

*dermatitis gangraenosa infantum* (R. CROCKER), la *varicelle gangréneuse* (HUTCHINSON et ABERCROMBIE), le *pemphigus gangraenosus* (W. STOKES), le *rupia escharotica* (FAGGE), l'*ecthyma infantile gangréneux* (PINEAU), l'*ecthyma térébrant infantile* (BARTHÉLÉMY), l'*ecthyma térébrant de l'enfance* (G. BAUDOUIN et L. WICKHAM).

Cette affection, qui n'atteint que les jeunes enfants cachectiques, est constituée d'abord par des bulles apparaissant sur les régions du corps les plus diverses, simultanément ou successivement. Après la chute des croûtes qui leur succèdent, on constate l'existence d'ulcérations plus ou moins profondes, parfois dénudant même les os, ordinairement confluentes, à bords taillés à pic.

Le pronostic de cette affection considérée « comme une gangrène occasionnée par une thrombose marastique » est favorable lorsqu'on institue un traitement précoce et rationnel : fer, vin, lait ; bains, pansements au zinc et à l'iodoforme (O. SIMON).

#### GANGRÈNES DIVERSES

Des lésions analogues ont été observées chez les enfants et les adultes, soit à la suite de maladies générales graves : *rougeole, variole, athrepsie, diabète, tuberculose*, etc. ; soit compliquant diverses affections cutanées : *érythème noueux, psoriasis, pityriasis rubra, purpura*, etc., soit sous la dépendance d'un trouble de l'innervation comme le *décubitus acutus* de SAMUEL, la *gangrène des hystériques* (*erythema gangraenosum*), la *liodermie essentielle* d'AUSPITZ (*glossy-*

*skin* de MITCHELL, MOORHOUSE, KEEN, *Dermite nerveuse essentielle* de KAPOSI ; à citer aussi l'*érythème gangréneux des simulateurs* de TILBURY FOX, la *gangrène symétrique ou asphyxie locale des extrémités* (maladie de MAURICE RAYNAUD).

Outre le traitement spécial de l'affection générale, on traitera la gangrène suivant les règles de la plus minutieuse antiseptie.

#### GOMMES SCROFULO-TUBERCULEUSES

**Synonymie.** — Tubercules cellulux. — Intumescences graisseuses. — Abscess froids (ALIBERT). — Abscess scrofuloux (GUERSENT, LEBER, J. DELPECH, RAYER). — Abscess dermiques. — Tubercules scrofuloux cutanés et sous-cutanés. — Écrouelles cellulaires (BAZIN). — Hydrosadénite scrofulouse. — Scrofulide phlegmoneuse (HARDY). — Scrofulides ulcéreuses. — Rupia scrofuloux.

E. BESNIER divise les gommes scrofulo-tuberculeuses en trois groupes :

1° GOMMES SCROFULEUSES DERMIIQUES ;  
2° GOMMES SCROFULEUSES HYPODERMIQUES ;  
3° GOMMES SCROFULEUSES SOUS-APONÉVROTIQUES,  
dont il donne les caractères cliniques et diagnostiques suivants que nous résumons :

1° GOMMES SCROFULEUSES DERMIIQUES.

Constituées au début par de petites nodosités correspondant à une tache rouge livide de la peau, douloureuses à la pression, elles gagnent plus ou moins rapidement les couches superficielles du derme et se ramollissent en un

ou plusieurs points constituant autant d'ulcérations en cul-de-sac plus larges que les orifices à fond bourgeonnant et blafard, recouvertes de croûtes fines et adhérentes, saignantes, dont les bords, de couleur plus ou moins violacée, sont décollés, irréguliers, s'étendant parfois excentriquement d'une manière serpentine; la peau forme parfois au-dessus d'elles des brides ou ponts d'un aspect particulier.

On les rencontre isolées ou confluentes, parfois en nappes surtout sur les parties latérales de la face, le long des branches montantes du maxillaire inférieur, dans les régions sous-maxillaires, au thorax, etc.

Quoique pouvant s'observer à tous les âges, elles sont plus fréquentes chez les adolescents.

Au début, elles peuvent facilement se confondre avec les *gommés syphilitiques*; lorsqu'elles sont ulcérées, elles en diffèrent par leur superficialité, l'irrégularité de leurs bords livides et non pigmentés comme dans la syphilis et non décollés.

2° GOMMES SCROFULEUSES HYPODERMIQUES (*mélicéris scrofuloux*, etc.).

Dans cette forme, après une période relativement longue (plusieurs semaines) pendant laquelle rien n'existe du côté de la surface de la peau, la petite nodosité, arrondie, dure au début, indolente, non adhérente à la face profonde du derme, se ramollit, devient alors adhérente à la peau sur laquelle on aperçoit à la loupe quelques fines varicosités; bientôt, le tégument, douloureux, se colore en rouge livide; la tumeur devient fluctuante, donnant naissance à une petite quantité de liquide ordinairement séreux, sanguinolent, sanieux; elle s'ulcère, rappelant alors l'aspect ordinaire de l'ulcère scrofulo-tuberculeux.

3° Enfin, LES GOMMES SCROFULEUSES SOUS-APONÉVROTIQUES, plus rares dans les muscles que dans la peau, se développant à la face externe des gaines tendineuses, dans le voisinage du périoste, sont souvent confondues avec les *gommés syphilitiques*, les *abcès ossifluents*, les *gommés tuberculeuses vraies*.

**Diagnostic.** — Dans les trois formes de gommés scrofulo-tuberculeuses, l'épreuve thérapeutique par l'iodure de potassium et le mercure éliminera la syphilis.

**Traitement.** — Ceci fait, on pourra donner le traitement interne de la médication dite anti-scrofuluse (huile de foie de morue, fer, arsenic, iodoforme) et traiter par les caustiques, le raclage, ou chirurgicalement les foyers suppuratifs et les ulcérations.

## HÉMATIDROSE

**Synonymie.** — Stigmates de sang.

**Définition.** — « La sueur sanguine, sanglante, hématique, ou hématidrose, représente une névropathie glomérulaire hémorrhagique... Le fait pathologique qu'elle constitue est aujourd'hui bien connu, nettement déterminé dans son siège, le réseau vasculaire idradénique, son mécanisme, la diapédèse sanguine, sa pathogénie, l'action nerveuse. » (E. BESNIER et A. DOYON.)

**Symptomatologie.** — L'écoulement sanguin qui se fait à la surface de la peau sans aucune solution de continuité des tissus peut être précédé d'une sensation de chaleur, de douleur, de picotement, de battement, parfois d'une éruption érythémateuse, vésiculeuse dans le cas de CHAMBERS; le liquide, d'une couleur rouge ou rosée, s'écoule habituellement en petite quantité et pendant peu de temps, mais l'écoulement sanguin apparaît presque toujours à plusieurs reprises.

**Siège.** — L'hématidrose est ordinairement localisée aux extrémités des doigts, au front, aux aisselles, etc., mais parfois ne se montre que d'un seul côté du corps.

**Pronostic et Diagnostic.** — Le pronostic de cette affec-

tion, dont le diagnostic s'impose, est celui de la maladie qui l'a engendrée.

**Pathogénie.** — PARROT a démontré qu'elle était d'origine nerveuse; HEBRA la rattachait à l'hémophilie.

## HERPÈS FÉBRILE

**Synonymie.** — Herpès miliaire. — Olophlyctide labiale d'ALIBERT. — Herpès exedens de RUSSEL. — Herpès phlycténoïde de WILLAN. — Herpès en groupes disséminés. — Fièvre herpétique (J.-B. HILLAIRET).

**Définition.** — On désigne actuellement sous ce nom une affection aiguë caractérisée par une éruption vésiculeuse dont les éléments, généralement groupés, reposent sur une base érythémateuse et qui évolue régulièrement en dix ou quinze jours.

**Symptomatologie.** — PÉRIODE ÉRYTHÉMATEUSE. — L'herpès fébrile, annoncé par des sensations d'élançement, de picotement, de tension, de brûlure, etc., commence par une ou plusieurs taches congestives, rouges ou rosées, ordinairement de petite dimension, un peu saillantes, arrondies, allongées ou plus souvent irrégulières, diffuses.

PÉRIODE DE VÉSICULATION. — Très rapidement, au bout de quelques heures, on voit apparaître, au centre de la tache, des vésicules grosses comme des têtes d'épingle, arrondies ou acuminées, transparentes et contenant un liquide citrin, clair et transparent. Ces vésicules sont

groupées côte à côte en nombre variable, de quatre à dix ou même plus, formant des placards ayant une dimension comparable à celle d'une pièce de cinquante centimes, de un ou de deux francs ; lorsqu'elles sont confluentes, elles ressemblent à des bulles (*herpès phlycténoïde*).

**PÉRIODE DE DESSICCATION.** — Au bout de vingt-quatre heures environ, on voit le liquide devenir louche et purulent dans les vésicules ; celles-ci, ou bien se dessèchent et s'affaissent du troisième au sixième jour environ et disparaissent sous forme d'exfoliation épidermique du cinquième au dixième jour, ou bien elles se transforment en croûtes superficielles, fines, brunâtres, jaunâtres ou noirâtres qui se détachent au bout de quelques jours (de trois à huit), laissant à leur place rarement une exulcération, presque toujours une macule rosée qui ne tarde pas à disparaître sans laisser aucune trace cicatricielle.

Les malades se plaignent souvent de sensations de brûlure, de picotement, de chaleur, de démangeaison au niveau des régions sur lesquelles se développe l'éruption.

Ces symptômes sont ordinairement précédés d'un malaise général, d'anorexie, de courbature, etc., et d'un état fébrile qui cesse assez souvent au moment de l'apparition des vésicules. Dans quelques cas, les symptômes peuvent être très graves (délire, température de 40 degrés).

**Marche.** — **Durée.** — Les placards éruptifs peuvent se développer en même temps ou à quelques jours d'intervalle les uns des autres, ce qui allonge plus ou moins la durée totale de l'affection.

**Siège.** — L'herpès fébrile peut siéger sur la peau ou sur les muqueuses.

Sur la peau, on le rencontre le plus habituellement à la face, sur les lèvres (*herpes labialis*), sur le nez (*herpes nasalis*), sur les paupières (*herpes palpebralis*), sur les oreilles (*herpes auricularis*), sur les joues, le menton, toute la face en un mot (*herpes facialis* de HEBRA) ; on le rencontre encore sur le cou, la poitrine, les bras, les parties génitales, etc.

Sur ces dernières régions, chez la femme, il peut acquérir une intensité considérable : *herpès vulvaire confluent*, *vulvite couenneuse* de BRUNEAU, forme qui s'accompagne souvent de symptômes généraux et locaux assez graves : brûlure, cuisson, démangeaison, tuméfaction des régions atteintes, écoulement muco-purulent et fétide, ulcérations, adénites.

Sur les muqueuses buccale (*angine herpétique*), vulvaire, etc., les vésicules, en raison de la conformation des tissus, sont remplacées non plus par des croûtes, mais par des exulcérations recouvertes d'un enduit blanc ou grisâtre pseudo-membraneux (*angine couenneuse commune* de BRETONNEAU et TROUSSEAU, *herpès guttural* de GUBLER) ; dans la cavité buccale, la déglutition est souvent fort gênée.

Enfin, l'herpès peut siéger sur les régions du tégument mi-partie cutanées et mi-partie muqueuses : *herpès des régions mixtes* ou *péri-orbitaire* ou *herpès orbitaire* d'E. BESNIER (*herpès péri-orbitaires-sourcilier*, *palpébral*, *herpès narinaire*, *herpès péri-buccal*, *herpès labial*, etc.).

**Pronostic.** — Le pronostic est bénin en lui-même, mais il est subordonné à l'étiologie ; on a signalé la récurrence de l'éruption herpétique aux lèvres, à la bouche (*herpès récidivant buccal* de FOURNIER), aux organes génitaux (*herpès névralgique zostéroïde* de MAURIAC), aux mains, sur la peau (*herpès récidivant de la peau* de BERTHOLLE).

**Diagnostic.** — Les caractères de l'éruption, son siège neuf fois sur dix à la face, les symptômes généraux qui l'accompagnent, distinguent assez facilement l'herpès fébrile.

Il se différencie de l'*eczéma* par sa marche rapide ; du *zona* par sa bilatéralité fréquente et sa non-localisation à un territoire nerveux, par l'absence de douleurs névralgiques.

Aux organes génitaux, le diagnostic peut être très délicat. (Voir *herpès génital récidivant*.)

**Étiologie.** — L'herpès fébrile apparaît à tout âge, plus fréquemment toutefois chez les enfants ; on l'a noté dans un grand nombre d'affections générales (*herpès symptomatiques*), la pneumonie (*herpès critique des anciens*), la fièvre intermittente, l'influenza, l'embarras gastrique, la fièvre typhoïde, la méningite cérébro-spinale ; il peut être consécutif à certaines maladies nerveuses (*herpès traumatique*). On l'a signalé encore comme accompagnant la menstruation (J.-B. HILLAIRET), ou succédant à un traumatisme (VERNEUIL).

**Traitement.** — Sur la peau, le mieux est de laisser la lésion évoluer et se terminer spontanément ; on peut néanmoins prescrire avec quelque utilité des lotions antiseptiques et l'application d'une couche de vaseline boriquée.

Sur les muqueuses, il faut : faire pratiquer des lotions astringentes, appliquer des poudres isolantes, séparer les régions à l'aide de coton hydrophile et enfin, en dernier lieu, cautériser avec des solutions de nitrate d'argent de 1 à 3 p. 30.

## HERPÈS GÉNITAL RÉCIDIVANT

**Synonymie.** — Herpès préputial. — Herpès progénital.  
— Herpès récidivant des parties génitales de DIDAY et A. DOYON.

**Définition.** — Cet herpès, qui n'est pour HARDY qu'un *eczéma*, offre ce caractère particulier de survenir, par poussées successives, séparées par des intervalles d'accalmie plus ou moins longs, variant de deux à six mois.

**Symptomatologie.** — L'éruption n'est pas souvent accompagnée de symptômes généraux ; il existe parfois un peu de cuisson, de démangeaison *loco dolenti*, mais, souvent, l'apparition des vésicules sur une base rouge et tuméfiée est le seul signe de l'affection.

Les vésicules, miliaires, grosses comme une tête d'épingle, sont en nombre restreint et ne durent que peu de temps ; dans certains cas, les exulcérations consécutives persistent un temps plus ou moins long.

**Siège.** — Le siège de l'affection est : chez l'homme, le prépuce, le sillon balano-préputial et la peau de la verge ; chez la femme, le capuchon, les petites lèvres et la face interne des grandes lèvres.

**Pronostic.** — L'affection est bénigne, mais désagréable par ses caractères de récidivité et de ténacité.

**Diagnostic.** — La récidive est un signe caractéristique de la maladie, mais le diagnostic peut être très difficile

lorsqu'il s'agit de différencier l'herpès génital à la période exulcéreuse (et c'est presque toujours le cas), des diverses *manifestations vénériennes* : *chancre induré* ou *chancre mou*.

Voici, résumés en un tableau, les principaux caractères différentiels de ces trois affections :

HERPÈS	CHANCRE INDURÉ	CHANCRE MOU
Base souple, sauf induration thérapeutique.	Base indurée.	Base souple, sauf induration thérapeutique.
Contours micro-polycycliques (A. FOURNIER.)	Contours arrondis.	Bords déchiquetés, décollés.
Érosions multiples.	Érosion unique le plus souvent.	Érosions multiples disséminées.
Érosions superficielles.	Érosion un peu moins superficielle.	Ulcérations creusées, profondes.
Sérosité obtenue par expression.	Peu de suppuration.	Suppuration abondante.
Pas de ganglions.	Pléiade ganglionnaire.	Bubons.
Prurit, cuisson.	» »	Douleur.
Évolution rapide.	Évolution lente.	Évolution plus lente que celle de l'herpès.
Inoculation négative.		Inoculation positive.

**Étiologie. — Pathogénie.** — Des causes différentes ont été invoquées par divers auteurs pour expliquer la production de l'*herpès génital récidivant* : affections vénériennes chez les arthritiques (DIDAY et A. DOYON); troubles digestifs (PLUMBE et KAPOSI); on l'a regardé comme un zona (BEE-RENSPRUNG); son origine nerveuse est admise par MAURIAC, VERNEUIL, UNNA; mais, disent E. BESNIER et A. DOYON, il est dû « à des causes rarement uniques, le plus souvent concomitantes, à l'ensemble desquelles un nosologiste judicieux doit impartialement faire appel ». Dans tous les cas, un fait curieux, c'est qu'il ne s'observe pas chez des sujets vierges (E. BESNIER).

**Traitement.** — Outre une hygiène générale appropriée,

il faut prescrire, au point de vue prophylactique, des lavages astringents fréquents; puis, dès les premiers symptômes, employer les poudres inertes, les pâtes isolantes

Oxyde de zinc. . . . . } aa parties égales.  
Vaseline. . . . . }

ou maintenir en permanence, sur la région atteinte, des compresses ou des boulettes de coton hydrophile imbibées d'alcool à 90° additionné pour 100 grammes de 2 grammes de résorcine pure, de 1 gramme de thymol, de 3 grammes de menthol, de 25 centigrammes d'acide phénique, de 3 grammes de résorcine et de 1 à 2 grammes de cocaïne, de 2 grammes de tanin et recouvertes de taffetas gommé; renouveler le pansement douze fois par jour (H. LELOIR).

On a fortement conseillé l'emploi des eaux minérales d'Uriage, de Saint-Gervais, de Luchon, etc.

## HERPÉTIDE EXFOLIATRICE

**Synonymie.** — Dermatite maligne chronique exfoliante (H. LELOIR et E. VIDAL). — Erythrodermies exfoliantes secondaires terminales ou cachectiques, pernicieuses, malignes (E. BESNIER et A. DOYON).

**Définition.** — « L'herpétide exfoliatrice, dit BAZIN, est une forme d'éruption cutanée de nature herpétique, remarquable par sa généralisation et par l'abondance des squames qui sont sécrétées à la surface de la peau, et dont les caractères ne permettent pas de reconnaître la lésion primitive de l'affection.

«... Cette forme d'éruption est éminemment tardive : elle

représente, en effet, soit comme extension, soit comme produit, le dernier terme que peuvent atteindre les manifestations cutanées de l'herpétis. »

**Symptomatologie.** — Quelle que soit la maladie primitive à laquelle succède l'herpétide exfoliatrice (dont H. HALLOPEAU considère l'existence comme problématique), cette dernière offre, une fois constituée, un tableau toujours le même.

La desquamation est ordinairement générale; dans certains cas, cependant, la face, les régions palmaires et plantaires, toujours envahies en dernier lieu, restent indemnes.

Les squames sont minces, légères, transparentes, noircies; elles sont sèches, de forme et de dimension variables: petites ou larges; elles se produisent sans discontinuer et tombent sans cesse en grande abondance.

La peau, d'une sécheresse remarquable, est d'un rouge plus ou moins foncé.

Parfois existent quelques démangeaisons, plus fréquentes au début que dans le cours de l'affection.

Au bout d'un temps plus ou moins long, la fièvre apparaît, le malade maigrit, s'épuise et meurt dans la cachexie ou par le fait d'une diarrhée incoercible, ou d'une complication viscérale quelconque.

**Diagnostic.** — Les commémoratifs permettent de faire le diagnostic: il a existé des bulles de pemphigus de plus en plus larges et aplaties, presque sans soulèvement épidermique (*pemphigus foliacé* de HARDY); des placards d'eczéma devenant de moins en moins suintants, mais couverts de squames plus ou moins abondantes et plus sèches; des plaques de psoriasis dont les squames deviennent moins

épaisses, mais plus abondantes, plus larges, plus minces.

**Traitement.** — Il faut d'abord relever le plus possible l'état général du malade auquel on donnera les toniques les mieux appropriés, et qu'on entourera des soins hygiéniques les mieux compris.

Au point de vue local, ce sont les onctions grasses avec le liniment oléo-calcaire, la vaseline, la lanoline, l'huile de foie de morue, etc., etc., additionnées, dans le cas de démangeaisons intenses, d'essence de menthe à 1 pour 100 qui réussissent généralement le mieux.

On recommande aussi tout particulièrement l'usage des bains continus.

## HYPERIDROSE

**Synonymie.** — Idrose. — Sudatoria.

**Définition.** — On donne le nom d'hyperidrose à la production exagérée de sueur.

Pour certains dermatologistes (HARDY, KAPOSI, etc.), la production exagérée de sueur à l'état normal due à la chaleur, aux efforts physiques: travail, danse, marche, etc., n'est pas de l'hyperidrose, qui, pour HARDY, est l'exagération morbide de la sueur. E. BESNIER et A. DOYON font justement remarquer que l'hyperidrose, pathologique dans le second cas, est purement et simplement physiologique dans le premier.

L'hyperidrose peut être symptomatique dans certaines

maladies comme la suette miliaire en particulier, les fièvres intermittentes, le rhumatisme, etc.; ou essentielle, idiopathique.

Cette dernière forme, seule, intéresse plus particulièrement le dermatologiste.

Elle peut être généralisée ou localisée.

#### HYPERIDROSE GÉNÉRALE

La sueur est sécrétée en plus ou moins grande quantité; on la voit sur le tégument sous forme de gouttes, mouillant les vêtements.

La peau est chaude ou fraîche, si la sueur a séjourné longtemps.

Quoique généralisée, la sueur est plus abondante en certains points du corps, comme les aisselles, les aines, les faces antérieure et postérieure du thorax, les régions palmaires et plantaires.

L'hyperidrose est souvent précédée d'une sensation de prurit, de cuisson, de picotement; parfois d'un sentiment de resserrement, d'oppression que HEBRA attribue à l'accumulation du sang dans les vaisseaux papillaires excitant ainsi les nerfs cutanés, toutes sensations qui disparaissent après l'apparition de la sueur.

Sa production est parfois accompagnée d'éruptions dites sudorales comme la *miliaire* et les *sudamina* et, dans certaines conditions (absence de soins de propreté), d'éruptions eczémateuses.

L'hyperidrose n'est pas continue; elle se montre à la suite d'un léger effort physique ou intellectuel, d'une contrariété, sous l'influence d'une chaleur modérée.

On la constate surtout chez les sujets gras, les arthritiques, les nerveux.

L'hyperidrose localisée constitue les éphidroses. (Voir ce mot.)

**Traitement.** — On doit instituer d'abord un traitement en rapport avec la constitution du sujet atteint; on peut aussi prescrire certains médicaments qui agissent réellement sur la sécrétion de la sueur: le sulfate d'atropine, la belladone, le phosphate de chaux, le tannin, l'ergot de seigle, l'arséniat de strychnine, etc.

Localement, on lotionnera la peau avec de l'eau alcoolisée et on la saupoudrera de poudre de talc. On a conseillé des frictions sur les régions atteintes avec un liniment belladonné (SIDNEY-RINGER).

#### HYPERTRICHOSE

**Synonymie.** — Hypertrophie des poils. — Polytrichie. — Hypertrichiasis. — Trichosis. — Trichauxis. — Hirsutie. — Poils accidentels, etc.

**Définition.** — Ces divers noms désignent le développement exagéré et anormal du système pileux.

Cet état peut être généralisé ou localisé, congénital ou acquis.

Généralisée (*dasytes*), l'hypertrichose est rare (homme-chien); même dans ce cas, les régions palmaires et plantaires, la face interne des grandes lèvres, le gland et le prépuce ne sont jamais envahis.

Localisée, l'hypertrichose, assez fréquente, est congénitale ou acquise; elle peut ne consister qu'en bouquets de poils siégeant çà et là (extrémité du nez, espace intersourcilier, sourcils, narines, joues, oreilles, mamelon, région inter mammaire, etc.), ou envahir de plus vastes surfaces: joues (femmes à barbe), partie inférieure de la colonne vertébrale, ou n'être qu'un développement exagéré des cheveux et de la barbe.

E. BESNIER et A. DOYON appellent particulièrement l'attention sur l'*hypertrichose commune* coexistant régulièrement avec l'*hyperséborrhée* et l'*hyperstéatidrose* du cuir chevelu.

Lorsqu'elle est acquise, l'hypertrichose est due souvent à des irritations locales: vésicatoires, pommades irritantes mercurielles, iodurées, pâtes épilatoires, etc.

Chez certains enfants qui naissent avec un système pileux exagérément développé (*lanugo*) sur le cuir chevelu et la face, les poils tombent en général spontanément au bout de quelque temps.

**Étiologie.** — En dehors des irritations extérieures dont l'influence est connue, l'étiologie de l'hypertrichose est obscure; on a dit qu'elle était héréditaire; on a noté dans l'hirsutie de la face, chez la femme, des troubles sexuels.

**Traitement.** — L'hypertrichose généralisée est au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Le traitement de l'hypertrichose localisée est palliatif et curatif.

Le traitement palliatif consiste dans l'épilation par la pince, l'emploi de pâtes épilatoires (pilivores), la rasure; mais ces procédés sont plus nuisibles qu'utiles, car les poils repoussent toujours plus gros et plus foncés.

Le traitement curatif actuel consiste dans la destruction des poils par l'électrolyse, méthode d'une application relativement difficile due à MICHEL, de Saint-Louis, introduite en dermatologie par HARDAWAY et dont la technique a été complètement et parfaitement tracée par L. BROCO, mais qui, en somme, ne peut encore actuellement entrer dans la pratique courante de tous les médecins.