

l'ongle lors du grattage des téguments recouverts de favus, il peut servir à son tour à transmettre la maladie à des portions de peau encore indemnes. Cependant il peut exister indépendamment de toute autre localisation favique. Fabry l'a observé aux ongles des orteils.

L'ongle atteint de favus prend un aspect irrégulier, parfois rocailleux; il présente une série de renflements et de nodosités et des taches d'un jaune soufre ou d'un jaune mais qu'on aperçoit à travers les couches unguéales: il est soulevé en totalité plutôt qu'épaissi; d'autres fois, il est épaissi et prend l'aspect de la moelle de jonc; il peut être déraciné et relevé sur ses bords.

L'examen microscopique peut seul permettre de reconnaître la nature de ces lésions et encore l'achorion est-il, au niveau des ongles, difficile à distinguer du trichophyton, de sorte que le **diagnostic** repose surtout sur les antécédents ou sur la coexistence d'autres lésions manifestement faviques ou trichophytiques et mieux encore sur le résultat des cultures.

Le **traitement** consiste dans l'ablation de l'ongle malade, ou dans son grattage avec une lame de verre, après ramollissement par des cataplasmes ou des emplâtres; après ce traitement préparatoire, on fera des enveloppements avec des compresses imbibées d'une solution de sublimé au 500<sup>e</sup> ou même au 200<sup>e</sup>.

## III

## PITYRIASIS VERSICOLORE

**Définition.** — On donne le nom de pityriasis versicolore à une affection caractérisée par le développement de taches jaunes ou fauves, occupant de préférence le tronc et dues à la germination dans l'épiderme d'un champignon parasite, le *microsporon furfur*, découvert par Eichstedt en 1846.

**Description clinique.** — Les taches de pityriasis peuvent être de dimensions variées: tantôt très petites, punctiformes, tantôt plus larges et arrondies, ou plus rarement sous forme d'anneaux, elles se réunissent le plus souvent en lacs irréguliers plus ou moins étendus à contours géographiques au voisinage desquels persistent des taches isolées. Leur coloration varie du jaune paille au brun café au lait en passant par les teintes jaunes rosées, et offre de grandes diversités suivant les sujets, suivant les points considérés, suivant que la peau sous-jacente est ou non congestionnée. Dans le courant même d'un examen, elle se modifie en raison des modifications que subit la vascularisation de la peau.

Ces taches semblent de niveau avec la peau adjacente; cependant lorsqu'on les examine obliquement, on les voit faire une saillie très légère et uniforme, leur surface est lisse, ou légèrement farineuse. Jamais elles ne sont naturellement squameuses; mais, lorsqu'on cherche à les écailler avec l'ongle en les grattant un peu brusquement, on en détache facilement un lambeau mince et mollasse qui laisse au-dessous de lui une surface brillante comme vernissée, non saignante. Le signe du *coup d'ongle* a une valeur presque pathognomonique; il faut savoir cependant que, sur des lésions déjà anciennes ou chez des sujets qui ont pris récemment des bains répétés, on peut avoir quelques difficultés à le mettre en évidence.

Les taches peuvent siéger sur toute la surface de la peau, sauf la main et le pied; mais elles occupent presque exclusivement les régions couvertes; leur siège d'élection est le tronc, particulièrement les régions sus-mammaire, inter-mammaire, scapulaire et interscapulaire, où elles sont disposées avec une certaine régularité et une certaine symétrie; leur disposition rappelle la forme des vêtements de flanelle en contact avec la peau; elle rappelle aussi la topographie des régions où la sécrétion grasse de la peau atteint son maximum, telle que l'a établie Arnozan (1). Le siège des lésions a une grande valeur au point de vue du diagnostic du pityriasis versicolore.

S'accompagnant d'un prurit léger ou nul, ne déterminant aucune lésion profonde de la peau, le pityriasis versicolore est une affection essentiellement persistante; une fois développée, elle se reproduit pendant des années: une guérison apparente, sous l'influence de divers agents externes, est suivie tôt ou tard de la réapparition de lésions semblables, par suite de la persistance de spores parasitaires au niveau de l'infundibulum pileaire où les agents thérapeutiques ne les atteignent pas. Abandonnée à elle-même, l'affection persiste indéfiniment dans les mêmes régions et tend, en outre, à envahir des régions de plus en plus étendues; plus rarement, elle disparaît spontanément.

**Description du parasite.** — Le *microsporon furfur* est facile à déceler: il occupe les couches cornées de l'épiderme, et pénètre peu dans le corps muqueux, de sorte qu'il suffit, pour constater sa présence, d'enlever, soit avec l'ongle, soit au moyen d'un canif, une squame au niveau des taches pityriasiques et de la porter sous le microscope après l'avoir simplement traitée par une solution de potasse à 40 pour 100, ou mieux après l'avoir, en outre, colorée à l'éosine, au violet de Paris ou à la thionine phéniquée. Sur la préparation écrasée avec une lamelle couvre-objet, on voit très facilement sans autre préparation des grappes ou des amas de spores reliés entre eux par des tubes. Les amas sont situés dans des fentes ou des loges résultant de la dissociation des cellules épidermiques. Les spores, dont le volume varie dans un même amas de 2 à 7  $\mu$ , sont arrondies ou aplaties, et rappellent un peu l'aspect des globules sanguins; leur centre est occupé par un noyau volumineux et arrondi, enveloppé d'une très mince couche de protoplasma granuleux contenue dans une enveloppe cellulosique. Les tubes sont courts, peu flexueux, ou contournés en V, peu ramifiés, le plus souvent libres, isolés ou placés bout à bout; on y trouve des noyaux correspondant à chaque cellule, semblables à ceux des spores et entourés d'une quantité de protoplasma ordinairement plus considérable que dans les spores (F. Balzer) (2).

Les poils ne sont jamais envahis par le parasite: celui-ci s'arrête au fond de l'infundibulum pileaire.

Le *microsporon furfur* est individualisé par les caractères morphologiques de ses spores et de ses tubes et leur disposition en grappes ou en amas. Grawitz a soutenu que ce parasite était identique au trichophyton, à l'achorion, au parasite du muguet, à l'oidium lactis, au mycoderma vini; mais cette opinion n'a pas eu d'autres défenseurs.

Le nom de *microsporon* qui a été donné à ce parasite a trait uniquement

(1) ARNOZAN, De la répartition des sécrétions grasses normales à la surface de la peau. *Annales de Dermatologie*, 1892, p. 1.

(2) F. BALZER, Sur l'histologie des dermatophytes. *Archives de physiol.*, 1885, t. II, p. 466.

aux caractères de la spore dans l'épiderme, mais n'implique aucune parenté botanique avec le *microsporon* Audouini de la teigne tondante.

La culture de ce champignon a été tentée sans succès par de nombreux observateurs. Spietschka (1) est parvenu à obtenir sur milieux glycélinés la culture d'un parasite qui se présentait avec les mêmes caractères dans les 12 cas dont il a fait l'étude expérimentale.

**Étiologie.** — H. Köbner a montré que le parasite du pityriasis versicolore peut être transmis aux animaux par inoculation et que l'incubation est toujours prolongée (environ quatre semaines). La clinique démontre que la contagion existe, mais n'est pas fatale, même après un contact prolongé.

Il y a, en effet, comme pour tous les parasites, des conditions individuelles propres à certains sujets, qui en facilitent la germination. Le pityriasis versicolore s'observe surtout, d'une part, chez les tuberculeux, et, d'autre part, chez les sujets rentrant dans la classe des arthritiques nerveux et gras. Les troubles de la sécrétion sébacée, engendrés par l'arthritisme, par les affections gastro-intestinales, favorisés par des causes locales, telles que le port continu du gilet de flanelle, jouent un rôle important dans le développement et la persistance du pityriasis versicolore : sa topographie habituelle le prouve suffisamment.

L'âge joue également un rôle, car le pityriasis ne s'observe qu'exceptionnellement avant ou après l'âge adulte.

**Diagnostic.** — L'aspect et la coloration des taches, le signe du coup d'ongle et, au cas où on conserverait quelque doute, les résultats de l'examen microscopique très aisé des squames permettent toujours de faire facilement le diagnostic du pityriasis versicolore. L'affection risque cependant d'être méconnue, soit parce que le malade est examiné dans des conditions déficientes d'éclairage, soit surtout parce qu'en présence de formes quelque peu anormales, et surtout de lésions peu étendues, on ne pense pas à elle et qu'on néglige d'en rechercher les signes caractéristiques.

Les *hyperchromies* consécutives à l'application de vésicatoires, celles de la grossesse et de la syphilis, etc., en diffèrent par leur coloration d'un brun plus foncé et plus uniforme et par leur disposition ou leur siège (la face dans le masque de la grossesse, le cou pour la syphilide pigmentaire), autres que ceux du pityriasis.

Les *roséoles*, et en particulier la roséole syphilitique, peuvent être simulées par le pityriasis versicolore ; mais celui-ci a toujours, au moins par places, une teinte jaune ou brunâtre, ses éléments sont moins réguliers de forme, moins uniformes de coloration et ordinairement plus cohérents que ceux de la roséole.

Le *pityriasis rosé* a une marche cyclique, une disposition régulière sur le thorax ; ses éléments sont de dimensions variées, un grand nombre affectent une forme circulaire ou en médaillon qui est rare dans le pityriasis versicolore ; au centre de ces médaillons, l'épiderme a un aspect plissé caractéristique.

L'*érythrasma* est localisé aux plis inguinaux et axillaires, ses éléments sont plus larges, réunis en placards continus, d'une coloration brune plus rouge que ceux du pityriasis.

L'*eczéma séborrhéique des régions médianes du thorax* a des localisations plus

(1) SPIETSCHKA, Untersuchungen über das *Microsporon furfur*. *Arch. f. Dermat.* t. XXXVII, p. 65.

strictes que le pityriasis ; ses éléments sont régulièrement arrondis, bordés par une zone rouge plus foncée, régulièrement incisée en dehors.

**Traitement.** — Le siège du parasite dans les couches les plus superficielles de l'épiderme permet de déterminer sa chute par l'emploi des substances qui amènent une exfoliation épidermique rapide : mais, d'autre part, la persistance du parasite au niveau de l'infundibulum pileaire permet sa repullulation après guérison apparente.

Les badigeonnages de teinture d'iode, mais mieux encore les frictions de savon mou de potasse (savon noir), de savons à l'ichthyol, au naphthol, au soufre, au goudron ou à la pierre ponce, sont les meilleurs procédés d'exfoliation épidermique. On y joindra les applications de pommade soufrée au 10<sup>e</sup>, additionnée de 1 pour 100 d'acide salicylique, les applications de pommade au turbith, et les bains sulfureux répétés pendant plusieurs semaines après la guérison apparente.

On fera désinfecter les vêtements portés par les malades et on ne négligera pas les traitements internes nécessités par l'état constitutionnel des malades et les troubles digestifs.

## IV

## ÉRYTHRASMA

**Définition.** — On donne le nom d'*érythrasma* à une affection occupant le plus ordinairement les régions inguinales, constituée par des placards rouges ou bruns et due à la présence d'un parasite spécial, le *microsporon minutissimum*.

**Description clinique.** — Ne donnant lieu à aucun prurit ou seulement à une démangeaison insignifiante, l'*érythrasma* est découvert le plus souvent par hasard, à l'occasion d'une affection différente. Il se présente sous la forme de placards variant de l'étendue d'une pièce de 5 francs à celle de la paume de la main, à contours nets, mais déchiquetés et incisés irrégulièrement, environnés de petits îlots disséminés, arrondis, qui se réunissent aux placards principaux pour accroître leurs dimensions ; la coloration des placards et des îlots est rougeâtre ou brun terne ou café au lait, comme saupoudrée de farine ; l'épiderme est souvent finement plissé, et donne au toucher une sensation onctueuse.

Les placards d'*érythrasma* siègent le plus souvent dans les régions inguino-crurales, où ils occupent sur une égale étendue les deux surfaces cutanées adossées ; on les voit encore aux creux poplités, aux creux axillaires, aux plis des coudes, en un mot dans tous les plis de flexion, plus rarement sur les segments intermédiaires des membres, jamais sur les régions découvertes.

Persistant pendant des années, ils semblent ne jamais disparaître spontanément ; parfois ils présentent pendant un certain temps une marche aiguë et des caractères inflammatoires plus prononcés.

**Description du parasite.** — Sur des squames détachées par le grattage

et colorées soit au violet d'aniline ou de gentiane, soit à l'éosine à l'alcool, le *microsporon minutissimum* est constitué par des tubes longs et flexueux, rarement ramifiés, mais contournés et enchevêtrés de façon à former un véritable feutrage; les tubes ne sont pas continus, mais divisés en segments placés bout à bout et séparés par un espace clair; ils sont quelquefois moniliformes; de nombreux amas de spores très fines et un peu inégales sont mêlés au mycélium.

Le microsporon siège uniquement dans la couche cornée de l'épiderme.

Ce parasite, décrit par Burchardt, v. Bærensprung, Köbner, Balzer, comme propre à l'érythrasma, a été rencontré sur la peau saine et considéré par Bizzozzero comme un parasite normal. Balzer et Dubreuilh<sup>(1)</sup>, qui ont constaté, sur la peau, en l'absence de lésions de l'érythrasma, au moyen de l'examen microscopique, la présence d'un parasite semblable au microsporon minutissimum, font remarquer que jamais ce parasite n'est aussi abondant qu'au niveau des placards d'érythrasma: aussi est-il difficile de contester son rôle dans la production de cette affection. Ducrey et Reale<sup>(2)</sup> ont obtenu, sur des milieux très nombreux et en particulier sur la pomme de terre, des cultures pures de microsporon dont l'inoculation à l'homme a donné des résultats positifs. Les cultures leur ont permis de distinguer 3 variétés différentes de microsporon, mais ils n'ont pu déterminer s'il s'agissait de variétés fixes ou de faits de pléomorphisme.

**Étiologie.** — L'érythrasma est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme; il s'observe surtout chez les sujets gras et presque exclusivement chez ceux qui ont dépassé 50 à 55 ans.

**Diagnostic.** — L'érythème intertrigo diffère de l'érythrasma par sa rougeur plus vive, son humidité, le prurit souvent très vif qui l'accompagne.

L'eczéma s'accompagne également d'une exsudation liquide, ses placards ne sont pas plissés; ses éléments sont vésiculeux; sa ténacité est moindre que celle de l'érythrasma, il y a presque toujours du prurit à un degré quelconque.

Les *trichophyties*, avec lesquelles quelques auteurs confondent encore aujourd'hui l'érythrasma, ont une évolution plus rapide, les cercles sont plus larges, légèrement vésiculeux à leur périphérie, leur centre n'a pas la coloration brune et l'apparence plissée de l'érythrasma; l'examen microscopique permettrait la différenciation des deux affections dans les cas douteux.

**Traitement.** — Les applications de teinture d'iode, de pommades soufrées et salicylées, les frictions avec du savon noir, sont les moyens les plus efficaces contre l'érythrasma, de même que contre le pityriasis versicolore; leur usage doit être longtemps prolongé en raison des récives faciles de la maladie. Le malade doit éviter le contact des vêtements de laine et, après guérison, faire désinfecter ses vêtements.

<sup>(1)</sup> BALZER et DUBREUILH, Observations et recherches sur l'érythrasma et les parasites de la peau à l'état normal; *Annales de Derm.* 1884, p. 517 et 661.

<sup>(2)</sup> DUCREY et REALE. Contribuzione allo studio dell'erythrasma, ricerche cliniche e sperimentali. Naples, 1895.

### CHAPITRE III

#### DERMATOSES PRODUITES PAR DES PARASITES MICROBIENS

La série des dermatoses d'origine microbienne comprend un grand nombre d'affections très diverses. Elle pourrait englober la grande partie de la dermatologie, si l'on y comprenait toutes les affections dans lesquelles le rôle des agents microbiens est, à l'heure actuelle, établi ou supposé, à titre primordial ou accessoire. Nous n'y rangerons que les affections dont la nature microbienne est actuellement démontrée et dans lesquelles les micro-organismes jouent le rôle principal. Nous renvoyons aux chapitres consacrés aux affections des glandes cutanées la description de celles des infections qui ont un siège exclusivement glandulaire.

Les seules dermatoses dont il sera question dans le présent chapitre sont la tuberculose, la lèpre, l'impétigo, l'ecthyma.

#### I

##### TUBERCULOSE CUTANÉE

Le bacille de Koch détermine, par son action sur les téguments, des lésions dont la plupart étaient autrefois rangées dans le cadre de la scrofule et constituaient une grande partie des scrofulides graves.

Ces lésions présentent comme caractères communs leur longue persistance, leur tendance fréquente à l'ulcération, leur coïncidence habituelle avec des altérations tuberculeuses des viscères qui peuvent, soit précéder les lésions cutanées, soit leur succéder à plus ou moins longue échéance.

Toutes offrent au microscope les caractères génériques des lésions tuberculeuses. Toutes également ont ce caractère — qui les éloigne de la plupart des tuberculoses viscérales, et les rapproche des autres tuberculoses dites externes ou chirurgicales, rangées avec elles dans les manifestations de la scrofule — d'être peu riches en bacilles tuberculeux et de posséder une virulence très faible ou atténuée: il semble que le tégument externe, en raison de sa température peut-être, constitue pour le bacille de Koch un médiocre terrain de culture qui diminue sa virulence.

Les diverses localisations cutanées de la tuberculose présentent, dans leurs caractères extérieurs et dans leur évolution, des différences trop considérables pour pouvoir être décrites dans un seul paragraphe.

En outre, à côté des lésions produites par le bacille de Koch et auxquelles convient le nom de *tuberculoses cutanées*, certaines dermatoses méritent le nom générique de *tuberculides*, proposé par Darier pour une de leurs variétés. Ces dermatoses présentent avec la tuberculose des relations manifestes affirmées par la clinique qui en montre le développement exclusivement ou à peu près exclusivement chez des sujets porteurs de foyers tuberculeux, et cependant