

blépharite glandulo-ciliaire, épiphora, lésions des lèvres, etc., est frappante ; il suffit de la voir une fois pour la reconnaître.

La *xérodermie* présente bien un état atrophique de la peau, mais sans bariolage, sans lésions polymorphes. La *lèpre maculeuse* offre quelques analogies avec la xérodermie pigmentaire, mais elle s'accompagne d'anesthésies et de mutilations qui manquent dans cette dernière.

Traitement. — On ne connaît pas d'exemples de guérison complète de cette maladie, et Kaposi est très pessimiste et très décourageant. E. Besnier croit qu'il est permis d'espérer en un avenir meilleur. Tout d'abord on doit écarter tous les irritants superficiels de la peau : exposition à l'air et au soleil, malpropreté, froid, vent, etc. On essayera ensuite d'enrayer ou de prévenir le processus épithélial par l'usage interne du chlorate de potasse ou de l'arsenic. On pourra notamment faire des injections sous-cutanées de liqueur de Fowler (V, X, XV et XX gouttes pendant 10 ou 15 jours par mois).

« Localement, disent E. Besnier et A. Doyon, la rugination, la cautérisation électrique, l'extirpation des tumeurs volumineuses, les injections interstitielles, les pansements avec les médicaments énergiques dont on dispose actuellement, la chrysarobine, la résorcine, l'acide pyrogallique, que Unna a déjà recommandés, l'aristol, le naphthol camphré, le chlorate de potasse, etc., en un mot, tout est autorisé en présence d'une affection aussi fatalement funeste, *excepté* l'abstention. »

Peut-être la photothérapie (lumière de Finsen) ou la radiothérapie offriraient-elles dans l'avenir quelques chances de succès.

VERRUES

PAR LE D^r J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

On décrit sous le nom de verrues des kératoses circonscrites avec hypertrophie des papilles sous-jacentes. Nous laisserons de côté les verrues séniles pour ne nous occuper que des verrues des jeunes sujets, dites quelquefois *verruves de croissance*. On distingue, au point de vue clinique, deux formes de verrues juvéniles : les *verruves communes*, très saillantes, très dures, très rugueuses, papilliformes, qui siègent surtout aux mains ; et les *verruves planes*, qui sont unies, miliaires ou lenticulaires, et occupent avec prédilection la face. Mais je me hâte d'ajouter qu'il n'y a pas de différence de nature entre ces deux ordres de verrues ; j'ai vu trop souvent leur coïncidence chez le même sujet pour en douter. Planes et lisses à la face, les verrues peuvent être saillantes, dures, cornées aux mains ; pure différence de siège.

Étiologie. — Les verrues sont rares chez les nourrissons ; elles se rencontrent fréquemment, au contraire, dans la seconde enfance et l'adolescence. Cela tient à ce que les enfants déjà grands sont plus exposés à la contagion, dans leurs jeux, à l'école, etc., que les enfants tout petits qui vivent dans un isolement relatif. La transmissibilité des verrues ne fait doute pour personne aujourd'hui ; elle exige un contact direct, et c'est le plus souvent en se prenant la main que les enfants se communiquent leur mal. De la main, lieu d'élection des verrues, ces productions peuvent s'étendre à la face, sous l'influence des attouchements, des grattages, etc. Les parties couvertes sont respectées. Variot a pu inoculer les verrues avec succès. Il est donc certain que les verrues sont des productions parasitaires ; mais quel est le microbe pathogène ? G. Kühnemann (*Monat. f. prakt. Dermat.*, t. VIII) a essayé de le déterminer, comme on va le voir.

Anatomie pathologique. — Les lésions essentielles des verrues sont épidermiques, et si les papilles sont atteintes, ce n'est que secondairement, l'état papillaire étant occasionné principalement par la pénétration de la couche épineuse épidermique dans le derme. Il y a prolifération des cellules du stratum dentelé, et secondairement hyperémie du derme avec hypertrophie.

Au niveau du stratum dentelé, Kühnemann a remarqué, dans les cellules, entre les cellules, dans les espaces lymphatiques, des bâtonnets dont la longueur ne dépasse pas $1 \mu \frac{1}{2}$, et qui se trouvent quelquefois dans la couche cornée, rarement dans le derme. Dans les verrues anciennes, les bâtonnets sont moins nombreux que dans les récentes. Cultures positives sur gélatine et sur agar. « La présence constante de ces bacilles dans la couche épineuse des verrues explique bien leur production. Ils pénètrent,

par une petite fissure de la couche cornée, sur les parties découvertes de la peau, exposées aux lésions extérieures, et trouvent dans le stratum dentelé un terrain favorable pour leur existence et leur propagation. Ils exercent, par une irritation purement mécanique ou par leur sécrétion, une action irritante sur les cellules voisines, laquelle se traduit par la multiplication des noyaux et une prolifération cellulaire. La transformation des cellules épineuses en cellules granuleuses et cornées normales est aussi essentiellement modifiée. Cette prolifération considérable constitue non seulement une réaction, mais encore une défense des cellules contre les micro-organismes; en s'avancant plus rapidement vers la surface cutanée, elles cherchent à les expulser. Il est très vraisemblable que les bacilles, après un long séjour dans les cellules, ne trouvent plus les mêmes conditions favorables pour leur existence, ce qui expliquerait leur rareté dans toutes les verrues anciennes. Ainsi s'expliquent la disparition subite des verrues, ainsi que leur naissance et leur évolution ultérieure, autrefois si énigmatiques.

« Au congrès des naturalistes et des médecins allemands, tenu à Heidelberg, en 1889, Schweningen a donné le complément des recherches de Kühnemann. Les cultures sur l'agar-agar ont donné des colonies à coloration jaune verdâtre. Les verrues obtenues par inoculation n'ont pas encore été observées au microscope, mais l'examen des préparations rend dès aujourd'hui vraisemblable que ces verrues représentent véritablement des verrues vulgaires. Avec les cultures, on a fait dix inoculations sur quatre animaux (deux coqs sur la crête, deux lapins à la patte); deux ont donné des résultats satisfaisants: quinze jours environ après l'inoculation, il est survenu des excroissances verruqueuses de la grosseur d'un grain de chènevis, légèrement aplaties, brunâtres. Quant aux expériences sur l'homme, elles s'annoncent comme devant être suivies de résultats. » (E. Besnier et H. Doyon.)

Outre la verrue commune et la verrue plane, les jeunes sujets peuvent présenter une forme particulière dite *angiomateuse*, décrite par V. Mibelli sous le nom d'*angiokératome*, et par W. Dubreuilh sous celui de *verruës télangiectasiques*. Dans le cas de Dubreuilh, il s'agit d'une jeune fille qui avait en même temps des engelures et des saillies ayant l'aspect d'une verrue de moyen volume, à travers laquelle on voyait, par transparence, des taches noires. La lésion débutait par des taches rouges, irrégulières, de la dimension d'une tête d'épingle à une lentille. La malade de Mibelli avait 14 ans; elle portait sur le dos des mains de petites tumeurs du volume d'un grain de chènevis, globuleuses ou allongées, à surface rugueuse et parfois épineuse, de couleur allant du gris violet au rouge cuivre, s'effaçant par la pression. Dans les intervalles, petites taches miliaires rouge cuivre, cornées, disparaissant également par la pression. Développement lent durant plusieurs années. A l'examen histologique, on trouve des lésions complexes de kératose et d'angiome caverneux, avec dilatation des lacunes lymphatiques. D'après Mibelli, ces lésions seraient liées aux troubles circulatoires, la kératose serait secondaire et directement proportionnelle au processus angiomateux. Dans cette forme de verrue, rien ne prouve l'origine parasitaire, et la contagiosité est au moins douteuse.

Symptômes. — Les *verruës communes* siègent surtout à la face dorsale des mains et des poignets; elles sont dures, cornées, rondes, saillantes, de volume inégal. Les unes sont grosses comme des pois ou de petits haricots, ce sont les plus anciennes; les autres sont lenticulaires, miliaires. Elles sont en nombre discret et ne forment que rarement des groupes de plusieurs éléments. Les lésions sont purement objectives; pas de douleurs, pas de démangeaisons, pas de symptômes inflammatoires. Les fonctions de la main ne sont pas gênées; cependant, si les verrues occupent les faces latérales des phalanges, elles peuvent entraver l'écriture, la couture, etc. La marche des verrues est très lente, elle dure des mois et des années; cependant certains éléments disparaissent assez vite pour être remplacés par d'autres. Quand on examine une main envahie par les verrues, on en voit de tous les âges et de toutes les dimensions. Il y en a une généralement plus grosse que les autres, c'est la *verrue mère* entourée de *verruës filles* de différentes générations.

Les *verruës planes* ont des dimensions moindres, elles sont moins saillantes, moins colorées, plus nombreuses, plus groupées en certains points. Elles siègent indifféremment aux mains, aux poignets, à la face, et leurs dimensions sont parfois si minimes qu'il faut les regarder de très près pour les reconnaître. Leur relief est d'ailleurs parfois insignifiant, et le toucher est nécessaire pour s'assurer de leur présence. Quand les verrues planes juvéniles sont très rapprochées les unes des autres, elles simulent le *lichen plan*, mais elles ne s'accompagnent pas de démangeaison et leur étendue est toujours plus restreinte que celle de la dermatose de Wilson. Sur le front, sur les joues, sur le menton, les verrues planes prennent une teinte jaune chamois, parfois xanthélasmique.

A côté d'éléments aplatis, arrondis, cerclés, on voit parfois, chez le même sujet, des verrues filiformes, *pendulæ*, particulièrement au niveau des lèvres. Ces appendices filamenteux, souvent pédiculés, toujours mous, constituent les *verruës mollusciformes*, et c'est avec raison que Kaposi les rapproche du *molluscum pendulum*, du *molluscum fibreux*.

Citons quelques exemples pour rendre la description plus concrète. 1° Une jeune fille de 8 ans 1/2 se présente à moi avec le menton couvert de verrues planes; ces verrues, qui sont circulaires, peu saillantes, lichénoïdes, existent aussi, mais en moins grand nombre, sur le nez et les lèvres. Sur le dos des mains et des doigts, on en voit de plus épaisses. — 2° Un garçon de 8 ans a des verrues planes depuis deux mois autour de la bouche, sur la joue gauche, sur le sourcil du même côté, sur le front; on peut en compter de 50 à 60. — 3° Fille de 7 ans 1/2 observée par le Dr H. Feulard (*Société de dermatologie*, 20 juillet 1895); nombreuses papules disséminées sur les deux joues, ayant les dimensions d'un grain de mil à celles d'une lentille. Relief à peine appréciable, surtout sensible au toucher. Ces papules sont plates, de couleur jaune café au lait tranchant sur le fond rouge vif de la peau. Disposition à peu près symétrique sur les joues et sur le front. Oreilles et cou indemnes. Début par les mains il y a 2 ans.

On voit, par ces observations, que la durée des verrues peut être très

longue; cependant la guérison spontanée est possible, quoiqu'il ne faille pas y compter ni s'abstenir en l'attendant.

Le pronostic est sérieux, à cause de cette durée sans limites, et parce que l'exubérance des verrues produit des déformations désobligeantes.

Diagnostic. — Les verrues vulgaires, communes, avec leur saillie relativement considérable, leurs fissures, leur coloration noire, leur enveloppe hyperkératosique, pourraient être confondues avec la tuberculose *verruqueuse*, papillomateuse de Riehl et Paltauf. Mais celle-ci ne se présente jamais avec un aussi grand nombre d'éléments; elle a une base plus large, plus irrégulière, elle saigne ou suppure quand on enlève les croûtes qui la recouvrent, elle est douloureuse à la pression, etc.

Les *navi verruqueux* pigmentaires, pileux, se distinguent par leur fixité absolue, par leur origine congénitale, par l'absence de contagiosité et d'auto-inoculabilité.

Les verrues planes juvéniles pourraient être confondues avec le lichen plan, surtout quand elles siègent au dos des mains et des poignets, quand elles sont confluentes, quand elles offrent un aspect nacré et brillant. L'absence de toute démangeaison, leur étroite localisation, leur évolution les distingueront.

L'*acné varioliforme* ou *molluscum contagiosum*, dans ses éléments jeunes, initiaux, offre une certaine ressemblance avec les verrues planes. Mais, en même temps que les éléments récents et à côté d'eux, on en trouvera de plus anciens, de plus développés, qui, avec leur forme globuleuse et leur ombilication, donneront la signature de la maladie.

Traitement. — Le traitement des verrues est général et local. Le traitement général est très incertain; on a vanté l'arsenic à l'intérieur (liqueur de Fowler, V à X gouttes par jour), la magnésie (1 gramme par jour). Quelques auteurs ont préconisé la teinture mère de *Thuja occidentalis* à doses progressives (X, XX, XXX, XL, L gouttes et davantage). Ce médicament sera essayé dans les cas très étendus et rebelles. Il faut compter avant tout sur le traitement local. On détruira les grosses verrues par la cautérisation au galvano ou au thermocautère, par le raclage à la curette suivi d'un pansement antiseptique. On pourra anesthésier préalablement les surfaces avec l'iodure d'éthyle, le stypage au chlorure de méthyle, etc. Dans les verrues planes et jeunes, les badigeonnages répétés de teinture d'iode peuvent suffire; ils m'ont donné des succès.

Feulard a guéri en 15 jours la fillette citée plus haut avec savonnages quotidiens au savon salicylé de Vigier, suivis de lotions avec :

Eau distillée.	100 grammes
Alcool à 90°	50 —
Salol	1 gramme
Sublimé.	0 ^{gr} ,15

L'enfant prenait, en outre, 1 gramme de magnésie par jour.

La prophylaxie doit s'exercer dans les familles, les écoles, les asiles, les hôpitaux d'enfants. Il faut éviter tout contact entre les sujets porteurs de verrues et ceux qui en sont indemnes, empêcher les poignées de mains, les baisers, les changements de plumes, crayons, gants, etc.

IV

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

PAR LE D^r J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

On doit rapprocher des verrues le molluscum contagiosum de Bateman ou *acné varioliforme* de Bazin, à cause de sa forme, de ses allures cliniques, de sa transmissibilité, de son auto-inoculabilité. Il se présente en effet sous forme de petits éléments arrondis ou globuleux, disséminés à la face, d'aspect opalin, semi-transparent, à centre déprimé, ombiliqué. Cette ombilication centrale fait aisément reconnaître le molluscum contagieux et justifie l'appellation d'*acné varioliforme*.

Étiologie. — L'*acné varioliforme* est reconnue depuis longtemps comme une affection contagieuse. Caillaud (*Archives générales de médecine*, 1851) en a fourni la preuve : Le 22 février 1851, il entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Sainte-Marthe, une petite fille de sept ans, atteinte de molluscum de Bateman; dans les trois mois qui suivent l'entrée de cette enfant, 14 petites malades sur 50 sont atteintes de cette affection. Tommasoli (*la Riforma medica*, 1889) trouve, dans un asile de la ville de Sienne, 56 enfants atteints de molluscum contagieux de Bateman, alors que, dans trois autres asiles, il n'en existait aucun cas.

J'ai, pour ma part, vu, nombre de fois, plusieurs enfants de la même famille présenter des éléments d'*acné varioliforme*.

E. Besnier et A. Doyon, qui affirment la contagiosité de la maladie, citent de nombreux auteurs ayant professé la même opinion : Bignon (*De l'acné varioliforme*. Thèse de Paris, 1880); Ch. W. Allen (*Journal of cut. and ven. dis.*, 1886); Neisser (*Viert. f. Derm. und Syph.*, 1888); L. Moreau (*Du molluscum contagiosum envisagé comme maladie parasitaire*. Thèse de Paris, 1889).

D'ailleurs l'inoculation directe a donné des résultats positifs à Retzius, Vidal, Haab. Pick (*Münch. med. Woch.*, 1891) inocule le contenu d'un molluscum contagiosum, pris à la joue d'un adulte, à la face interne des cuisses d'un garçon et d'une fille. Deux mois se passent sans résultats. Le troisième mois, les deux points d'inoculation sont le siège de petites tumeurs qui prennent graduellement tous les caractères de l'*acné varioliforme*.

Anatomie pathologique. — Pour Renaut (de Lyon), le molluscum contagieux est constitué par une tumeur lobulée profondément, ombiliquée à la surface, ayant la forme d'une bourse pleine dont on aurait serré les cordons. Quand il y a fusion en un seul de plusieurs éléments, la tumeur peut être irrégulière, peut présenter plusieurs ombilics, etc. Elle est énucléable et