojew⁽²⁾ relate l'observation d'un rhinosclérome pris pour de la syphilis et très endommagé par le traitement spécifique. Des ulcérations et l'odynophagie en furent la conséquence.

Enfin les infiltrats scléromateux du larynx se distinguent par leur teinte grise et leur résistance à l'ulcération.

Avec la tuberculose nasale ou pharyngienne, le diagnostic peut présenter des difficultés. Je donne en ce moment des soins à un étudiant turc qui est arrivé à Paris avec le diagnostic rhinosclérome. Les examens pratiqués à l'institut Pasteur ne l'ont pas confirmé et l'ensemble des lésions fait plutôt penser à de la bacillose.

Enfin signalons l'éventualité d'un diagnostic à établir entre le rhinosclérome et la lèpre.

Pronostic. — Il est grave, puisque, d'une part, les cas de guérison sont des plus rares et discutables, et que, de l'autre, la grande majorité des malades restent en proie aux divers dangers de la sténose nasale ou laryngienne.

La récurrence se montre très souvent après les diverses interventions thérapeutiques.

Traitement. — Si nombreux sont les moyens mis à contribution contre cette affection qu'il importe de les classer méthodiquement en mettant en regard les résultats qu'ils ont procurés.

Distinguons un traitement curatif (médical ou chirurgical) et un traitement palliatif.

⁽¹⁾ POLYAK, *Société hongroise d'oto-laryngologie*, 28 janvier 1897.

⁽²⁾ BOJEW, *Monatsschrift für Ohrenheilkunde et Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, mars 1890.

Quelques auteurs ont conservé leur confiance au traitement antisyphilitique; tel Pellizari, tels Cornil et Alvarez, qui reconnaissent avoir obtenu une diminution des lésions par l'usage prolongé de l'iodure de potassium à hautes doses, mais que de fois il a été inutile, sinon nuisible!

Divers caustiques ont tour à tour été prônés: acide lactique, acide pyrogallique, nitrate d'argent, potasse caustique, chlorure de zinc. Dans un cas trop étendu pour songer à l'extirpation, Besnier a obtenu un résultat très encourageant en bourrant le néoplasme de flèches au chlorure de zinc et en plaçant deux grosses sondes dans chaque narine. La maladie parut s'arrêter dans sa marche.

C'est encore avec quelque succès qu'on a eu recours au traitement antiparasitaire. Il a été inauguré en 1882 par Lang. Tous les deux jours il pratiquait dans le rhinosclérome des injections interstitielles d'acide salicylique à 0,5 pour 100. En même temps il recourait aux douches nasales avec la solution de salicylate de soude, aux onctions avec la pommade salicylée, à l'administration quotidienne de 2 grammes d'acide salicylique. Puis il a utilisé les injections parenchymateuses d'acide phénique à 1 pour 100. Dans un cas, l'amélioration a été notable. Quelques bons effets aussi par les injections interstitielles de liqueur de Fowler, d'iodoforme, d'acide perosmique, de sublimé à 1 pour 100. Ce mode de traitement est à étudier de plus près. Powlowski (de Kiew) a préconisé les injections hypodermiques d'une rhinosclérine qui rendrait les tissus environnants réfractaires à l'envahissement du parasite. On a employé:

1° *La galvano-caustique.* Keller aurait, par ce moyen, guéri sans récurrence un malade de trente ans atteint depuis deux ans seulement;

2° *Le raclage* ou curettage suivi de cautérisations diverses, surtout à l'acide lactique;

3° *L'extirpation complète* avec ou sans autoplastie, avec ou sans cautérisation des surfaces cruentées.

Quelques opérations radicales ont été menées à bonne fin. Navratil (de Budapest) a, dans un cas, pratiqué une incision allant du milieu du front à la lèvre supérieure, réséqué les parties osseuses et cartilagineuses altérées, bourré à la gaze iodoformée et réuni ensuite par première intention. Le malade qui, auparavant, respirait la bouche ouverte, pouvait ensuite respirer librement par le nez.

Mais, le plus souvent, la récurrence est au bout de ces guérisons temporaires. Tout récemment encore, Baumgarten (de Budapest) en citait un cas chez un malade qui n'avait pas quitté cette ville depuis dix-huit ans. Si les moyens curatifs ont échoué, restent les moyens palliatifs dont les bénéfiques sont moins hypothétiques.

Traitement palliatif. — Il consiste dans la dilatation du nez.

On dilate les fosses nasales avec la laminaria. On va même jusqu'à curetter l'intérieur des fosses nasales, jusqu'à le cautériser au thermocautère, pour y placer des tubes métalliques ou en caoutchouc.

D'après mes observations personnelles et mes lectures, je résumerais volontiers, comme suit, la conduite à tenir :

Si le rhinosclérome est encore opérable, l'extirper et faire de l'autoplastie non sans avoir essayé des injections interstitielles.

Si le rhinosclérome n'est pas opérable, dilater mécaniquement les fosses nasales.

Bibliographie : KAPOSI, *Leçons sur les maladies de la peau*, traduction franç., t. II, p. 251. — HEBRA, *Wiener med. Woch.*, n° 1, 1870. — GEBER, *Arch. für Dermat. und Syphil.*, H. 2, 1872. — J. MIKULICZ, *Langenbeck's Arch. f. Chir.*, Bd. XX, 1876. — CASABIANCA, *Des affections de la cloison des fosses nasales*, p. 49. Paris, 1876. — UEBER, *Das Rhinosclerom. Langenbeck's Arch.*, t. XX, 1876. — A. FRISCH, *Étiologie des Rhinoscleroms. Wiener med. Woch.*, 12 août 1882. — CHIARI, *Stenose des Kehlkopfes und der Luftröhre bei Rhinosclerom. Med. Jahrb. der k. k. Gesellschaft der Aerzte*, Heft 2. Wien, 1882. — CELSO PELLIZARI (docent de dermo-syphiligraphie à l'Institut des Hautes-Études de Florence), *Le rhinosclérome*, 1885. — PELLIZARI, *Il rhinoscleroma*. Firenze, 1885. *Il rhinoscleroma*, avec 5 planches lithographiées. Florence, 1885, in-8°. — CORNIL, *Société anat.*, 1885, p. 519. — GUEVARA, *Sur le lupus scrofuleux des fosses nasales. Thèse*. San-Salvador, 1885. — CORNIL, *Société anat.*, séance du 15 février 1885 et communication faite par Cornil et Alvarez dans les *Archives de physiologie*, 5^e série, t. VI, p. 11, 1885, et le *Mémoire d'Alvarez*, même recueil, 1886. — CHIARI et KIEHL, *Zeitschrift für Heilkunde*, 1885. — SYDNEY DAVIES, Un cas de rhinosclérome. *The Brit. med. Journal*, p. 10 à 20, 29 mai 1886. — STOUKOVENKOFF, Trois cas de rhinosclérome. *Revue méd. de Moscou*, t. XXVIII, n° 20, 1887. — DRESCHFELD, Bacilles du rhinosclérome. *Manchester path. Soc. Journal of laryng. by Mackensie*, n° 1, p. 51, 1887. — DROULETEPONT, *Traité du rhinosclérome. Deutsche med. Wochenschrift*, 5 février 1887. — KOEHLER (POSEN), *Monatsh. f. Ohrenheilk.*, 1888, n° 7. — PARLOFF et STEPANOW, *Medicenskoie oboz lenie*, n° 20, 1888. — MIBELLI, Un cas de rhinosclérome. *Giorn. ital. del mal. ven.*, an XXVIII, n° 1, 1888. — MIKIFOROW, Du rhinosclérome. *Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, 1888. — MIBELLI, *Giorn. ital. del mal. ven. et del pelle*, 1888. — GIOVANNI MELLE, *Bacilli di rhinoscleroma*, 1888. — WOLKOWITSCH, Du rhinosclérome. *Langenbeck's Arch.*, Bd. XXXVIII, H. 25, et *Journal of laryng.*, n° 7, 1889. — RYDIGIER, *Congrès des chirurgiens allemands*, avril 1889. *Revue de chirurgie*, octobre 1889. — A. BOJEV, Un cas de rhinosclérome. *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*. — LAQUER, *Beilage zum Centralblatt f. klinische Medizin*, n° 29, 1889. — WOLKOWITSCH, *Langenbeck's Arch. f. klinische Chirurgie*, t. XXXVIII, n° 2, 1889. — FINCH NOYES, *Rhinoscleroma. The British Journal of Derm.*, p. 106, avril 1890. — A. LUTZ, *Monatshefte f. prakt. Derm.*, t. XI, p. 49, 1890. — CORNIL et BABÈS, *Les bactéries*, t. II, 1890. — E. BESNIER, *Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syphil.*, juillet 1891. — JACQUET, *Recherches histologiques et bactériologiques. Bull. Soc. dermat.*, p. 527, 1891. — PAULSAUF, *Wiener klin. Woch.*, n° 52 à 55, 1891-1892, 1 et 2. — BUNZL-FEDERN, *Prager med. Woch.*, p. 145, 1899. — J.-F. GUTIERREZ, Contribution à l'étude du rhinosclérome. *Thèse inaugurale*. Guatémala, avril 1899. — SOKOLOWSKI, *Fränkels Arch.*, Bd. IV, p. 251, 1896. — SCHRÖTTER, *Monatsh. f. Ohrenheilk.*, n° 5, p. 149, mai 1895. — G. JUFFINGER, Le rhinosclérome. *Wiener klin. Woch.*, n° 16, p. 501, 1895. — L. SECRÉTAN, Le rhinosclérome en Suisse. *Annales des mal. de l'oreille et du larynx*, juillet 1894, p. 675. — STEPANOW, Sur l'étiologie du rhinosclérome. *Monatsh. f. Ohrenheilk.*, n° 1, janvier 1895. — CASTEX, Sur deux cas de rhinosclérose. *Soc. franç. d'oto-rhino-laryng.*, 1^{er} mai 1894. — BAUMGARTEN, *Soc. hongroise d'oto-laryngologie*, 31 mai 1900. — EBSTEIN, *Société vien. de laryngol.*, 1^{er} déc. 1898. — NAVRATIL, *Soc. hongroise d'oto-laryngol.*, 28 janvier 1899. — ADALBERT HEINDL, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1899, t. II, p. 85.

RINGWORM. — Étym. : de l'anglais *ring*, anneau, et *worm*, ver, parce que la lésion, en forme d'anneau, progresse sur la peau en rampant comme un ver.

Nom anglais de la trichophytie.

Voir l'article : *Trichophytie*, t. IV.

RODENS (IMPETIGO). — **RODENS (ULCUS).** — Étym. : participe présent de *rodere*, ronger.

Impetigo rodens, voir l'article : *Lupus*, t. III, p. 259.

Ulcus rodens, voir l'article : *Épithéliome*, t. II, p. 595.

ROSACÉE (ACNÉ). — **ROSÉE (ACNÉ).** — Forme d'acné essentiellement

caractérisée par l'association de deux éléments : 1^o une congestion chronique du visage, d'où résultent des dilatations vasculaires; 2^o une altération des glandes cutanées, d'où production de séborrhée, d'acné inflammatoire et de toutes les conséquences de ces lésions chroniques.

Voir l'article : *Acné*, t. II, p. 192.

ROSÉOLE.

Par F. TRÉMOLIÈRES.

ROSÉOLE

Étym. : mot fait avec rose, comme rougeole l'est avec rouge.

Envisagée dans son acception la plus générale, l'expression roséole sert à désigner, en dermatologie, une éruption caractérisée par de petites taches rosées, non saillantes ou à peine surélevées à la surface de la peau, éruption tantôt discrète, localisée, tantôt généralisée et presque confluyente, avec ou sans prurit, qui se termine, après quelques jours, par résolution et rarement par une très légère desquamation furfuracée.

Ainsi compris dans son sens le plus large, le genre roséole renferme plusieurs espèces plus ou moins distinctes, que de nombreux auteurs, Willan, Alibert, Rayer, Bazin, etc., ont tenté de classer de façons très diverses. Avec Brocq, nous diviserons les roséoles en quatre groupes principaux.

A. *Roséoles primitives*, où l'on peut distinguer :

- a. La rougeole;
- b. La rubéole ou röteln;
- c. Une roséole essentielle, roséole saisonnière, vernale, estivale, automnale, etc.

B. *Roséoles dites infectieuses secondaires*, s'observant comme symptômes accessoires ou comme complications dans le cours ou à la suite de maladies infectieuses : rash rubéoliforme de la variole, roséole vaccinale, roséole cholérique, taches rosées dothiéntériques, roséoles du typhus, de la pyohémie, de l'urémie, etc., enfin et surtout roséole syphilitique.

C. *Roséoles dites artificielles*, éruptions érythémateuses légères en plaques, provoquées par les ingestas, les médicaments en particulier : roséoles balsamiques, iodiques, quinquiques, etc.