

Cette difficulté est d'autant plus réelle que, dans ces circonstances et chez des jeunes filles profondément lymphatiques, un très petit nombre de poux qu'on peut ne pas voir, dont la présence n'est accusée que par quelques lentes, suffit pour provoquer un engorgement ganglionnaire très marqué, hors de toute proportion avec les lésions impétigineuses du cuir chevelu et même avec la démangeaison qui peut être minime ou inconsciente.

Traitement. — Le traitement de la phtiriase du cuir chevelu vise à détruire les poux et leurs lentes, mais il varie suivant l'état du cuir chevelu. Chez les garçons, on commence par couper les cheveux ras, mais chez les jeunes filles on peut toujours éviter de sacrifier la chevelure, le traitement en est simplement rendu un peu plus minutieux. Quand les lésions sont sèches, on peut savonner la tête pour dégraisser la peau et les cheveux, puis faire une lotion avec du sublimé au 1/1000 ou au 1/500. Dans ces cas, on peut employer avec avantage la lotion des hôpitaux de Copenhague (1 gramme de sublimé dans 500 grammes de vinaigre). Ces moyens seraient difficiles ou irritants quand il y a d'abondantes lésions croûteuses. Il faut alors recourir aux pommades, j'emploie la suivante :

Axonge.	20 grammes
Calomel.	2 —
Naphtol β.	1 gramme

Appliquer abondamment chaque soir et nettoyer la tête tous les matins avec de l'eau tiède et du savon ou de la décoction de bois de Panama. On peut employer des pommades au Baume du Pérou (10 pour 100), au soufre (10 pour 100), ou encore l'onguent mercuriel simple. Au bout de trois ou quatre applications les poux sont détruits. Dans les écoles primaires où il faut souvent forcer la main aux parents pour obtenir qu'ils débarrassent des poux la tête de leurs enfants, on peut recommander un mélange en parties égales de pétrole et d'huile d'olives. On en enduit abondamment la tête des enfants le soir, on la recouvre d'un bonnet et le lendemain matin on fait un savonnage à l'eau tiède. Cette opération, répétée deux ou trois soirs de suite, suffit pour tuer tous les parasites. Il est essentiel d'employer l'huile lampante de pétrole et non l'essence, qui est trop inflammable.

L'impétigo du cuir chevelu guérit d'habitude presque spontanément après la destruction des parasites, cependant il laisse quelquefois persister un eczéma sec ou suintant, qui réclame un traitement spécial.

On se débarrassera des lentes en imbibant la chevelure de vinaigre après l'avoir dégraissée par un lavage au savon ou à la décoction de Panama, puis en la peignant avec un peigne fin trempé fréquemment dans le vinaigre. L'acide acétique diminue l'adhérence des lentes que le peigne peut entraîner jusqu'à l'extrémité du cheveu. Dans les cas graves, on traitera la santé générale des malades et on leur donnera l'huile de foie de morue et les reconstituants.

XXXIII

POU DU PUBIS

PAR LE D^r W. DUBREUILH

Le *Phthirus pubis* Kuch., ou morpion, est un pou dont l'habitat le plus habituel est la région génitale ou axillaire de l'adulte des deux sexes; il peut, surtout chez les individus velus, envahir les cuisses, le ventre et la poitrine. On peut le rencontrer cependant chez l'enfant, mais toujours dans des situations anormales comme les paupières ou le cuir chevelu.

Le pou du pubis a été observé dans le cuir chevelu par Trouessart chez un enfant de 5 mois, nourri au sein par une nourrice qui avait aussi des morpions dans les régions habituelles; l'enfant en avait en même temps dans les cils; Heisler a trouvé chez un enfant de 14 mois des poux du pubis dans les cils, les sourcils et tout le cuir chevelu. J. Grindon a observé une famille de 5 enfants de 5 à 12 ans qui tous avaient des morpions dans les cheveux, ainsi que la mère et probablement le père. Dans tous ces cas le prurit et les phénomènes inflammatoires paraissent avoir été très peu accusés.

La phtiriase des paupières est assez rare, elle ne s'observe que chez des femmes et surtout des enfants (20 enfants sur 50 observations), et, dans tous les cas où la détermination du parasite a été faite, il s'agissait du pou du pubis. Cette maladie a fait en 1891 l'objet d'une note de Jullien à la Société de dermatologie, dans laquelle sont rappelées toutes les observations antérieures au nombre d'une trentaine; depuis lors ont paru des thèses: Burdin (Bordeaux, 1891-1895), Guyard (Paris, 1895-1894) et des observations isolées.

La phtiriase palpébrale se manifeste sous forme d'une blépharite ciliaire plus ou moins intense, tantôt une simple rougeur du bord des paupières, tantôt un gonflement très marqué avec production de croûtes qui agglutinent les cils, ou une conjonctivite assez accusée. Le prurit est variable, parfois intense, d'autres fois presque nul. Les parasites sont assez difficiles à découvrir; ils sont appliqués sur la peau à la base des cils. Leur couleur grisâtre ou brunâtre, leur immobilité fait qu'on ne les voit pas toujours, même en les cherchant. Leur nombre est quelquefois considérable, et Jullien en a extrait 100 sur une seule paupière. Les lentes sont plus faciles à voir sous forme de grains gris et nacrés adhérents aux cils, soit isolés, soit en série; on en a vu jusqu'à cinq échelonnés le long d'un cil.

Le meilleur traitement, d'après Jullien, serait l'extirpation de tous les poux avec une pince. On pourrait cependant essayer aussi une pommade mercurielle faible, telle que celle qu'on emploie souvent pour la blépharite ciliaire et formée de 5 grammes de vaseline avec 0,05 centigrammes d'oxyde de mercure rouge ou jaune.

XXXIV

GALE

PAR LE D^r W. DUBREUILH

La gale est la plus anciennement connue des maladies parasitaires; elle est due à un acarien, le *Sarcoptes scabiei*, dont la femelle vit dans l'épiderme et y dépose ses œufs.

Description clinique. — Les symptômes de la gale sont de deux ordres: d'une part un phénomène subjectif, le prurit; d'autre part des lésions objectives dont les unes sont caractéristiques et provoquées par la présence même de l'acare, comme le sillon et la vésicule perlée; les autres, causées surtout par le grattage, sont très variables et constituent une éruption polymorphe peu caractéristique par elle-même.

Le prurit de la gale est exclusivement nocturne, parce que l'acare ne travaille que la nuit et il n'apparaît que quand le malade est couché. Cependant, il peut y avoir pendant la journée des démangeaisons dues aux éruptions secondaires qui peuvent être prurigineuses pour leur compte, comme l'eczéma scabieux. Quelquefois le prurit existe, mais n'est pas perçu: le malade affirme qu'il ne sent rien, mais il se gratte inconsciemment, on en a la preuve par les traces manifestes de grattage qu'il présente.

La seule lésion pathognomonique de la gale est le sillon; c'est une ligne plus ou moins sinueuse dont la longueur varie de 5 à 10 ou 20 millimètres et dont la largeur ne dépasse pas $\frac{1}{3}$ de millimètre. Il est généralement gris ou noirâtre aux mains par suite de l'incrustation des poussières; il est d'un blanc mat sur les parties couvertes, surtout chez les personnes très propres. Des deux extrémités du sillon, l'une correspond à l'orifice d'entrée, elle est plus ou moins altérée et oblitérée par les frottements et l'usure des couches superficielles de l'épiderme, l'autre présente une saillie hémisphérique très minime, l'éminence acarienne; elle a la même largeur que le sillon et présente une couleur brune qui n'est bien visible qu'à la loupe et qui est due aux épimères et autres parties chitineuses du sarcopte vues par transparence à travers la couche cornée. Le sillon est une galerie creusée dans l'épaisseur de l'épiderme par la femelle adulte et fécondée, elle y dépose ses œufs qui éclosent au bout d'une huitaine de jours. Les jeunes larves perforent la voûte de la vésicule pour sortir. Ce sont ces minimes perforations qui se remplissent de poussières, d'où la teinte grise ou noire du sillon. Cette couleur s'arrête à 1 millimètre environ de l'éminence acarienne et cette portion à peu près invisible du sillon correspond à celle dont les œufs ne sont pas encore éclos. L'éminence acarienne correspond au cul-de-sac où se trouve logé le parasite ou logette acarienne. Le sillon ne détermine aucune réaction inflammatoire, il est creusé dans un épiderme absolument sain. Si on trouve sur ce trajet une vésicule ou une pustule, il est facile de voir que

le sillon est soulevé dans son entier. On ne trouve sur la vésicule que le sillon; l'éminence acarienne est généralement au delà.

Pour extraire un acare de son sillon, le meilleur moyen est de faire pénétrer dans le sillon, à quelque distance en arrière de l'acare, une pointe d'aiguille et de déchirer l'épiderme qui forme le toit de la galerie; on découvre ainsi l'acare, et il est facile de le cueillir avec la pointe de l'aiguille dans le cul-de-sac où il est blotti. L'opération est d'autant plus facile que l'animal adhère à l'aiguille dès que celle-ci le touche.

C'est surtout dans les points où le prurit est plus actif qu'on trouve les sillons. Cela est à peu près vrai, mais non pas absolument, car il faut, pour que le sillon soit bien conservé et facile à trouver, que la région ne soit pas trop énergiquement grattée, ou que l'épiderme y soit assez épais pour que la galerie ne soit pas détruite par le grattage. Aussi la localisation des sillons reconnaissables est-elle plus restreinte que celle des autres manifestations de la gale. Chez l'adulte et les enfants d'un certain âge, on trouve les sillons surtout sur les faces latérales des doigts, près de la base, à la face antérieure du poignet, à la verge, aux seins chez les filles, rarement à la partie interne de la plante du pied. Dans les régions telles que les coudes, la poitrine, les cuisses où le prurit est violent, où les éruptions scabieuses sont très intenses, il est souvent difficile de trouver un sillon. Chez les jeunes enfants, le grattage est moins énergique, et il est facile de trouver des sillons aux fesses, où chez l'adulte ils sont rares.

Parmi les lésions éruptives de la gale, la plus caractéristique est la vésicule perlée. Ces vésicules ont le volume d'un grain de mil ou d'une tête d'épingle; elles sont assez saillantes, dures, profondes, d'une couleur grisâtre, perlée, et siègent sur les faces latérales des doigts ou dans les commissures. Elles sont toujours disséminées, jamais groupées, du reste très peu nombreuses puisqu'on n'en trouve souvent pas plus d'une demi-douzaine sur chaque main. Elles se développent d'habitude en arrière de l'acare, sous le sillon qu'elles soulèvent. Les vésicules perlées sont très caractéristiques, elles diffèrent de celles de l'eczéma ou de la dyshidrose, parce qu'elles sont peu nombreuses et jamais groupées; elles peuvent, du reste, manquer assez souvent ou être masquées par d'autres éruptions.

Les autres éruptions de la gale sont variables et n'ont de caractéristique que leur distribution; elles sont souvent mélangées, mais suivant les cas l'une ou l'autre forme éruptive peut dominer. Ce sont des papules miliaires, rouges, plus ou moins écorchées et surmontées d'une crôtelette noirâtre, disséminées sans ordre, quelquefois très abondantes, au point même de former des plaques lichénoïdes, mais sans jamais constituer de groupements définis. En dehors de la vésicule perlée, il y a des vésicules de toutes formes et de toutes dimensions, petites, nombreuses, superficielles et plus ou moins déchirées, ressemblant de tout point à celles de l'eczéma; d'autres fois, elles peuvent offrir de très grandes dimensions. H. Fagge et J. Hutchinson ont signalé des cas de gale simulant le pemphigus par le volume des bulles qui pouvaient atteindre la grosseur d'un œuf. Très souvent les lésions vésiculeuses, crôteuses et papuleuses se groupent de façon à reproduire la

physionomie de l'eczéma. Et, en somme, il s'agit là d'un véritable eczéma, dont l'origine est indiquée par l'intensité et la périodicité régulièrement nocturne du prurit et par la distribution caractéristique. Il occupe les mains et les poignets, les coudes dans une assez grande étendue, les régions pectorales, le ventre, les fesses, la partie supérieure des cuisses et, chez les petits garçons, la verge. Il s'agit d'un eczéma croûteux, sauf aux mains où il est quelquefois sec.

Les éruptions pustuleuses ne sont pas moins fréquentes ni moins variables. Il y a peu de cas de gale où les pustules manquent complètement; il en est où l'éruption est purement pustuleuse. Sur les mains, ce sont des pustules typiques de la grandeur d'un grain de chènevis à une lentille, rondes, saillantes, hémisphériques, remplies de pus jaune. Sur les coudes, où elles sont très fréquentes, leur voûte est plus mince, elles forment plus facilement des croûtes; aux membres inférieurs, elles revêtent souvent l'aspect de l'ecthyma. Les pustules les plus typiques, et surtout celles des mains, sont constituées par la suppuration des vésicules perlées. Cette suppuration tient surtout au tempérament lymphatique des malades; elle amène une augmentation considérable du volume des vésicules et une certaine réaction inflammatoire du voisinage. On trouve dans la voûte des pustules un sillon qui les parcourt suivant un diamètre.

On peut même voir des pustules à la face, sous forme d'impétigo typique, mais ce n'est plus de la gale, c'est un impétigo provenant de ce que le malade s'est inoculé à la face le pus provenant des autres localisations éruptives. Il est à remarquer que ces gales pustuleuses à éruption profuse sont très peu prurigineuses, voire même tout à fait indolentes, ce qui tient probablement au peu d'excitabilité nerveuse des enfants lymphatiques qui en sont atteints. Toutes ces lésions éruptives n'ont de caractéristique que leur siège. Elles occupent les régions qui sont le siège de la démangeaison. Aux mains, ce sont surtout les faces latérales et dorsale des doigts, les bords de la main et la face palmaire des poignets; on y trouve toutes les modalités éruptives, des vésicules, des papules, des pustules, des croûtes irrégulières; aux avant-bras on trouve des papules ou des lésions d'eczéma vésiculeux et croûteux; aux coudes, il est très fréquent de voir des groupes de pustules assez volumineuses et des croûtes.

La santé générale peut être influencée par la gale. Le prurit nocturne empêche de dormir et peut amener, de la sorte, un dépérissement général. Les gales pustuleuses abondantes sont plus particulièrement graves: elles peuvent déterminer des adéno-phlegmons ou même des accidents d'infection purulente. Enfin, la suppuration, même superficielle, n'est pas sans inconvénients, elle finit par épuiser les petits malades et la résorption des toxines amène de l'albuminurie et de l'urémie.

Étiologie et anatomie pathologique. — Le parasite qui cause la gale est la femelle fécondée du *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. Il présente une forme un peu ovale mesurant $1/5$ de millimètre de long, sur $1/4$ de millimètre de large, bombé en dessus, aplati en dessous, offrant donc quelque analogie avec la forme d'une tortue. Le corps de l'animal est translucide,

blanchâtre, on voit s'y détacher en brun les épimères ou portions épaissies du revêtement chitineux qui servent de point d'appui aux articulations des membres. En avant et sur la ligne médiane se trouve l'appareil buccal; à droite et à gauche émergent les quatre paires de pattes, les deux antérieures terminées par une ventouse pédiculée, les postérieures par une longue soie, en arrière et sur la ligne médiane une petite fente qui est l'anus. On distingue souvent dans le corps de l'acare un œuf dont le volume est considérable relativement à celui de l'animal. Tous ces détails se voient en plaçant l'animal sur une lampe porte-objet dans une goutte de glycérine, en recouvrant d'une lamelle et en observant avec un grossissement de 100 diamètres.

Le mâle, beaucoup plus petit que la femelle, se reconnaît par les ventouses des pattes postérieures et par un appareil chitineux en forme de fer à cheval qui sert de soutien au pénis. Il est très difficile à observer, ne creuse pas de galeries ou seulement juste assez pour se cacher pendant le jour.

La femelle au contraire, sitôt qu'elle est fécondée, commence à creuser une galerie dans laquelle finira sa vie, car la disposition des soies du corps et des pattes postérieures lui défendent de se retourner ou de reculer. Cette galerie est creusée dans l'épaisseur de la couche cornée de l'épiderme (Török, Dubreuilh); cependant Schischa¹ a montré que, dans les régions à épiderme mince, la partie antérieure du sarcopte peut se trouver engagée sous la couche granuleuse. La kératinisation se fait alors d'une façon si hâtive que la partie postérieure de l'animal est enveloppée par la couche cornée. L'acare y pond presque chaque jour un œuf qu'elle y place transversalement et qui éclôt au bout de 5 ou 6 jours. La voûte de la galerie est perforée d'une série de petits trous qui ont été faits par les jeunes larves qui sortent au fur et à mesure de leur éclosion. Les larves n'ont que six pattes; après une série de mues, elles se transforment en nymphes qui diffèrent des femelles adultes par leur moindre volume et l'absence d'organes génitaux, puis en individus adultes et pubères. Il se fait encore une mue après la fécondation, quelquefois même alors que la femelle a commencé son sillon.

Le sarcopte ne travaillant que la nuit, c'est surtout la nuit que se fait sentir la démangeaison; celle-ci, comme l'a montré Hardy, est surtout due à un venin sécrété par le parasite. La même cause détermine la production de la vésicule perlée qui naît dans les parties supérieures de la couche épineuse juste au-dessus de l'acare: mais comme cette vésicule ne prend qu'au bout de quelques jours un volume suffisant pour être visible à l'œil nu, elle ne soulève généralement que le sillon et non le parasite qui l'a déjà dépassée.

La transmission de la gale se fait par le transport de l'individu malade sur l'individu sain de larves et de nymphes des deux sexes ou de jeunes femelles récemment fécondées, car, une fois que les femelles adultes ont commencé leur sillon, elles n'en peuvent plus sortir. Cette transmission se fait presque exclusivement la nuit, aussi les enfants peuvent-ils impunément recevoir les soins de leurs parents galeux ou jouer avec des camarades malades sans être infestés, mais, après une seule nuit passée dans le lit d'un galeux, la contagion est presque fatale. L'âge et le sexe sont sans influence.

(¹) SCHISCHA. Zur Anatomie des Scabies. *Archiv für Dermat.*, 1900, t. LIII, p. 313.

les enfants peuvent être atteints dès leur naissance, et l'on a pu voir des familles, des villages où la gale est endémique et héréditaire, où les enfants la prennent en naissant et la gardent toute leur vie. Comme les draps de lit peuvent recéler des sarcoptes, on peut contracter la gale en couchant dans le lit occupé la nuit précédente par un galeux.

Diagnostic. — Le diagnostic absolu de la gale ne peut se fonder que sur un seul signe, la découverte de l'acare ou au moins du sillon caractéristique. On doit chercher les sillons surtout aux mains, notamment sur les faces latérales des doigts, aux commissures des doigts, à la face antérieure des poignets, chez les enfants on en trouve souvent à la paume des mains; il est aussi généralement facile d'en trouver sur la verge, même chez les très jeunes enfants. Lorsque l'éruption atteint les pieds, on y trouve facilement des sillons. Dans les autres régions du corps, il est beaucoup plus difficile d'en découvrir, si ce n'est chez les jeunes enfants. Un sillon bien net est un signe tout à fait probant; mais, dans bien des cas où l'on a des doutes, il est utile de chercher l'acare dans des lésions dont la nature est assez incertaine, on peut quelquefois en trouver un dans un sillon fruste à peine reconnaissable ou réduit à l'éminence acarienne. On doit donc chercher le sillon ou l'acare toutes les fois qu'on soupçonne la gale et, avec assez de patience, on parvient presque toujours à trouver l'un ou l'autre, ou les deux. Dans certaines gales très prurigineuses, tous les sillons sont écorchés, ils sont extrêmement courts, et, par suite, invisibles ou méconnaissables; il en est de même dans les gales eczémateuses où les sillons disparaissent sous les croûtes. Dans ces cas, la recherche la plus minutieuse peut être vaine, mais on pourra généralement s'en passer et se contenter des signes de probabilité, ou bien atténuer les lésions accessoires au moyen de quelques bains d'amidon et d'une pommade émolliente, ce qui permettra, au bout de quelques jours, de trouver des sillons. Dans quelques cas je n'ai pas trouvé de sarcopte, mais un œuf très reconnaissable.

En dehors de ce signe de certitude, il est un certain nombre de caractères qui permettent de diagnostiquer la gale avec une probabilité suffisante. Ces caractères ne doivent pas être cherchés dans les lésions éruptives elles-mêmes, mais dans la distribution des lésions. Une éruption polymorphe et prurigineuse, qui atteint les mains et la verge chez l'homme ou les mains et les seins chez la femme, est presque sûrement la gale, qu'elle soit papuleuse, pustuleuse ou eczémateuse. D'autres fois, l'éruption est à peu près généralisée, ce qui arrive surtout s'il y a des lésions eczémateuses étendues, et alors le dos et la face sont respectés; chez les très jeunes enfants, la face seule est indemne, et le dos peut être envahi. Le prurit lui-même fournit des caractères très importants. Ainsi une démangeaison à périodicité nocturne régulière doit toujours faire penser à la gale, qu'elle soit généralisée ou localisée dans les points de prédilection de la maladie. Lorsque les lésions éruptives accessoires sont très abondantes, elles peuvent être prurigineuses pour leur compte, et dès lors les démangeaisons peuvent aussi exister le jour, mais elles présentent toujours une exacerbation nocturne marquée.

Un dernier caractère de probabilité est tiré de l'étiologie. Quand toute

une famille est atteinte en même temps de démangeaisons, le diagnostic de gale est très probable. Il ne faudrait pas cependant de l'absence de ce symptôme conclure contre la gale, car il est très fréquent de trouver la gale évidente chez une personne que le prurit empêche de dormir alors que son conjoint nie toute démangeaison et toute éruption. En règle générale, un examen attentif le montrera atteint également de gale, mais d'une gale très atténuée malgré sa durée, parfois fort longue. Nous ne nous arrêterons pas sur le diagnostic différentiel de la gale, attendu qu'en raison du polymorphisme de l'éruption on pourrait le faire avec toutes les dermatoses prurigineuses, nous insisterons seulement sur les cas qui présentent un intérêt particulier chez l'enfant.

Le *strophulus* ou *prurigo simplex* des jeunes enfants est souvent facile à confondre avec la gale. La démangeaison prédomine toujours la nuit et quelquefois même est exclusivement nocturne. L'aspect de l'éruption fait souvent penser à la gale, mais elle est beaucoup moins variée et plus disséminée; elle est composée de papules urticariennes, quelquefois vésiculeuses, qui laissent à leur suite des papules miliaires écorchées très persistantes, mais on ne trouve que peu de pustules et très rarement des lésions eczémateuses, lesquelles existent toujours à un certain degré dans la gale. Enfin on ne trouve pas de contagion donnée ou reçue dans l'entourage.

La gale peut reproduire très exactement l'ensemble symptomatique de l'*eczéma généralisé*, mais l'éruption est moins uniforme, on y trouve plus facilement un mélange de pustules isolées; l'éruption offre des foyers de prédominance qui n'existent pas dans l'eczéma ordinaire. Dans l'eczéma généralisé, on trouve des lésions éruptives dans le dos et surtout à la face; en revanche, si le scrotum est souvent atteint, la verge ne l'est presque jamais; enfin le prurit n'est pas aussi exclusivement nocturne. Il faut dire cependant que la gale peut provoquer un eczéma qui se généralise et évolue pour son compte, surajoutant sa symptomatologie propre avec ses localisations et son prurit diurne; souvent des présomptions pourront être tirées de circonstances accessoires telles que la contagion.

Traitement. — Le traitement de la gale chez l'enfant est assez différent de ce qu'il est chez l'adulte. C'est ainsi que les traitements violents, rapides, qui sont en usage dans les hôpitaux d'adultes, doivent être évités chez les enfants, ils sont trop douloureux et trop irritants pour leur peau, de ce nombre est le traitement de Saint-Louis avec la pommade d'Helmerich.

Le *naphtol* est déjà beaucoup plus supportable et l'on peut employer la pommade suivante :

Axonge	100 grammes
Savon vert	50 —
Naphtol-β	15 —
Fleurs de soufre	10 —

On peut ne faire qu'une application le soir, sans bain préalable; il est cependant utile, si l'enfant est assez âgé et la peau pas trop irritée, de faire précéder la pommade d'un bon savonnage pour ouvrir les sillons et

de renouveler une ou deux fois l'application. Après avoir frotté tout le corps de la pommade, on couvre les mains et les pieds de gants et de chaussettes pour la maintenir en contact avec la peau. On peut rendre cette pommade moins irritante en supprimant le savon vert pour le remplacer par de la vaseline; en tout cas, elle détermine sur le moment une sensation de brûlure très vive mais assez passagère et causée par le naphthol.

Un procédé plus doux et très recommandable pour les enfants est le baume du Pérou, préconisé dans ces derniers temps par Jullien. Comme il est trop visqueux pour être employé seul, on y ajoute de l'huile :

Huile d'olives	100 grammes
Baume du Pérou.	20 à 50 —

On fait plusieurs soirs de suite une friction générale en prenant les mêmes précautions que ci-dessus pour les mains et les pieds. On peut, au besoin, remplacer le baume du Pérou par le Styrax qui est meilleur marché.

L'énergie de la friction doit être proportionnée dans chaque région du corps, non à l'abondance des lésions éruptives apparentes comme les malades sont toujours tentés de le faire, mais à l'abondance des sillons et à la résistance de l'épiderme. Il faut donc agir surtout sur les mains et les doigts. Il faut envoyer à la lessive ou à l'étuve ou bien faire passer à l'eau bouillante les draps de lit, le linge de corps, tant de nuit que de jour, pour détruire tous les jeunes sarcoptes qui pourraient y être restés ou bien les œufs arrachés par le grattage qui pourraient s'y trouver.

Dans les cas d'éruption eczémateuse très enflammée ou d'éruption pustuleuse très abondante, il faudra atténuer ces accidents avant de commencer le traitement avec quelques bains de son et des applications très larges et fréquentes de pommade à l'oxyde de zinc à laquelle on pourra du reste ajouter une faible dose de baume du Pérou pour la rendre parasiticide et calmer d'autant mieux la démangeaison :

Vaseline.	50 grammes
Oxyde de zinc	10 —
Baume du Pérou.	2 à 4 —

Malgré toutes ces précautions, il peut arriver que le traitement laisse une peau très enflammée et que l'eczéma provoqué par la gale survive à la cause qui lui a donné naissance. Il faudra alors agir par les bains de son, par la pommade à l'oxyde de zinc :

Vaseline.	50 grammes
Oxyde de zinc	10 —
Acide salicylique.	1 gramme

et ne reprendre le traitement de la gale que si la découverte d'un sarcopte vivant prouve péremptoirement l'échec du premier traitement.

Lorsqu'il s'agit d'une gale de famille, il faut traiter toute la famille à la fois, malades et suspects, pour éviter les réinfections successives qui entretiendraient indéfiniment la maladie.

XXXV

APLASIE MONILIFORME OU MONILETHRIX

PAR LE D^r E. JEANSELME

Professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris.

Définition. — C'est une malformation *familiale* du système pileux, caractérisée par des étranglements annulaires situés, à intervalles égaux, le long des cheveux.

Le premier cas publié en France paraît être celui que Luce recueillit dans le service de Lailler en 1879. La même année, W. Smith décrivait aussi cette maladie en Angleterre.

Étude clinique. — A la naissance, la chevelure des enfants qui seront atteints de cette curieuse et rare dystrophie n'est pas moins bien fournie que celle des autres nouveau-nés. Mais la mue physiologique est beaucoup plus accusée et, vers la sixième semaine, le crâne est presque entièrement glabre. Les cheveux de repoussé sont très rares et d'une extrême ténuité, de sorte que, de prime abord, le sujet paraît atteint d'alopecie.

Si l'on considère attentivement un de ces poils follets, dont la longueur n'excède pas 3 à 4 millimètres, on distingue une série de ponctuations disposées en série linéaire, qui alternent régulièrement avec des strictures incolores. Ces cheveux, d'apparence zébrée, n'offrent aucune consistance. A la moindre traction, ils se brisent, et la rupture porte toujours sur l'un des points faibles, c'est-à-dire au niveau d'un étranglement inter-nodulaire.

Dans les cas plus bénins, les poils atrophiés et moniliformes sont disséminés, par groupes, au milieu d'amas de cheveux plus drus et régulièrement calibrés, dont la longueur atteint plusieurs centimètres. Cette inégale répartition de la dysgenèse éveille, à première vue, l'idée d'une alopecie en clairière.

La lésion prédomine toujours au cuir chevelu, mais elle ne s'y cantonne pas nécessairement. Suivant la remarque de Hallopeau, l'état moniliforme peut s'observer, à des degrés divers, sur les cils, les sourcils, les poils des aisselles, du pubis et des membres.

Examiné à un faible grossissement, le cheveu moniliforme apparaît constitué par une succession de fuseaux de coloration normale, reliés entre eux par des portions rétrécies dépourvues de pigment et de substance médullaire (fig. 1). Le trait de fracture est toujours sensiblement perpendiculaire à l'axe du poil, et les fragments ne sont pas dissociés en fibrilles, comme cela s'observe dans la trichorrexié noueuse.



Fig. 1.
Cheveu
atteint de
monilethrix.

Tous les cheveux ne sont pas touchés au même degré et, sur certains, il n'existe qu'une ébauche d'étranglement de distance en distance, appréciable seulement au microscope. Ceux qui sont relativement vigoureux sont en général régulièrement calibrés dans toute leur longueur.

L'état moniliforme des poils coexiste toujours avec des altérations notables de la peau. Le cuir chevelu est hérissé d'une multitude de petites élevures rouges, acuminées, d'où émergent les cheveux malades. Cet état granité, véritable xérodémie pileaire, peut déborder la lisière des cheveux et se répandre sur le front, les tempes, et plus particulièrement sur la face postérieure du cou. La kératose pileaire et l'état moniliforme sont en quelque sorte superposés, et il n'est pas douteux qu'il existe entre ces deux malformations des connexions étroites, mais encore mal déterminées.

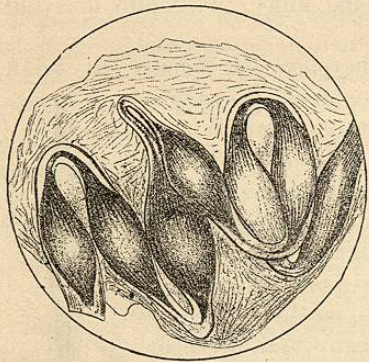


Fig. 2. — Cheveu de monilethrix replié sur lui-même et entouré d'écailles épidermiques.

Ça et là, quelques grains kératosiques sont ponctués d'une petite tache noire. D'après Archambault (de Bordeaux), il s'agit de cheveux moniliformes qui n'ont pu franchir les limites du cône épidermique, et qui se sont repliés plusieurs fois sur eux-mêmes (fig. 2).

Cette kératose pileaire peut s'observer non seulement sur le cuir chevelu, mais aussi dans ses divers lieux d'élection, et spécialement sur la face externe des membres.

De même que l'ichtyose et les autres malformations cutanées, l'aplasie moniliforme est incurable. Elle s'atténue parfois avec l'âge; mais les cheveux, toujours très espacés, secs et cassants, atteignent tout au plus quelques centimètres de longueur. A la puberté, le visage reste souvent imberbe et le corps glabre, car l'agénésie pileaire s'étend à tout le tégument externe.

Dans la forme commune, nulle erreur ne saurait être commise par un observateur attentif. Toutefois, les poils moniliformes sont de dimensions si minimes qu'ils peuvent passer inaperçus, et, dans ce cas, la dénudation du cuir chevelu attribuée à tort à une alopecie quelconque, celle que laisse le favus, par exemple, après guérison.

Telle est, dans sa forme classique, la seule qui ait été signalée jusqu'ici, l'aplasie moniliforme. Mais j'incline à penser qu'il existe des cas *frustes* dont on méconnaît la nature. Sur un jeune homme dont le cuir chevelu était hérissé d'épis et de mèches rebelles et frisottantes, la moindre friction faisait tomber une pluie de petits cheveux. Or, sur ces débris, j'ai pu constater, même à l'œil nu, l'état moniliforme. Le système pileux était rudimentaire, et la xérodémie très accusée, surtout au niveau de la nuque.

La trichorrexie noueuse est une maladie parasitaire des poils, caractérisée par des renflements grisâtres, au niveau desquels la tige se résout en

brindilles divergentes et se brise à la moindre traction. Cette trichopathie diffère donc de tout point de l'aplasie moniliforme. On peut en dire autant des concrétions bactériennes du leptothrix et des amas cryptogamiques de la piedra qui ne font pas corps avec le poil et ne compromettent pas sa solidité.

Étiologie et pathogénie. — L'aplasie moniliforme apparaît, en général, dès les premiers temps de la vie. Sur quelques sujets, cependant, elle n'a été reconnue qu'à l'âge adulte. L'un des caractères constants de cette dystrophie, c'est d'être essentiellement *héréditaire*. Mc Call Anderson signale 14 cas, tous congénitaux, dans la même famille, et Sabouraud 17 cas répartis dans cinq générations. En dehors de cette notion solidement établie, tout est obscurité. Il est bien certain que le système nerveux commande cette dysgenèse; on a relevé des cas d'aliénation mentale et d'incontinence d'urine dans ces familles à cheveux moniliformes et, dans quelques observations, il semble que le cas initial soit imputable à un choc nerveux. Mais on ignore le mécanisme intime qui réalise cette infirmité. On a émis l'hypothèse d'un trouble intermittent de la circulation ou de l'innervation papillaire, mais sans fournir aucune preuve à l'appui de cette assertion. On a tenté aussi d'incriminer la xérodémie qui accompagne l'état moniliforme, mais la xérodémie est une lésion d'une grande banalité, tandis que l'aplasie moniliforme est d'une extrême rareté. Je serais donc porté à croire qu'entre ces deux malformations cutanées il n'existe aucun lien étiologique et qu'elles relèvent toutes deux de la même cause encore inconnue.

Les recherches histologiques de Wallace Beatty et de A. Scott établissent que les poils malades se renflent simultanément, puis s'étranglent tous en même temps, deux jours après environ. Ce rythme synchronique ne semble-t-il pas exclure l'idée d'une lésion nerveuse périphérique ou d'une altération autonome de la papille pilifère, et n'invite-t-il pas, au contraire, à supposer l'existence d'un trouble du système nerveux central?

Sur une mère et un enfant, tous deux atteints de monilethrix, j'ai vu la dystrophie pileaire coïncider avec une malformation des pupilles qui, au lieu d'être situées au centre des iris, étaient reportées en haut et en dedans.

Traitement. — Des frictions énergiques avec des pommades contenant du soufre ou de l'huile de cade m'ont donné des résultats encourageants. Il ne peut être ici question de guérison, bien entendu; mais il est manifeste que les cheveux des sujets ainsi traités sont devenus plus nombreux et plus longs. Le réveil et l'amendement de la trichogenèse me paraît dû bien plus à l'action mécanique du massage qu'aux divers ingrédients incorporés dans les pommades.