

Traitement. — On doit avant tout rechercher la cause des télangiectasies, et s'efforcer de la combattre. Nous renvoyons donc pour le traitement des télangiectasies symptomatiques d'autres affections cutanées aux divers chapitres qui traitent de ces dermatoses.

Quand il s'agit de télangiectasies que l'on ne peut rattacher à une maladie de peau bien caractérisée, on doit examiner avec le plus grand soin le sujet pour voir s'il n'y a pas chez lui quelque cause de gêne de la circulation générale ou locale qui puisse expliquer la production des dilatations vasculaires. On sait, en outre, qu'il se développe fréquemment des télangiectasies faciales chez certains sujets à la suite de congestions faciales répétées, dites bouffées de chaleur, lesquelles se produisent sous l'influence des excès de travail, des idées fixes, des émotions vives, du froid aux pieds habituel, de la constipation, de troubles génito-urinaires, de la compression exercée par un corset ou par un col trop serrés, des contacts irritants incessants tels que l'air, le froid, le vent, le feu, etc.

Le traitement hygiénique général devra reposer sur les données précédentes : il est inutile de le développer ici.

Nous ne connaissons guère de médicament interne qui agisse réellement contre ces dilatations vasculaires; cependant l'hamamelis virginica, la teinture de marrons d'Inde et l'ergot de seigle ont depuis longtemps une telle réputation d'efficacité qu'on est autorisé à les prescrire.

Localement on peut détruire les télangiectasies : 1° par les scarifications linéaires quadrillées que l'on fait très serrées le long des vaisseaux en tâchant de les diviser et de les rediviser le plus possible, et que l'on répète tous les huit jours;

2° Par l'électrolyse négative, en employant de fines aiguilles en platine iridié avec lesquelles on cathétérise en quelque sorte les vaisseaux, et par lesquelles on fait passer un courant de 2 à 5 milliampères pendant 15 à 20 secondes de façon à décomposer les dilatations vasculaires;

3° Par les effluves de haute fréquence;

4° Par une très fine pointe d'électrocautère portée au rouge sombre avec laquelle on volatilise la dilatation en un ou plusieurs points, en ayant soin d'agir exactement sur elle à la profondeur voulue.

On a encore préconisé pour les plaques circonscrites des applications de collodion élastique ordinaire, ou de collodion non riciné (1).

Pour les télangiectasies diffuses on a recommandé des massages, des applications de solutions de chlorhydrate d'ammoniaque à 2 pour 100, des applications de sublimé au 1000^e, ou encore des applications de pommades à l'hamamélis et au savon noir dont on gradue l'énergie suivant le degré de tolérance des téguments. Mais ces derniers moyens locaux n'ont pas une bien grande efficacité.

(1) On a même prescrit le collodion au sublimé à des doses fortes (de 1 à 5 pour 100) : c'est un moyen assez dangereux que l'on doit surveiller de fort près, car il peut causer des inflammations vives des téguments.

TINEA IMBRICATA OU TOKELAU.

Par E. JEANSELME.

TINEA IMBRICATA OU TOKELAU

Définition. — La *tinea imbricata*, encore appelée tokelau, parce qu'elle règne à l'état endémique dans les îles de ce nom, est une mycose très prurigineuse qui dessine sur toute la surface cutanée des cocardes à cercles concentriques, d'une absolue régularité.

Étiologie. — Le parasite de la tinea ne peut germer, sur la peau humaine, que sous un climat chaud et humide, à température constante. Il s'accommode fort bien de l'atmosphère surchargée de vapeur d'eau qui baigne les îles du Pacifique, tandis qu'il ne s'acclimate pas sur les continents soumis à de grands écarts thermiques et hygrométriques. D'après Bonnafy, auteur d'une excellente monographie sur le tokelau, celui-ci a pour domaine l'aire d'un triangle dont la base, dirigée vers l'ouest, coupe la presqu'île de Malacca, et dont le sommet atteint dans l'est les parages des îles Samoa et Tonga.

Assigner ces limites au territoire du tokelau, c'est assurément l'enfermer dans un cadre trop restreint. La péninsule indo-chinoise et les côtes méridionales de la Chine sont soumises au régime des moussons. Chaque année, six mois durant, le vent souffle du sud-ouest et déverse sur ces contrées des pluies chaudes et abondantes. De là, des conditions de milieu qui, pendant la saison pluvieuse, ne diffèrent pas sensiblement de celles qui appartiennent à l'archipel malais, à la Polynésie ou aux îles de la mer du Sud; rien ne s'oppose donc à ce que la tinea s'implante dans ces régions pour peu qu'elle y soit importée. En fait, quelques cas ont été signalés à Rangoon, à l'extrême-sud de la Birmanie; d'autres ont été observés sur le littoral de la Chine méridionale, dans l'île de Formose. Mais aucun recueil français ou étranger de pathologie exotique ne mentionne l'existence du tokelau dans la péninsule indo-chinoise en dehors de la presqu'île de Malacca. De ce silence, il ne faudrait pas conclure à l'absence de cette dermatose dans ces contrées. Mes investigations, poursuivies pendant les années 1899 et 1900, me permettent d'affirmer qu'elle sévit à l'état endémique sur un immense territoire qui comprend l'Indo-Chine française, le Laos et le Siam. A vrai dire, une dermatose aussi choquante, qui bariole la peau nue des indigènes de dessins capricieux, ne pouvait passer inaperçue. Mais on méconnaissait complètement sa nature; on l'identifiait volontiers avec l'ichtyose ou la dermatite exfoliatrice. Il m'a suffi d'examiner une squame prise sur un indigène transformé par cette

mycose en « homme-poisson », pour reconnaître immédiatement le parasite décrit par P. Manson dans la *tinea imbricata* (1).

Le sexe et l'âge ne me paraissent jouer aucun rôle dans la genèse de la tinea. Il est vrai que parmi les 51 observations où j'ai noté le sexe, 22 concernent des hommes et 9 seulement des femmes; mais il est certain que ces dernières se soumettent moins volontiers à l'examen médical.

C'est d'ordinaire dans le cours de la seconde enfance, aux environs de la dixième année, qu'apparaissent les premiers placards mycosiques. Toutefois, d'après les cas que j'ai observés, le début peut s'échelonner sur les diverses périodes de la vie depuis le bas âge jusqu'à la vieillesse. Mais jamais le tokelau n'est congénital.

Un cas reste rarement isolé; il est bientôt suivi de plusieurs autres, soit dans le même village, soit dans la même famille. Je pourrais citer de nombreux exemples de cette répartition par petits foyers, qui est très commune en Indo-Chine.

Il s'agit donc d'une maladie transmissible. Mais est-elle héréditaire ou contagieuse?

D'hérédité, il ne saurait être question, car les enfants peuvent être atteints de tinea bien avant leurs parents, et d'ailleurs cette mycose se communique entre personnes qui ne sont pas du même sang, entre époux par exemple.

La contagion, familiale ou autre, peut seule expliquer la filiation capricieuse de certains cas. La petite épidémie suivante que j'ai observée au Laos ne peut reconnaître une autre cause. Un homme et une femme indemnes de tokelau ont 6 enfants, dont 5 sont atteints de cette maladie. L'un de ces derniers est marié, sa femme et ses deux enfants sont, comme lui, couverts de tokelau.

La notion de contagion commande donc l'étiologie de cette mycose.

Étude clinique. — L'aspect de la lésion est curieux et caractéristique. Une inoculation expérimentale explique facilement, comme le dit P. Manson, la production des écailles, leur agencement concentrique et le mode d'extension des placards. Dix jours environ après une inoculation, l'épiderme, au point

(1) Voici quelle est, d'après mes recherches, la distribution du tokelau dans l'Indo-Chine française.

Il est assez commun dans le delta du Tonkin et de petits foyers sont disséminés tout le long de la côte d'Annam.

En Cochinchine, la maladie, si elle existe, est assurément rare; mais elle règne au Cambodge; à Pnom Penh, j'en ai observé plusieurs cas dans la prison du roi Norodom.

Au Laos, sur les rives de Mékong et de ses affluents, j'ai partout observé des cas disséminés de tokelau.

Cette dermatose existe probablement aussi dans le Laos siamois. A Bangkok, capitale du Siam, j'en ai recueilli plusieurs observations.

Dans le Haut-Tonkin, sur la rivière Noire, sur le cours supérieur du fleuve Rouge jusqu'à Man Hao, bourgade située dans la province chinoise du Yunnan, à cinq journées au delà de la frontière du Tonkin, la tinea s'observe sous forme de cas isolés.

Mais au delà du Man Hao, sur la voie qui mène du Tonkin en Birmanie, je n'en ai jamais relevé l'existence.

intéressé, se soulève légèrement et prend une teinte brune. La tache ainsi formée, ayant environ six millimètres de diamètre, s'efface au centre, tandis qu'elle se couvre d'écailles sur toute sa périphérie. Le cercle squameux progresse excentriquement et circonscrit bientôt une large surface. Alors appa-

rait, au point même où s'était montrée la tache initiale, une seconde tache brune, qui évolue absolument comme la première; tandis que le deuxième anneau écailleux se forme, le premier continue de s'étendre; ainsi se dessinent deux anneaux squameux concentriques; en leur centre apparaît, à son tour, une troisième tache qui forme un troisième cercle, et ainsi de suite, jusqu'à ce que toute la surface du corps soit couverte par un ou plusieurs systèmes d'anneaux squameux concentriques (Fig. 91).

Ainsi constitué, l'élément caractéristique du tokelau est une cocarde formée

par une série de collerettes concentriques de nuance claire, qui alternent avec des anneaux de couleur sombre. Ces anneaux se succèdent avec une telle régularité qu'on les croirait tracés artificiellement; ils imitent assez bien les rides que produit la chute d'une pierre dans un liquide.

La base d'implantation des écailles épidermiques est soulignée par un liséré érythémateux qui, en divers points, fait place à une ligne cruentée, en coup d'ongle, comme cela s'observe dans certaines formes d'eczéma séborrhéique. Toutes les écailles d'un même système ont leur extrémité centrale libre et soulevée, tandis que leur bord périphérique adhère au tégument; elles regardent ainsi, par leur face profondé, le centre du cercle auquel elles appartiennent.



FIG. 91. — Indigène des îles Fidji atteint de tokelau. (Figure empruntée à la monographie de BONNAFY, *Le tokelau et son parasite*. Paris, 1895. A. Doin, éditeur.)