

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Définition. — On donne le nom de molluscum contagiosum (Bateman), d'acné varioliforme (Bazin), d'épithélioma contagiosum (Neisser) à une affection à marche chronique caractérisée par le développement d'excroissances verruqueuses, facilement énucléables, se transmettant par contagion.

Description clinique. — Au début, les éléments du molluscum sont constitués par de petits corps globuleux déposés dans la peau ou légèrement saillants à sa surface, un peu transparents, assez durs, avec un pertuis central; à mesure qu'ils se développent, ils deviennent plus saillants, s'ombiliquent à leur partie centrale, caractère important qui leur donne une certaine ressemblance avec une pustule de variole à demi desséchée. D'abord acuminés, ils sont plus tard arrondis dans leur partie saillante. Ils restent le plus souvent sessiles; mais, lorsqu'ils atteignent un certain volume, leur base se resserre et leur partie saillante, plus large, se pédiculise. Les éléments les plus volumineux sont souvent lobulés; leur ombilication centrale est représentée par une dépression cratériforme, pouvant atteindre 2 à 5 millimètres de large et bordée d'un bourrelet épidermique.

Les dimensions des éléments du molluscum contagiosum varient de celles d'un grain de mil à celles d'un pois; parfois elles atteignent celles d'une noisette; exceptionnellement elles sont plus considérables et il se forme des tumeurs véritables qu'il devient nécessaire d'enlever au bistouri.

Par la simple pression, les éléments du molluscum s'énucléent facilement: leur orifice central donne issue à une sorte de glomérule blanc, mamelonné, formé d'un certain nombre de lobules allongés, analogues à des grains de millet, brillants à leur surface et un peu translucides, assez durs, friables, réunis à la manière des grains d'une grappe sur une tige commune.

Ce glomérule, de dimension variable suivant le volume de l'élément, est absolument caractéristique du molluscum contagiosum. Lorsque l'élément a atteint un certain volume, la pression donne issue, en même temps qu'au glomérule, à une matière demi-solide ou presque fluide, d'un blanc laiteux et opaque, rappelant l'aspect de la matière sébacée. Après l'expulsion de son contenu, l'élément de molluscum n'est plus représenté que par une sorte de poche flasque, à parois minces, dont la surface interne saigne abondamment. A moins qu'elles n'aient atteint des dimensions considérables, les lésions ne laissent pas de cicatrices.

Les éléments du molluscum sont isolés les uns des autres, le plus souvent disséminés; très rarement, ils deviennent confluents.

Le molluscum contagiosum occupe le plus souvent le cou, la face, en particulier le front et les paupières, puis les organes génitaux, assez souvent le cuir chevelu; ses éléments peuvent être disséminés sur toute la surface du corps.

L'affection a toujours une durée longue, une persistance presque indéfinie si elle n'est pas soignée régulièrement, à moins que des irritations répétées n'amènent la suppuration des lésions et leur élimination.

Diagnostic. — Le molluscum est facile à reconnaître, pour peu qu'on pense

à son existence: l'énucléation du contenu de ses éléments peut toujours être faite et confirmer immédiatement le diagnostic.

Un examen superficiel pourrait seul le faire confondre avec les verrues qui sont plus aplaties, recouvertes de saillies papillaires, sans traces d'ombilication, et dont les éléments peuvent être arrachés en masse, mais non vidés d'un contenu glomérulaire.

Certains éléments d'acné comédon pourraient faire songer au molluscum contagiosum; mais ils sont aplaties, leur centre occupé par un point noir, et la pression en fait sortir une sorte de filament blanc ne renfermant pas de glomérules fermes analogues à ceux du molluscum.

Quant au *molluscum pendulum*, il n'a, malgré son nom, aucune analogie avec le molluscum contagiosum et ne peut être confondu avec lui: ses éléments sont plus volumineux que ceux du molluscum contagiosum, de consistance dure et fibreuse, ou au contraire mollesse; ces éléments ne sont pas ombiliqués et la pression ne permet pas d'en énucléer le contenu.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique du molluscum contagiosum a donné lieu à de nombreux travaux et à des discussions portant sur la nature et le siège initial des lésions.

La coupe d'une tumeur de molluscum présente tout l'aspect d'une glande lobulée. On y voit, à la périphérie des lobes, des cellules semblables à celles de la couche profonde du corps muqueux de Malpighi et, à leur partie interne, des cellules ayant subi en totalité ou en partie la transformation cornée, entremêlées de cellules dont le protoplasma est en grande partie remplacé par une masse homogène, réfringente, à laquelle on donne le nom de *corpuscule du molluscum*. Ce corpuscule a été considéré par J. Renaut comme dû à une transformation cornée incomplète, par d'autres comme le produit d'une dégénérescence colloïde. Neisser le regarde comme une coccidie, c'est-à-dire comme un parasite de la classe des sporozoaires analogue à celui que Darier a vu dans la psorosperme folliculaire végétante. Török et Tommasoli⁽¹⁾ ont vivement combattu cette manière de voir, en se basant sur les réactions histo-chimiques de ces corpuscules qui sont celles d'une dégénérescence cellulaire. Darier, après avoir pensé qu'il pouvait s'agir de coccidies, a abandonné cette opinion.

Kaposi, J. Renaut, Leloir et Vidal, récemment encore Gaucher et Sergent⁽²⁾ ont placé le siège initial du molluscum dans les glandes sébacées et en ont fait par suite une acné. Par contre, Neisser, Stanziale⁽³⁾ n'ont pu trouver de traces de glandes sébacées à la périphérie des tumeurs de molluscum et en font une lésion uniquement épidermique, à laquelle convient le nom de d'épithélioma et non celui d'acné. Cette opinion est également celle de Unna, de Darier et de presque tous les histologistes.

Étiologie. — Le molluscum s'observe le plus souvent dans l'enfance et dans la jeunesse, quoiqu'on puisse le voir se développer à tout âge, voire même chez des vieillards.

(1) TÖRÖK et TOMMASOLI, Contributo allo studio della natura dello cosiddetto epitelioma contagioso; *Riforma medica*, 12 et 13 août 1889, p. 1118, 1124.

(2) GAUCHER et SERGENT, Anatomie pathologique et pathogénie de l'acné varioliforme. *Archives de pathologie expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1898, p. 637.

(3) STANZIALE, Contributo allo studio del mollusco contagioso di Bateman; *Giorn. internaz. delle scienze mediche*, 1890, p. 321.

Contrairement à l'opinion de Bazin, il ne se rencontre pas spécialement chez les sujets scrofuleux et on peut le voir chez des sujets de tout tempérament.

Son siège ordinaire sur les parties découvertes, au moins au début, son développement chez plusieurs enfants d'une même famille, d'une même pension (Mittendorf, W. Allen, Tommasoli), d'une même salle d'hôpital (Caillaud), sa transmission d'un enfant à sa nourrice (Hardy, Dubois-Havenith) ou à sa mère (Caillaud), d'une malade à l'infirmière qui la soigne (Hardy, Maurau), prouvent assez sa contagiosité. D'ailleurs Retzius, E. Vidal, Haab, Stanziale sont arrivés, par l'inoculation de fragments de molluscum, à reproduire la maladie : les insuccès obtenus dans des tentatives semblables par Paterson, Duckworth, Kaposi, Pellizzari, Tommasoli prouvent seulement que l'inoculation ne réussit pas toujours ou que la transmission se fait par un mode encore inconnu; en outre, la lenteur d'évolution de la maladie a pu faire considérer comme insuccès des expériences qu'une observation plus prolongée aurait transformées en succès.

Si la contagion du molluscum est démontrée, on ne sait pas exactement quel en est l'agent. Les microcoques observés par Majocchi et Angelucci ne paraissent pas lui appartenir en propre. La démonstration définitive de la nature parasitaire des éléments connus sous le nom de corpuscules du molluscum apporterait la preuve qu'ils en sont les agents pathogènes.

Traitement. — Les divers traitements internes sont sans action contre le molluscum. La teinture d'iode, les pommades salicylées et généralement tous les agents de desquamation épidermique peuvent suffire à le faire disparaître chez les sujets et dans les régions à peau délicate. Mais, dans la plupart des cas, il faut recourir à l'extirpation des tumeurs, soit par la pression avec les ongles, soit mieux avec une curette tranchante, suivie d'une cautérisation légère au fer rouge ou au nitrate d'argent pour arrêter les hémorrhagies.

On doit avoir soin, ne constaterait-on tout d'abord qu'un élément de molluscum contagiosum, de rechercher s'il en existe d'autres sur le reste de la surface cutanée et d'extirper simultanément tous ceux que l'on découvre.

Comme le développement de chaque élément en particulier est très lent, il est nécessaire, plusieurs semaines après l'ablation, de faire à nouveau la recherche des éléments qui ont pu se montrer.

ADÉNOMES SÉBACÉS

On décrit sous le nom d'adénomes sébacés des lésions cutanées constituées par une hypertrophie des glandes sébacées et qui occupent surtout le visage.

Les lésions désignées sous ce nom comprennent deux types cliniquement et histologiquement distincts, les adénomes sébacés acquis, et les adénomes sébacés congénitaux.

ADÉNOMES SÉBACÉS ACQUIS

Ces lésions rares, étudiées par Balzer et Ménétrier⁽¹⁾, sont constituées par de petites tumeurs variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, légèrement saillantes, arrondies ou légèrement acuminées, de consistance ferme, ayant

⁽¹⁾ BALZER et MÉNÉTRIER, Étude sur un cas d'adénomes sébacés de la face et du cuir chevelu. *Archives de physiologie*, 1885.

exactement la même coloration que les parties voisines, ou d'un blanc grisâtre et ressemblant à des grains de sagou cuits. Lorsqu'on les pique, il en sort une gouttelette de liquide incolore. Assez souvent, elles présentent des points blancs analogues à du milium, et constitués par des dilatactions kystiques.

Ces tumeurs occupent surtout le front, la base du nez, le sillon naso-génien, le pourtour du conduit auditif.

Elles ne sont pas congénitales et sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Elles n'ont aucune tendance à subir une transformation maligne.

Anatomiquement, elles sont constituées par une hypertrophie de la glande, qui a conservé son aspect lobulé et présente par places des dilatactions kystiques.

Leur **traitement** consiste exclusivement dans la destruction au moyen de la cautérisation ignée.

ADÉNOMES SÉBACÉS CONGÉNITAUX

Les lésions décrites par Pringle⁽¹⁾ sous le nom d'adénomes sébacés congénitaux sont constituées par des saillies dont la coloration varie du jaune blanchâtre au rouge vif ou au rouge jaunâtre et qui présentent à leur surface des télangiectasies plus ou moins nettes. Ces saillies, de forme arrondie, varient de la dimension d'une petite tête d'épingle à celle d'un gros pois; elles sont assez nettement limitées.

Ces lésions occupent le visage, particulièrement les sillons naso-géniens où elles atteignent leurs plus grandes dimensions et où elles sont réunies en plus grand nombre, les parties latérales du nez, le pourtour de la bouche; elles sont plus rares sur le menton. Leurs sièges correspondent aux régions les plus abondamment pourvues de glandes sébacées et elles coïncident avec des lésions diverses de ces glandes et avec d'autres lésions d'origine congénitale.

Cette variété de tumeurs remonte à la naissance, mais, comme nombre de lésions congénitales, subit un accroissement sensible pendant le cours de la vie, notamment au moment de la puberté. Elle s'observe presque exclusivement chez la femme. Elle coïncide presque toujours avec un développement intellectuel très insuffisant, parfois même avec un véritable état d'imbécillité.

Les **lésions anatomiques** de cette affection ont été diversement interprétées. Pour Pringle, il s'agit d'une hypertrophie des glandes sébacées avec laquelle coïncident des télangiectasies. Pour Darier⁽²⁾, la lésion principale est la dilatation vasculaire: il s'agit d'un hémangiome verruqueux, avec lequel peuvent coexister des altérations des glandes sébacées.

Le seul **traitement** qui leur soit applicable est la destruction au moyen du cautère.

ADÉNOMES SUDORIPARES

Darier et Jacquet⁽³⁾ ont décrit sous le nom d'adénome sudoripare une affection caractérisée par ces tumeurs multiples occupant la partie supérieure du thorax, sur la nature de laquelle on n'est pas encore fixé.

Les tumeurs, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, aplaties et peu

⁽¹⁾ PRINGLE, A case of congenital adenoma sebaceum. *British Journal of Dermat.*, 1890, p. 1.

⁽²⁾ DARIER, Cas de nævi vasculaires verruqueux de la face, affection confondue avec les adénomes sébacés. *Bulletin de la Société franç. de Dermat.*, 1890, p. 217.

⁽³⁾ DARIER et JACQUET, Hydradénomes éruptifs. *Annales de Dermatologie*, 1887, p. 317.

saillantes, de forme arrondie ou allongée transversalement, ont une coloration jaune chamois clair ou rosée; à leur niveau, la peau présente une exagération du quadrillage normal. Ces tumeurs, de consistance ferme, occupent la partie supérieure et antérieure du thorax; elles diminuent de nombre à mesure qu'on descend vers la région mammaire, qu'elles atteignent rarement. Elles sont toujours nombreuses et leur nombre augmente progressivement avec la durée de la maladie.

L'affection débute dans le jeune âge et semble persister pendant toute l'existence, sans menacer de subir la transformation maligne.

Elle s'observe aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Les **lésions anatomiques** sont constituées par des amas de cellules épithéliales rappelant l'aspect et la disposition des cellules des glandes sudoripares, avec des dilatations kystiques remplies de matière colloïde. L'interprétation de ces lésions a soulevé des hypothèses nombreuses. Darier et Jacquet ont pensé qu'il s'agissait d'adénomes des glandes sudoripares; Jacquet est revenu plus tard sur cette opinion pour admettre qu'il s'agit de tumeurs épithéliales développées aux dépens de débris para-épithéliaux erratiques. Quinquaud⁽¹⁾ les a désignées sous le nom de cellulome épithélial éruptif et les a attribuées à une altération congénitale ayant peut-être pour origine quelques cellules épidermiques aberrantes. Török⁽²⁾ et Unna admettent un développement anormal des germes embryonnaires des glandes sudoripares et leur donnent le nom de syringocystadénomes. Kaposi en fait, sans preuves suffisantes, des lymphangiomes tubéreux.

Le seul **traitement** applicable à ces tumeurs est la cautérisation ignée.

VIII

LES HYPERKÉRATOSES

Dans le groupe des hyperkératoses nous ayons à étudier — l'ichtyose ayant été décrite au chapitre des dermatoses d'origine congénitale — les kératodermies symétriques des extrémités, la porokératose et les verrues.

KÉRATODERMIES SYMÉTRIQUES DES EXTRÉMITÉS

On donne le nom de kératodermies à des lésions caractérisées par un développement exagéré de l'épiderme corné occupant d'une manière diffuse et continue un territoire plus ou moins étendu. Les plus intéressantes de ces kératodermies occupent symétriquement les régions palmaires et plantaires, d'où leur nom de kératodermies symétriques des extrémités.

Description clinique. — Ce groupe, très complexe, est encore incomplètement connu.

Sans compter les localisations palmaires et plantaires de certaines dermatoses

⁽¹⁾ QUINQUAUD, Note sur le cellulome épithélial éruptif. *C. R. du Congrès international de Dermatologie*, Paris, 1889, p. 412.

⁽²⁾ TÖRÖK, Das Syringo-Cystadenom. *Monatsch. f. prakt. Dermatol.*, 1889, t. VIII, p. 116.

kératosiques, telles que le pityriasis rubra pilaire, les eczémas, etc., ce groupe comprend notamment, comme l'a montré Besnier⁽¹⁾:

1° Des lésions congénitales et familiales;

2° Des lésions se produisant dans la deuxième enfance, à caractère érythémateux, semblant en rapport avec un trouble nerveux;

3° Des lésions plus tardives, en foyers multiples, ne correspondant pas à l'intensité des pressions exercées et relevant également de troubles nerveux centraux.

Dans ces diverses affections, qui diffèrent surtout par leur marche, l'épiderme plantaire et palmaire est épaissi, dur, résistant, d'une coloration jaunâtre spéciale, parfois parcouru par des fissures plus ou moins profondes ou des dépressions dans lesquelles s'accumulent les poussières et la crasse.

L'épaisseur de l'épiderme hyperkératosique peut être la même dans toute l'étendue des régions intéressées; elle varie souvent dans leurs divers points, et atteint son maximum dans les points où s'exercent les pressions: aux éminences thénar et hypothénar ou au centre de la main, au niveau du talon ou de la tête des métatarsiens. Parfois ces points sont seuls atteints. Mais, quelle que soit leur topographie, les lésions sont, dans leur étendue et dans leur intensité, hors de proportion avec les pressions exercées.

Dans les différentes formes de kératodermies, il est habituel de voir les zones hyperkératosiques entourées d'une bordure rosée plus ou moins étendue.

La sécrétion sudorale est généralement conservée; dans certains cas même, elle est exagérée: cette hyperhidrose coïncide souvent avec une exagération des lésions au niveau des orifices des glandes sudoripares.

Les ongles sont presque toujours atteints en même temps que la région palmaire: ils sont tantôt augmentés d'épaisseur, tantôt et plus souvent amincis et exfoliés.

Les kératodermies symétriques des extrémités ne s'accompagnent généralement d'aucun trouble fonctionnel. Cependant les fissures qui se produisent sur leur surface peuvent être douloureuses et, lorsque l'épaississement de l'épiderme est très considérable, il peut gêner les mouvements et en particulier la marche. Dans quelques cas où l'érythème est très accusé, l'affection donne lieu à des douleurs vives⁽²⁾.

Les kératodermies congénitales sont essentiellement persistantes et ne subissent que de faibles modifications, en dehors de l'exagération par les pressions extérieures, surtout les pressions professionnelles.

Les kératodermies développées dans la deuxième enfance ou l'âge adulte sont sujettes à des exacerbations inflammatoires et douloureuses, à l'occasion de pressions extérieures, d'applications médicamenteuses, ou spontanément. Elles peuvent néanmoins rétrocéder.

Étiologie. — La kératodermie congénitale est une difformité cutanée, souvent familiale, s'observant chez un plus ou moins grand nombre de membres d'une famille.

Les kératodermies développées dans l'enfance ou l'âge adulte sont souvent exagérées par des causes extérieures. Mais leur disposition symétrique est en

⁽¹⁾ E. BESNIER, Kératodermie symétrique érythémateuse. *Atlas international des maladies rares de la peau*, 1889, II.

⁽²⁾ BROOKE, Erythema keratodes of palms and soles. *British Journal of Dermatology*, 1891, p. 355.