

**Marche.** — Les poussées qui constituent le strophulus durent pendant plusieurs jours; elles peuvent se reproduire, à intervalles variables, pendant plusieurs mois.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions du strophulus sont constituées par un œdème aigu inflammatoire du corps papillaire et de l'épiderme, avec vésiculation au centre de la lésion et dégénérescence colloïde des cellules épidermiques sous-jacentes à la vésicule (Darier).

**Étiologie.** — Le strophulus peut se développer à l'âge adulte : c'est surtout à l'affection observée chez l'adulte qu'on a donné le nom de prurigo simplex.

Le plus souvent, il se rencontre chez l'enfant, plus exactement dans la première enfance et au moment de l'éruption dentaire, d'où le nom de « feux de dents » sous lequel il est connu vulgairement et celui de « Zahnpocken » (variole de dentition), qui lui a été donné en Allemagne.

Cependant, sa cause réelle ne réside pas dans l'éruption des dents et dans l'état nerveux qui accompagne ordinairement celle-ci, mais bien dans les troubles digestifs résultant d'une alimentation défectueuse (tétées irrégulières, trop abondantes, ou trop rapprochées, lait de mauvaise qualité, alimentation azotée trop précoce, usage de boissons alcooliques, etc.), et se traduisant par de la dilatation de l'estomac et de l'intestin, des garde-robes fétides, de la constipation ou de la diarrhée.

Le strophulus est, en somme, chez l'adulte et chez l'enfant, le résultat d'une auto-intoxication d'origine digestive, auto-intoxication, qui, chez l'enfant, est exagérée parfois et rendue plus nocive par l'évolution dentaire.

Il se montre plus souvent pendant la saison chaude qu'en hiver.

**Diagnostic.** — Le strophulus est facile à distinguer des divers *prurits parasitaires* (gale, moustiques, punaises, etc.), qui ne présentent ni la même topographie, ni la même marche par accès à reproduction nocturne, ni le même aspect extérieur.

L'*urticaire* est constituée par des éléments saillants plus larges, blancs au centre, non vésiculeux, disparaissant plus rapidement sans laisser de croûte à leur centre. Elle ne présente pas aussi régulièrement que le strophulus d'exaspérations nocturnes.

Le *prurigo de Hebra* est parfois difficile à distinguer du strophulus et, pour certains auteurs, celui-ci en constitue une forme atténuée ou de début. Cependant, il a une durée plus longue, une marche plus lente, il ne présente pas d'accès à début subit, à exaspérations nocturnes; les éléments sont moins érythémateux que ceux du strophulus. Lorsque l'affection dure depuis quelques mois, le prurigo de Hebra laisse des marques de son existence qui ne permettent plus la confusion avec une affection à évolution aussi rapide que le strophulus.

**Traitement.** — Le traitement général du strophulus doit avoir pour objectif de combattre les troubles digestifs qui le provoquent. Les tétées ou les prises de biberon seront régularisées et espacées convenablement, suivant l'âge de l'enfant; le lait sera stérilisé si l'enfant n'est pas au sein; on supprimera passagèrement tous les aliments autres que le lait et on ne reprendra plus tard

qu'avec précaution l'usage des aliments d'abord farineux puis azotés; on assurera l'antisepsie intestinale par le benzo-naphtol, les laxatifs répétés, mieux encore les irrigations intestinales quotidiennes.

Chez l'adulte, on surveillera également les troubles digestifs.

Quant au traitement local, il consistera en lotions vinaigrées ou phéniquées très faibles, en applications de pâte mentholée (menthol 0<sup>gr</sup>,25 ou 0<sup>gr</sup>,50, amidon et oxyde de zinc à 25 grammes, vaseline 50 grammes). Les bains ne seront donnés qu'avec précaution, et toujours additionnés d'amidon ou de gélatine, car leurs effets sont incertains et souvent nuisibles.

## III

## LES DERMATOSES SQUAMEUSES

Nous décrirons dans ce groupe les pityriasis, le psoriasis et les érythrodermies exfoliantes.

## LES PITYRIASIS

On désigne sous le nom de pityriasis (πύτυρον, son) une série d'affections caractérisées par la présence d'une desquamation fine et mince.

Ce groupe est beaucoup moins étendu qu'autrefois, depuis qu'on en a distrait, pour les rattacher à l'eczéma sec, la plupart des cas compris auparavant sous le nom de pityriasis simple, et pour le rapporter à la séborrhée, le pityriasis du cuir chevelu.

On range encore actuellement parmi les pityriasis :

1° Le pityriasis versicolore, affection parasitaire, produite par un dermatophyte, qui a été étudiée précédemment.

2° Le pityriasis circiné de E. Vidal, affection due à la présence d'un champignon spécial, le microsporion anomœon, et constituée par de petites taches circinées, rosées, à peine saillantes, légèrement squameuses, occupant le tronc, les bras ou les cuisses, évoluant lentement et atteignant la largeur d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc, isolées ou confluentes, et formant alors des plaques plus ou moins étendues. Cette affection est rare et ne comporte pas dans cet ouvrage une description plus étendue.

3° Le pityriasis rubra, qui constitue un groupe encore incomplètement connu d'affections rares caractérisées par la présence de squames développées sur un fond de rougeur généralisée et à évolution lente; leur étude sera faite plus loin sous le nom d'érythrodermies exfoliantes.

4° Le pityriasis rosé de Gibert.

5° Le pityriasis rubra pilaire.

Ces deux dernières affections méritent ici une description spéciale.

## PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

**Définition.** — Gibert a décrit sous le nom de pityriasis rosé une affection cutanée caractérisée par le développement sur le tronc et sur les membres

d'éléments arrondis, rouges, squameux à leur partie centrale, à progression excentrique, affection évoluant d'une manière cyclique et aboutissant constamment à la guérison.

Quelques auteurs ont proposé pour le pityriasis rosé le nom de roséole squameuse <sup>(1)</sup> : cette dénomination est fâcheuse et doit être rejetée complètement, car elle risque de faciliter la confusion déjà trop souvent faite de cette affection avec la roséole syphilitique.

**Description clinique.** — Une légère saillie papuleuse, régulièrement arrondie, d'abord miliaire, puis s'élargissant rapidement jusqu'à atteindre le diamètre d'un pois, de coloration rosée, et s'effaçant presque complètement par la pression, constitue la lésion initiale du pityriasis rosé. Ces éléments s'étendent par leur périphérie, en conservant leur forme arrondie ou en devenant ovalaires. Quand l'élément s'élargit, le bord périphérique reste légèrement saillant et conserve sa coloration rosée, le centre devient plus pâle et prend souvent une couleur chamois ou bistre. En outre, et c'est là la caractéristique la plus importante de l'affection, l'épiderme prend au centre un aspect brillant et se plisse très légèrement ; ce dernier signe n'est souvent apparent que sur un petit nombre d'éléments, mais on le met facilement en évidence en exerçant une légère traction sur la peau à 1 ou 2 centimètres de distance du bord de l'élément. Sur les éléments les plus anciens, on voit souvent une très légère desquamation, formée d'une lamelle épidermique mince, blanche, à peine soulevée sur ses bords, à contours arrondis ou un peu festonnés. Les éléments peuvent atteindre 15 à 25 millimètres de diamètre et plus, et rester isolés les uns des autres, constituant ainsi, suivant la comparaison de Fournier, des médaillons ronds ou ovalaires. Souvent ils se réunissent en surfaces de forme irrégulière, à contours sinueux et polycycliques.

Lorsqu'ils ont duré un certain temps, ces éléments s'affaissent, laissant après eux une légère desquamation, puis disparaissent entièrement.

L'affection évoluant sous forme de poussées successives qui se succèdent à court intervalle, les saillies papuleuses, les éléments circinés et les médaillons sont associés sur une même région, constituant dans leur ensemble une éruption polymorphe. Au milieu de ces éléments ou en une autre région, spécialement à la partie moyenne du dos ou à la fesse, on distingue ordinairement une plaque plus large pouvant atteindre jusqu'à la dimension d'une pièce de 5 francs, qui a précédé les autres de 8 à 10 jours. Brocq lui donne le nom de plaque primitive.

L'éruption s'accompagne d'un prurit léger, souvent à peu près nul, parfois cependant assez accusé chez les sujets alcooliques ou nerveux.

Sous l'influence d'irritations externes, du grattage par exemple, mais surtout de traitements intempestifs, tels que les applications de pommade soufrée ou l'emploi des bains sulfureux, les caractères des lésions peuvent se modifier : la rougeur devient plus intense, particulièrement sur la bordure, la desquamation est plus accusée, il se produit parfois quelques soulèvements vésiculeux éphémères ; leur rupture sous l'action des grattages laisse des excoriations ou des croûtelles brunâtres ; en un mot, les lésions ont pris l'aspect eczémateux.

Le pityriasis rosé a pour siège de prédilection ou mieux pour siège initial

(1) MOINGEARD, Étude sur le pityriasis rosé de Gibert. Thèse de Paris, 1838-1839. (Bibliographie étendue.)

habituel la partie supérieure du thorax en avant et en arrière : c'est dans cette région que ses éléments sont le plus développés et le plus caractéristiques ; de là, il s'étend de haut en bas sur le thorax et en même temps sur les membres supérieurs, qu'il envahit également de haut en bas, atteint l'abdomen et les membres inférieurs. Cependant, il n'est pas exceptionnel de voir le pityriasis rosé débiter par la partie inférieure du tronc, parfois même être exclusivement localisé aux membres. Il est tout à fait exceptionnel de voir le visage atteint : la limite supérieure de l'éruption est presque toujours la partie inférieure de la région sous-maxillaire. La progression se fait par le développement d'éléments nouveaux, sous forme de poussées subintrantes qui se continuent généralement pendant 5 à 6 semaines.

La durée totale de la maladie non traitée varie entre 15 jours et 2 mois ; exceptionnellement, des poussées successives nombreuses la prolongent et Hallopeau cite un cas où elle aurait persisté pendant 4 ans.

**Étiologie.** — Le pityriasis rosé s'observe presque toujours chez des sujets jeunes, de 20 à 50 ans, surtout chez ceux dont la peau est fine et délicate. Jacquet et Feulard l'ont vu coïncider avec la dilatation de l'estomac.

La coïncidence du pityriasis rosé avec des manifestations de syphilis secondaires, voire même avec une roséole syphilitique, a été relevée trop souvent et dans des conditions où le double diagnostic est incontestable, comme dans les cas de Feulard <sup>(1)</sup>, pour ne pas être mentionnée, bien qu'elle ne soit pas explicable.

Cette affection est plus fréquente au printemps que dans les autres saisons. Elle ne récidive jamais (Thibierge, Besnier).

**Diagnostic.** — Le pityriasis rosé présente, en raison de sa généralisation, de la forme et de la coloration de ses éléments, une grande analogie avec la *roséole syphilitique*, avec laquelle il est souvent confondu. Il en diffère cependant par sa prédominance très marquée à la partie supérieure du tronc, surtout par l'aspect plissé de la zone centrale de ses éléments, enfin par l'absence de tout autre manifestation syphilitique. En raison de la coïncidence assez fréquemment relevée des deux affections, la présence de manifestations syphilitiques ne peut cependant suffire à faire rejeter le diagnostic de pityriasis rosé, lorsque les caractères de celui-ci sont nets. Dans les cas douteux, l'évolution spontanée vers la guérison ferait reconnaître ce dernier.

Certaines formes d'*eczéma séborrhéique* peuvent simuler le pityriasis rosé, mais s'en distinguent par la localisation sur la région médiane du thorax en avant et en arrière, par la présence sur le bord des placards de petites vésicules très fines ou d'incisures consécutives à des vésicules, par l'apparence humide de l'éruption en quelques points, par la séborrhée concomitante du cuir chevelu, par la longue durée de l'éruption et par la fréquence des récidives.

La confusion avec un *eczéma* est facile lorsque le pityriasis rosé, irrité par une cause externe, a subi, sur la totalité ou sur une partie de ses éléments, la transformation eczémateuse. Cependant, même alors, le diagnostic pourra être présumé, sinon affirmé, lorsqu'on constatera des lésions sur les parties latérales du thorax aussi bien que sur sa partie médiane, lorsque ces lésions seront de dimensions très variables et qu'un examen attentif fera reconnaître sur quel-

(1) H. FEULARD, Roséole syphilitique et pityriasis rosé. *Bulletin de la Soc. franç. de dermat.*, 1891, p. 96

ques-unes d'entre elles la présence d'un léger plissement épidermique. La disparition rapide des lésions d'eczématisation secondaire sous l'influence de bains d'amidon, puis la guérison également rapide de l'éruption dans son entier feront écarter définitivement l'idée d'un eczéma.

La *trichophytie généralisée* n'a pas l'extension que présente le pityriasis rosé, elle n'en a pas la symétrie, la prédilection pour les parties supérieures du thorax; ses cercles sont entourés d'une zone de soulèvements épidermiques vésiculeux, ils évoluent plus rapidement et atteignent des dimensions plus considérables que les éléments du pityriasis rosé; à l'examen microscopique des poils follets enlevés sur les parties atteintes par l'éruption, on peut reconnaître la présence de spores de trichophyton.

Le *pityriasis marginé* de E. Vidal, affection très rare, dont l'autonomie est très discutée, évolue plus lentement, sans régularité, ni symétrie; on y peut, d'après Vidal, constater un parasite spécial, le microsporon anomœon.

Le *pityriasis versicolore* forme sur le thorax des taches de coloration variée, se rapprochant plus ou moins de la nuance café au lait; il dure des mois et des années; avec l'ongle, on détache une squame mince caractéristique.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions du pityriasis rosé, qui ont été étudiées par Darier, consistent en une infiltration diffuse mais discrète de cellules migratrices dans la partie superficielle du derme, où elles s'accumulent surtout autour des vaisseaux; la couche cornée de l'épiderme est épaissie; la couche granuleuse et le corps muqueux ne sont pas altérés. Unna fait remarquer l'analogie de ces lésions avec celles de l'eczéma séborrhéique en placards.

On ne constate pas de parasites constants dans les squames ni dans les poils des régions envahies: les seuls parasites qu'on y rencontre sont des microbes banaux qui existent même sur l'épiderme sain. Il n'y a pas de spores semblables à celles du trichophyton (Balzer, Darier, Jacquet). Oro et Mosca<sup>(1)</sup> ont recherché ces parasites dans onze cas sans pouvoir les découvrir; ils n'ont pu y reconnaître que des micro-organismes sans aucune valeur pathogène. De même, Unna n'a pas trouvé dans les squames de micro-organismes colorables, en particulier il n'a pu y déceler la présence des morocoques auxquels il attribue le développement de l'eczéma.

**Nature.** — Hebra et Kaposi, sous le nom d'herpes tonsurans maculosus, font du pityriasis rosé une forme de trichophytie: l'absence de spores de trichophyton ne permet pas de soutenir cette opinion.

La marche cyclique et régulière de l'affection, le siège en certaines régions de prédilection semblent d'ailleurs écarter l'idée d'une dermatose parasitaire de cause externe, bien que la forme arrondie des éléments et leur progression centrifuge en éveillent l'idée et que le début par une plaque primitive suivie de l'extension de l'éruption s'explique bien dans cette hypothèse.

L'âge des sujets atteints, l'évolution régulière de l'affection, l'absence de récurrences la rapprochent au contraire des fièvres éruptives: Bazin en faisait un pseudo-exanthème. Il est vraisemblable qu'il s'agit d'une maladie infectieuse. Il est vrai que sa contagion n'est pas prouvée, quoique la maladie s'observe avec une plus grande fréquence en certaines saisons et que Horand et R. Crocker en aient vu simultanément plusieurs exemples dans la même famille.

(1) Oro et Mosca, Sulla pityriasis rosea del Gibert. *Commentario clinico delle malattie cutanee*, 1895, p. 118 et 207, 1894, p. 98.

**Traitement.** — L'évolution régulière de la maladie vers la guérison, le peu d'intensité des symptômes fonctionnels contre-indiquent tout traitement actif.

On se gardera de donner des bains sulfureux, de faire appliquer des pommades soufrées ou mercurielles. Les bains alcalins eux-mêmes ne doivent être prescrits qu'avec réserve et toujours à doses faibles.

Des applications de poudres inertes, des lavages avec des solutions phéniquées très faibles ou avec de l'eau additionnée d'une petite quantité d'alcool de menthe, des bains de son additionnés de borate de soude suffisent presque toujours à atténuer le prurit lorsqu'il acquiert quelque intensité.

Si les lésions sont irritées, on prescrira des bains de son ou d'amidon, des applications de pommade à l'oxyde de zinc additionnées de 1 pour 100 d'acide salicylique.

#### PITYRIASIS RUBRA PILAIRE

**Définition.** — Le pityriasis rubra pilaire est une affection chronique de la peau, caractérisée par des productions cornées et squameuses occupant surtout les follicules pilo-sébacés et par une hyperhémie cutanée plus ou moins généralisée.

Cette affection, décrite par Devergie, a surtout été étudiée par E. Besnier<sup>(1)</sup>, qui a inspiré la thèse de Richaud<sup>(2)</sup>, et a fait voir les caractères qui la distinguent des diverses autres affections squameuses et des érythrodermies. Elle a été comprise par Hebra dans le lichen ruber et décrite par Kaposi sous le nom de lichen ruber acuminatus; l'identité du lichen ruber acuminatus de Kaposi et du pityriasis rubra pilaire et l'impossibilité de lui maintenir la dénomination de lichen sont ressorties nettement des discussions du Congrès international de dermatologie de Paris de 1889.

**Description.** — Les productions cornées qui caractérisent le pityriasis rubra pilaire sont constituées par des cônes, de dimensions variées, ne dépassant guère 1 millimètre de large, saillants, généralement tronqués à leur sommet, sur lequel on voit une dépression centrée par un poil souvent cassé à son émergence. La consistance de ces cônes est dure, cornée; réunis en nombre sur une région, ils donnent la sensation d'une râpe. Lorsqu'on les arrache, on constate qu'ils s'enfoncent dans l'épiderme; la partie profonde est également conique, sa base se confondant avec celle de la portion saillante; en extirpant le cône, on extirpe souvent le poil qui le centre, ou on le met en évidence s'il était caché par le cône.

La peau sur laquelle reposent ces cônes est de coloration normale ou rouge.

Les cônes circumpilaires peuvent se rencontrer dans toutes les régions où existent des poils à l'exception du cuir chevelu; ils se développent sur le tronc comme sur les membres; mais c'est à la face dorsale des doigts, au niveau des bouquets de poils qui occupent les premières et deuxième phalanges, qu'ils revêtent leurs caractères les plus accentués, et qu'ils sont le mieux limités: c'est en ces points qu'il faut les rechercher dans tous les cas douteux.

Sur les membres et sur le tronc, les cônes péripilaires peuvent avoir l'aspect qui vient d'être décrit, mais ils sont généralement moins saillants, moins nets,

(1) E. BESNIER, Observations pour servir à l'histoire clinique du pityriasis rubra pilaire. *Annales de dermat.*, 1889, p. 255, 598 et 485.

(2) RICHAUD, Étude sur le pityriasis pilaris. Thèse de Paris, 1877.

ils sont souvent représentés par des saillies blanches, ou légèrement grisâtres, opaques, arrondies, ayant plutôt l'aspect de squames que de cônes cornés, reposant sur une surface d'un rouge tantôt intense, tantôt pâle et dont les plis et sillons normaux sont exagérés; sur cette surface rouge, on voit des squames moins épaisses, n'ayant pas de relations apparentes avec les poils. En certains cas, les saillies circumpilaires ne sont plus apparentes, les plaques rouges sont recouvertes de squames d'épaisseur variable, larges, brillantes, ou peu prononcées et qui ne sont mises nettement en évidence que par le grattage avec l'ongle. Lorsqu'on enlève ces squames psoriasiformes en les grattant, on ne fait pas apparaître le piqueté sanguin qui caractérise le psoriasis. D'autres fois, des plaques rouges, d'étendue variable, avec exagération des plis et sillons, représentent seules l'affection sur le tronc et la partie supérieure des membres; ce n'est qu'à la face dorsale des doigts qu'on en trouve les lésions caractéristiques.

A la face palmaire des mains, et à la face plantaire des pieds, les lésions sont toutes différentes et représentées par un épaississement considérable de la couche cornée (hyperkératose), dont la surface est tantôt en desquamation lamellaire, tantôt plane, lisse, jaune rougeâtre.

Au visage, on peut voir des cônes circumpilaires : le plus ordinairement, il y a une desquamation blanc grisâtre, ponctuée ou lamellaire, avec fendillement irrégulier de l'épiderme, reposant sur une rougeur diffuse.

Le cuir chevelu est recouvert de squames tantôt sèches, blanches, farineuses, ou épaisses et plâtreuses, tantôt grasses; les cheveux sont généralement très éclaircis.

Les ongles sont presque toujours altérés à un degré variable, tantôt simplement striés ou irréguliers, tantôt épaissis, moins consistants, ayant l'aspect de la moelle de jonc.

Les lésions cutanées du pityriasis rubra pilaire sont généralement peu ou pas prurigineuses; parfois cependant elles s'accompagnent d'un prurit intense et provoquent le grattage.

Ces lésions sont généralement disposées avec une certaine symétrie; elles peuvent occuper les différentes régions du corps, sans avoir, sauf la localisation sur la face dorsale des doigts, de lieux de prédilection accusée.

**Marche.** — Le pityriasis rubra pilaire débute généralement dans l'enfance ou l'adolescence. Les lésions, limitées au début en une ou plusieurs régions, tendent à gagner des surfaces de plus en plus étendues et à se généraliser, soit d'une façon continue, soit par poussées survenant irrégulièrement.

Au bout d'un temps variant de quelques mois à plusieurs années, les lésions s'atténuent, puis disparaissent; mais de nouvelles poussées se produisent ultérieurement à intervalles variables et irréguliers et avec une intensité également variable. Pendant toute la durée de l'affection, la santé générale reste bonne.

**Étiologie.** — Les conditions étiologiques du pityriasis rubra pilaire sont complètement indéterminées. On sait seulement qu'il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, qu'il n'est pas héréditaire; mais on ne peut le rapporter à un état constitutionnel quelconque, pas plus qu'on ne peut déterminer les causes de ses exacerbations.

Hallepau le rattache à un trouble des fonctions des glandes sébacées.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions anatomiques du pityriasis rubra pilaire consistent en une hyperkératose très prononcée, hyperkératose diffuse, avec persistance de la kératohyaline, modifications peu apparentes de la forme des papilles, infiltration embryonnaire peu accusée de la région papillaire du derme et dilatation vasculaire.

L'hyperkératose, en s'étendant aux orifices et aux entonnoirs folliculaires, produit les lésions caractéristiques de l'affection. Les cônes circumpilaires, que C. Boeck<sup>(1)</sup> a fait provenir de la gaine interne du poil et dont Jacquet<sup>(2)</sup> a montré l'indépendance par rapport au poil, sont constitués par une augmentation d'épaisseur de la couche cornée et de la couche granuleuse, tandis que la couche épineuse est tantôt atrophiée et tantôt hypertrophiée. On voit également des amas cornés à l'orifice des glandes sudoripares. Les glandes sébacées sont généralement atrophiées ou pleines de blocs graisseux.

Ces lésions sont très différentes de celles du psoriasis; celui-ci ne présente pas de localisations folliculaires, la couche granuleuse y disparaît généralement et la forme des papilles est modifiée bien plus profondément.

**Diagnostic.** — Le pityriasis rubra pilaire, en raison de la variabilité de ces aspects cliniques, reste souvent confondu avec les diverses dermatoses squameuses et érythémateuses.

Le psoriasis est l'affection avec laquelle il risque le plus d'être confondu, et cela non seulement parce que les lésions qu'il détermine sont en certains points et à certaines périodes de la maladie très psoriasiformes, mais encore parce que la marche des deux affections présente de grandes analogies. L'étendue considérable des placards, la granité de leur surface, l'absence de saignement à la suite du grattage appartiennent au pityriasis rubra pilaire et non au psoriasis; les lésions circumpilaires si nettes de la face dorsale des phalanges constituent le meilleur caractère différentiel.

Le pityriasis rubra et la dermatite exfoliatrice sont caractérisés par des lésions plus étendues, généralisées, ne laissant indemne aucun territoire cutané, évoluant plus rapidement et s'accompagnant de phénomènes généraux qui font défaut dans le pityriasis rubra pilaire. On n'y trouve de cônes pilaires en aucun point du corps, en particulier sur le dos des phalanges.

Les diverses variétés de lichen ne présentent aucune analogie d'aspect avec le pityriasis rubra pilaire et s'accompagnent de prurit, lequel fait défaut dans cette affection.

La xérodémie pilaire donne lieu à des cônes cornés circumpilaires reposant quelquefois, au visage, sur une nappe érythémateuse; mais ces lésions sont localisées à certaines régions de prédilection (front, face postéro-externe des bras, face externe des cuisses et des jambes), elles n'ont aucune tendance à s'étendre et le grain pilaire qui les constitue est moins gros, moins ferme.

L'ichthyose diffère du pityriasis rubra pilaire par son étendue, l'absence de rougeur, de grain péripilaire, par l'ancienneté des lésions et leur immutabilité.

**Traitement.** — La thérapeutique du pityriasis rubra pilaire est purement symptomatique et externe. Elle se confond avec celle du psoriasis: bains, applications d'huile de cade, d'acide pyrogallique, etc., avec cette réserve que,

(1) BOECK, Ein Fall von Pityriasis pilaris. Monatshefte f. prakt. Dermat. 1889, t. VIII, p. 97.

(2) L. JACQUET, in E. BESNIER. Loco citato.