



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N° 354

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René BETFERT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

Président : M. E. JEANSELME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923



100.

35

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René BETFERT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

Président : M. E. JEANSELME, professeur



IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	CHAUFFARD
Clinique des maladies des enfants	MARFAN
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	JEANSELME
Clinique des maladies contagieuses	PIERRE MARIE
	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique	AUGUSTE BROCA
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILÉAU
Clinique propédeutique	PIERRE DUVAL
	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	REITTERER
ALGLAVE	FISSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOLLET	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEI-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de ma reconnaissance
et de ma sincère affection.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR JEANSELME

A qui nous exprimons notre reconnaissance et nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR BODIN

Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous le remercions de nous avoir aidé en nous fournissant la documentation et les matériaux qui nous ont permis l'édification de ce travail. Nous le prions de croire à la sincérité de nos sentiments très reconnaissants.

AVANT-PROPOS

En terminant nos études médicales il est un devoir qui nous incombe : c'est d'adresser aux Maîtres qui les ont dirigées l'expression de notre sympathie et de notre reconnaissance.

Nous sommes particulièrement reconnaissant à M. le professeur Le Moniet de qui nous eûmes l'honneur d'être l'externe puis l'interne. Ce maître nous initia à la Pathologie chirurgicale et sut nous faire apprécier l'intérêt et l'attrait que présente l'enseignement au lit du malade. Nous le remercions vivement de la sollicitude avec laquelle il nous dirigea au début de nos études médicales.

Nous sommes reconnaissant à M. le Dr Le Balle qui fut le collaborateur de notre Maître pour la complaisance avec laquelle il nous donna ses conseils.

Nos remerciements s'adressent également à M. le professeur Véron et à son Chef de Clinique M. le Dr Brault dont nous fûmes l'externe puis l'interne suppléant ; ces deux Maîtres nous ont instruit dans l'art des accouchements. Nous saurons tirer profit de leurs leçons théoriques et des conseils qu'ils nous ont tant prodigués pour notre Pratique.

MM. les professeurs Chenet, Millardet, Bourdinière dans les services desquels nous avons rempli les fonctions d'interne, ont eu pour nous la plus grande bienveillance : nous les en remercions.

M. le professeur Chevrel nous a guidé dans l'Etude de la Médecine infantile. Nous aurions voulu pouvoir suivre plus assidûment et plus longtemps ses Consultations et ses Visites dont nous rapportions chaque fois tant de connaissances nouvelles. Nous lui exprimons notre reconnaissance.

A M. le professeur Bodin dont les consultations intéressantes nous ont permis d'apprendre la Pratique de la Dermatologie et qui nous a guidé dans la rédaction de notre Thèse, nous adressons de nouveau nos plus vifs remerciements.

M. le professeur Marquis a su nous intéresser à son cours de Pathologie chirurgicale en l'illustrant par des faits recueillis dans sa laborieuse et déjà longue carrière. Nous lui sommes reconnaissant des renseignements et des conseils qu'il nous a donnés avant d'aborder la pratique de la médecine.

M. le professeur Le Damany a bien voulu nous communiquer les observations qu'il avait recueillies sur le Pityriasis rosé, et l'extrait du Journal la *Presse médicale* qu'il avait fait paraître au sujet de cette affection. Nous lui adressons tous nos remerciements. Nous lui sommes très reconnaissant aussi du précieux enseignement qu'il nous donna dans ses Cliniques médicales.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

INTRODUCTION

En 1860 Gibert isolait du groupe des Pityriasis une affection à laquelle il donnait le nom de Pityriasis rosé et qu'il rangeait dans sa classification entre le Pityriasis simplex et le Pityriasis rubra. Depuis cette date l'étude de cette affection a été reprise dans plusieurs pays par divers auteurs, mais sous des noms différents. Aujourd'hui personne ne conteste l'individualité propre du Pityriasis rosé.

Mais si tous les auteurs sont d'accord pour admettre cette entité morbide, il n'en n'est plus de même quand il s'agit d'en expliquer la cause, d'en rechercher la nature. Les nombreux essais faits en ce sens tant en France qu'à l'étranger ont donné naissance à des théories variées dont quelques-unes ont encore leurs défenseurs. La question ne semble pas complètement résolue aujourd'hui.

Les théories qui attribuaient à un parasite, à un

champignon le Pityriasis rosé, théories qui sont l'œuvre de l'Ecole Viennoise avec Kapozi ont vite été abandonnées. Celles de Jacquet et Bouchard qui voyaient la cause du Pityriasis rosé dans une auto-intoxication due à des fermentations se produisant dans l'ectasie gastrique, a également perdu ses défenseurs.

Moingeard et Dubreuilh avait considéré le Pityriasis rosé comme un exanthème vrai semblable à la rougeole et à la scarlatine; pour eux l'affection ne récidivait pas; une première atteinte conférait l'immunité. Tel n'est point l'avis de Brocq ni de Le Damany pour qui les récidives sont rares mais possibles: aussi Brocq voit-il dans le Pityriasis rosé un pseudo-exanthème qui présente des analogies avec la roséole de la syphilis secondaire.

Sabouraud se basant uniquement sur l'anatomie pathologique considère le Pityriasis rosé comme un érythème polymorphe de cause interne à déterminer.

Mais que le Pityriasis rosé soit un exanthème vrai, un pseudo-exanthème ou un érythème polymorphe, cela n'explique point quel en est l'agent pathogène. Et la question en était là quand en 1919, dans un article paru dans la *Presse médicale* du 10 mars, Le Damany affirmait que Pityriasis rosé était une tuberculide; le bacille de Koch en serait l'agent causal, agissant soit par lui-même, soit par ses toxines.

Nous nous proposons au cours de ce travail de faire une revue de la question tout entière en réservant une grande part aux choses qui ont trait à la nature et à l'étiologie du Pityriasis rosé. Nous

passerons en revue les diverses théories émises à ce sujet et nous dirons les réflexions qu'elles nous suggèrent. Puis de nos observations nous essaierons de tirer quelques conclusions.

HISTORIQUE

Avant Gibert les auteurs faisaient une confusion profonde entre les affections qu'ils réunissaient sous le nom de Pityriasis.

Willan et Bateman qui ont étudié le Pityriasis en 1799 ne donnent aucune description correspondant à celle du Pityriasis rosé. Le Pityriasis que Cazenave (1820) et Rayet (1835) ont décrit n'a aucun rapport avec le Pityriasis rosé.

Peu de temps après la description qu'en donnait Gibert en 1860, Devergie décrivait encore cinq grandes espèces de Pityriasis mais aucune ne correspondait à l'affection décrite par Gibert. Néanmoins les travaux à ce sujet se sont succédés rapidement.

En 1868 Bazin dans son *Traité des affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, considère le Pityriasis rosé comme un pseudo exanthème qu'il range dans le groupe des arthritides, auprès du rhumatisme.

En 1876 Horand le désigne sous le nom de « Pityriasis circiné » et le présente comme une affection qu'il croit peu connue. Netton dans sa thèse fait un exposé de la question telle qu'elle se présentait en 1877 et conclut à un pseudo-exanthème.

Hardy en 1880 l'appelait « Pityriasis disséminé ».

Nicolas en 1880 consacre également sa thèse à l'étude de cette maladie et lui donne le nom de « Roséole squameuse » ; il se borne à décrire la maladie sans chercher à en expliquer la nature ; pour lui, d'ailleurs, le système nerveux jouerait un rôle primordial dans la genèse de cette affection.

En 1885 avec la thèse de Chapard il a conservé le nom de « roséole squameuse » ; mais Chapard a cherché à distraire du groupe des Pityriasis l'affection décrite par Gibert. Quant à sa nature il se range pour l'expliquer à l'opinion de Fournier qui en faisait un pseudo-exanthème, c'est-à-dire, quelque chose d'intermédiaire entre une dermatose chronique et une fièvre éruptive.

La même année Jacquet se basait sur la coexistence du Pityriasis rosé et de la dilatation d'estomac pour édifier sa théorie du Pityriasis rosé, manifestation d'une auto-intoxication.

L'année suivante (1886) Brocq frappé du fait que le Pityriasis rosé débutait souvent par une plaque primitive concluait à une affection parasitaire ou microbienne dont le microorganisme serait inconnu ; mais contrairement à l'Ecole Viennoise et Kapozi il n'assimilait pas cette affection à la Trichophytie.

Moingeard dans sa thèse résumait la question telle qu'elle se présentait en 1889 et de ses observations concluait que le Pityriasis rosé est un exanthème vrai.

En 1825 Gaucher dans son *Traité des maladies de Peau* le décrit parmi les affections érythémato-



squameuses mais ne conclut pas sur sa nature.

Dubreuilh dans son *Précis de Dermatologie* (1899) après l'avoir éliminé du groupe des Trichophyties, le rapproche des exanthèmes aigus comme la rougeole.

En 1900 Hallopeau dans son *Traité pratique de Dermatologie*, le décrit dans le chapitre des affections parasitaires, cependant que dès le début de la description qu'il en donne, il s'empresse de dire qu'il n'y trouve pas de trichophyton, que son évolution est différente de celle des maladies à trichophyton.

Brocq reprenant de nouveau la question dans son *Traité élémentaire de Dermatologie pratique* (1907) considère cette affection comme une sorte de pseudo-exanthème infectieux analogue à la roséole de la syphilis secondaire et dépendant d'une infection générale de l'organisme dont la porte d'entrée serait peut-être (?) la plaque primitive.

Par contre Sabouraud d'une étude histologique très serrée, conclut que le Pityriasis rosé doit être placé à côté des Erythèmes polymorphes, comme un érythème vésiculeux de cause interne à déterminer. Et Gougerot y trouve le résultat de l'imprégnation de l'organisme par un agent quel qu'il soit.

Quel serait donc cet agent ?

Le Damany dans la *Presse médicale* du 10 mars 1919 attribue au bacille de Koch ou à ses toxines les manifestations du Pityriasis et invoque à l'appui de sa thèse des raisons sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Telle est résumée l'histoire de la question en France.

A l'étranger, notamment en Angleterre et en Amérique où le Pityriasis rosé a été décrit, tous les auteurs ont en général adopté presque sans conteste l'opinion de Gibert. Mais Outre-Rhin Hébra et Kapozi (1871) le désignant sous le nom d'« herpes tonsurans maculosus » en ont fait une variété de Trichophytie ; cependant depuis eux Weyl et Unna (1888) l'admettent comme une entité morbide parfaitement distincte des Trichophyties.

En Italie Primo Ferrari (1888) après avoir dit trouver dans les lésions du Pityriasis le saccaromycète de Bizzero le décrit comme une maladie parasitaire. Aucune recherche ultérieure n'est venue confirmer sa théorie.

ETIOLOGIE

On admet que le Pityriasis rosé existe surtout chez les sujets jeunes entre 15 et 35 ans ; rare après 35 ans il est encore plus rare avant 15 ans. Cependant Bronson dans le *New-York Dermatological Society* du 20 décembre 1898 en rapporte un cas chez un enfant de 2 ans 1/2. Parmi les 24 cas que nous avons observés nous l'avons rencontré une fois chez un garçon de 13 ans et quatre fois après 35 ans (39 ans, 40 ans, 42 ans, 45 ans). D'ailleurs pour Brocq on peut l'observer à tout âge mais surtout de 12 à 45 ans : nos observations semblent confirmer cette théorie.

D'après Brocq les femmes seraient plus souvent atteintes que les hommes. Moingeard dans sa thèse donne le chiffre de 66 femmes sur 100 malades observés, soit les deux tiers et il invoque pour expliquer ce fait l'état de la peau de la femme qui est plus fine et plus délicate. D'après nos observations il semble au contraire que le Pityriasis rosé serait plus fréquent chez l'homme puisque sur les 24 cas observés nous n'avons trouvé que 7 femmes, soit à peine le tiers.

Le plus grand nombre de cas serait observé dans les saisons chaudes de l'année et surtout au printemps. Parmi 56 cas observés par Moingeard, 35 sont apparus pendant les mois d'avril, mai, juin. Dans nos observations nous l'avons surtout rencontré au mois d'octobre (6 fois sur 24 cas observés) puis en mars, juillet et août (3 fois dans chacun de ces mois).

Pour Kapozi qui considérait le Pityriasis rosé comme une dermatomycose, il se manifesterait plus fréquemment dans les saisons humides, et la maladie atteindrait surtout les personnes habitant des maisons mal aérées et les individus qui se servent dans les établissements de bains de linges mal séchés.

Lassar et Rosenthal ont incriminé le port de vêtements neufs et particulièrement de gilets de flanelle.

Bazin avait rattaché cette dermatose à l'arthritisme et il la considérait comme un pseudo-exanthème de même nature que le rhumatisme.

Bouchard et Jacquet ont voulu faire de la dilatation d'estomac la cause du Pityriasis rosé. Sur 12 cas observés à ce sujet Moingeard ne l'a trouvé que deux fois d'une façon certaine. Hallopeau et Leredde n'ont pas trouvé cette ectasie gastrique plus fréquente chez les malades atteints de Pityriasis que chez les individus normaux. Au contraire pour Brocq, les observations qu'il aurait recueillies lui permettent de confirmer la thèse de Jacquet. Dans les cas que nous avons observés nous n'avons pas recherché avec soin cette ectasie gastrique ; mais chez 5 de nos malades nous avons trouvé une dys-

pepsie ancienne qui n'avait, il est vrai, marqué aucune intensité particulière au moment ni avant l'éruption ; par contre chez un autre, sujet aux embarras gastriques, nous avons vu le Pityriasis rosé survenir immédiatement après l'un de ces accidents ; chez un autre, ancien dyspeptique, les troubles digestifs se sont montrés avec une acuité particulièrement intense avant l'éruption ; enfin dans 4 cas des malades, qui n'accusaient aucun trouble digestif antérieur dans leurs antécédents, ont vu leur maladie débiter par des symptômes gastriques qui ont précédé immédiatement l'éruption.

Si ces observations ne permettent pas de mettre directement en cause la dilatation d'estomac, elles n'en sont pas moins intéressantes à signaler : la fréquence des troubles dyspeptiques chez nos malades nous a paru suffisamment accusée pour attirer notre attention.

Le Pityriasis rosé récidive-t-il ? Pour Moingeard une première atteinte confère l'immunité ; pour Thibierge il n'y aurait jamais de récidive ; mais Brocq trouve cette proposition trop absolue : pour lui les récidives sont possibles mais semblent être fort rares. De même Le Damany cite deux cas de récidive mais convient que l'un d'eux, étant apparu huit jours après la guérison apparente de la première atteinte, doit être plutôt regardé comme une rechute. Dans nos observations nous n'avons observé aucun cas de récidive.

Le Pityriasis est-il contagieux ? Kapozi qui attri-

buait le Pityriasis à un champignon le considérait comme très contagieux et pour lui la contagion serait la cause occasionnelle la plus commune. Rien d'étonnant à cela si l'on songe que Kapozi assimilait le Pityriasis aux Trichophyties; mais le champignon décrit par Kapozi n'a jamais été retrouvé dans le Pityriasis.

Dès 1825 Gaucher niait énergiquement le caractère contagieux de la maladie et pour lui « tous ceux qui la disent contagieuse l'ont confondue à tort avec l'herpes tousurans maculosus dû au trichophyton ».

Cependant Horand et R. Crocker ont observé simultanément le Pityriasis chez deux membres d'une même famille. C'est là, il faut le dire, un fait très rare et peut-être n'y a-t-il eu qu'une simple coïncidence. Quant à nous, nous n'avons observé aucun fait pouvant seulement faire penser à une contagion possible.

On a invoqué comme preuve de contagion possible la tendance du Pityriasis rosé à apparaître en séries à certaines époques de l'année. Mais peut-être n'est-ce là qu'une influence saisonnière se faisant sentir sur le Pityriasis comme elle se manifeste dans beaucoup de maladies qui ne sont cependant pas regardées comme contagieuses.

Il est intéressant de remarquer qu'on observe le Pityriasis rosé avec une fréquence relative chez les sujets syphilitiques au moment où se montre la roséole.

On a d'autre part invoqué les émotions, les fatigues (Nicolas et Chapard). Le facteur émotion ne nous a pas paru douteux dans un cas de Pityriasis consécutif à un accident d'auto; quant au facteur fatigue nous l'avons nettement trouvé dans un cas, associé à des soucis graves.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A ce sujet nous ne ferons que signaler le champignon que Kapozi aurait trouvé dans les cellules nucléées des couches superficielles de l'épiderme et auquel il attribue la genèse de l'affection. Bien qu'il affirme la présence constante de ce champignon, il n'a jamais été retrouvé dans le Pityriasis rosé.

La lésion la plus apparente c'est la desquamation et dans cette desquamation on n'a jamais trouvé que des microbes et des spores banals comme il en existe dans tout épiderme normal.

L'examen microscopique a été pratiqué par Darier, Unna, Orro, Mosco et Sabouraud ; les lésions dermiques, les premières en date avant l'éruption, consistent en une vaso-dilatation des capillaires superficiels avec infiltration cellulaire périvasculaire et œdème de ces régions. L'œdème envahit l'épiderme et il se fait une diapédèse leucocytaire assez abondante dans le corps muqueux de Malpighi, pouvant aboutir à l'état spongoïde, décrit par Unna, et à la formation de vésicules.

Récemment, Milian a dit avoir constaté à plusieurs

reprises chez des malades atteints de Pityriasis une formule leucocytaire spéciale caractérisée par une leucocytose marquée avec polynucléose et éosinophilie notables.

SYMPTOMES

Gibert avait défini le Pityriasis rosé : « de petites
« taches furfuracées légèrement colorées, irrégulières,
« d'une étendue qui ne dépasse guère celle de l'ongle,
« nombreuses et rapprochées, quoique séparées toujours par quelque intervalle de peau saine,
« prurigineuses, qui se répandent sur les parties supérieures du corps, de préférence sur le cou, le haut de la poitrine, le haut des bras, mais pouvant successivement se propager de haut en bas jusque sur les cuisses, en sorte que la durée totale de l'éruption qui s'efface peu à peu dans les parties qu'elle avait occupées en premier lieu, à mesure qu'elle descend plus bas, se prolonge assez régulièrement pendant six semaines à deux mois. »

L'éruption commence généralement sans signes précurseurs par une plaque unique signalée et décrite par Brocq : elle ressemble à une plaque de Trichophytie. De forme et de grandeur variable, ses bords légèrement surélevés sont de couleur rose vif, tandis que son centre affaissé, est légèrement brunâtre ; elle s'accroît par ses bords en se décolorant au centre. Au lieu d'une plaque on peut en avoir deux,

rarement plus. Elle persiste seule, en s'aggrandissant pendant huit à quinze jours; elle peut passer inaperçue et parfois semble ne pas exister.

Puis apparaît l'éruption secondaire pour laquelle le malade vient le plus souvent consulter : ce sont de petites macules rosées, d'abord érythémateuses et squameuses, dont le centre se décolore ultérieurement en même temps qu'il s'affaisse et qu'il subit une sorte de plissé tandis que les bords restent roses et squameux (aspect de médaillons).

Ces éléments sont tantôt isolés, tantôt confluents; ils siègent habituellement sur les parties antérieures et postérieures du tronc, le cou, les membres supérieurs, la cuisse. Visage, mains et pieds sont exceptionnellement atteints.

Tous les éléments n'acquièrent pas le même degré d'intensité et ne se trouvent pas à un moment donné, au même stade de leur évolution si bien que l'aspect du Pityriasis rosé est presque toujours extrêmement polymorphe.

L'évolution est cyclique et se fait par poussées successives : la guérison survient en quatre à huit semaines sauf dans les cas rebelles qui peuvent durer des mois. Elle s'annonce par un affaissement de la saillie périphérique; l'épiderme se détache en squames fines et il ne reste plus qu'une macule peu apparente qui disparaît en huit à quinze jours.

Les symptômes fonctionnels peuvent manquer, l'éruption restant la seule manifestation de l'affection; cependant on peut trouver du prurit surtout au

début des poussées et ce prurit est particulièrement intense chez les névropathes et les intoxiqués.

Bazin a signalé la présence de malaises, d'insappétence, de fatigue, avec état fébrile ; c'est là semble-t-il une exagération : nous n'avons jamais constaté rien de cette sorte.

Rendu a signalé l'analgésie au niveau des éléments éruptifs et dans une observation il signale qu'il pouvait traverser la peau sans douleur. Moingeard a trouvé cette anesthésie dans un cas ; et dans un autre cas, Darier a pu inciser un élément sans provoquer aucune douleur.

FORMES CLINIQUES

Bazin a décrit deux formes se traduisant, l'une par des éléments maculeux (*P. maculosa*) l'autre par des éléments circinés (*P. circinata*): en réalité ce ne sont que les phases différentes d'évolution d'une même lésion.

D'après l'intensité et l'abondance de l'éruption on a décrit une forme discrète (les éléments disséminés sont peu nombreux) une forme moyenne (les éléments sont nombreux mais séparés par de grands intervalles de peau saine) une forme confluyente (les éléments très nombreux arrivent à se rejoindre et à se confondre).

Au point de vue de la distribution topographique, à côté de la forme à localisation classique il existe une forme à localisation cervicale supérieure mais ne dépassant pas en hauteur la région sous-maxillaire — une forme thoracique inférieure, — une forme abdomino-lombaire, — une forme localisée aux membres.

Enfin d'après l'évolution on peut observer des cas de Pityriasis qui durent des mois: ces formes rebelles sont rares.

COMPLICATIONS

Les complications sont exceptionnelles et leur apparition est souvent subordonnée à un traitement intempestif irritant, tel que l'emploi d'une préparation soufrée à la suite d'une erreur de diagnostic.

Cependant le prurit, s'il existe, et quelle que soit sa cause (parasites-intoxications) peut provoquer par le grattage qu'il engendre des lésions qui seront le point de départ d'une infection : les éléments prennent une couleur rouge ; leurs contours s'accusent ; des vésicules se forment puis se rompent et sont remplacées par des croûtelles : on se trouve alors en présence de lésions eczématisées formant avec le Pityriasis un ensemble bizarre.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif se fait par l'évolution de l'affection (plaque unique au début suivie de l'éruption secondaire), par la localisation habituelle des éléments sur les épaules, la base du cou, le thorax, et par l'aspect de ces éléments en médaillons à périphérie surélevée alors que le centre paraît affaissé et décoloré.

Le diagnostic différentiel est un problème qui doit être envisagé aux deux périodes d'évolution bien distinctes du Pityriasis rosé : au début, au moment où la plaque primitive seule existe, puis plus tard quand l'éruption secondaire est apparue.

La plaque primitive décrite par Brocq peut en imposer pour une plaque de Trichophytie cutanée ou de Parakératose psoriasiforme au début. Pour ce qui est de la trichophytie qu'on se rappelle que Kapozi a longtemps confondu le Pityriasis rosé avec cette affection. Si le siège du Pityriasis en des régions couvertes, associé à l'absence d'autres manifestations du trichophyton a permis parfois de faire le diagnostic, il n'en n'est pas moins vrai qu'on est souvent obligé de recourir au microscope qui per-

met de trouver ou non le champignon pathogène de la trichophytie.

De même la plaque primitive du Pityriasis est difficile à distinguer d'une plaque de parakératose psoriasiforme au début ; l'évolution du Pityriasis est sans doute plus rapide, mais il ne faut pas se baser sur ce caractère unique pour faire le diagnostic : il est prudent d'attendre l'apparition de l'éruption secondaire.

Il faut d'ailleurs reconnaître que les malades se présentent rarement devant le médecin porteurs de cette plaque unique ; elle passe le plus souvent inaperçue ; elle peut même ne pas exister. Les malades à examiner se présentent habituellement avec l'éruption secondaire : c'est à ce moment qu'il importe le plus de faire un diagnostic exact tant pour instituer un traitement convenable que pour rassurer le malade sur le pronostic bénin de l'affection.

A ce moment le diagnostic doit encore et surtout être envisagé avec la Parakératose psoriasiforme type Pityriasis rosé, et avec la trichophytie cutanée disséminée. Nous empruntons à Brocq (*Traité de Dermatologie pratique*) la majeure partie du développement qui va suivre. La Parakératose psoriasiforme à type Pityriasis rosé présente une allure aiguë et est constituée par de petites plaques rouges et squameuses disséminées sur toute la surface du corps ; elles peuvent même envahir le visage et la paume des mains, ce qui en impose pour un syphilitide secondaire, mais ce qui permet aussi de faire le

diagnostic avec le Pityriasis rosé qui lui, respecte visage et mains. Comme dans le Pityriasis l'évolution est de six semaines à deux mois. C'est donc là une grande cause d'erreur et sans l'affirmer, nous ne pouvons naturellement nous empêcher de penser que quelques cas de prétendues récidives de Pityriasis ne sont peut-être que des Parakératoses psoriasiformes présentant l'aspect et l'évolution du Pityriasis rosé.

D'autre part Brocq dit avoir observé des cas de trichophytie vraie disséminée dont l'évolution se rapprochait fort de celle du Pityriasis rosé : en ce cas le début s'était fait par une plaque d'inoculation première à laquelle avaient succédé plusieurs plaques secondaires. L'aspect était tellement voisin des éléments circinés du Pityriasis rosé que Brocq lui-même dit s'être cru obligé de recourir à la recherche du champignon pour faire le diagnostic. Il est naturel de penser que l'erreur a pu être commise par ceux qui ont fait le diagnostic de Pityriasis rosé sans songer à la confusion possible, par conséquent sans recourir à un examen microscopique.

Voilà donc trois affections : Pityriasis rosé, Parakératase psoriasiforme à type Pityriasis rosé, et Trichophytie disséminée, qui ont de telles ressemblances cliniques qu'un dermatologiste comme Brocq confesse que leur diagnostic différentiel est parfois d'une « difficulté réellement suraiguë ». En présence de ces faits, il nous vient naturellement à l'idée que les récidives du Pityriasis rosé, niées par les uns, admises par d'autres, ne seraient peut-être que des

parakératoses psoriasiformes ou des trichophyties cutanées. Cependant Brocq qui a signalé lui-même cette confusion possible, n'en continue pas moins à affirmer l'existence des récidives ; il en aurait lui-même observé quelques cas ; mais, dit-il, ces cas sont très rares. Faudrait-il donc admettre réellement les récidives ? Pour notre part, comme nous l'avons déjà dit, nous n'en n'avons observé aucun cas. M. le professeur Bodin que nous avons interrogé à ce sujet a nié en avoir rencontré.

A côté de ces erreurs faciles, presque fatales, il est d'autres affections auxquelles il faudra toujours penser en présence d'une affection présentant les caractères du Pityriasis rosé ; mais dans la plupart des cas le diagnostic est facile.

Parmi ces affections il faut citer en premier lieu la roséole de la syphilis secondaire. Les taches de la roséole sont plus espacées, ont des dimensions plus uniformes ; leur coloration est plus foncée ; à leur niveau l'épiderme ne présente ni l'aspect brillant, ni les plis du Pityriasis rosé ; de plus la roséole se montre d'abord le plus souvent sur les parties latérales de l'abdomen et se répand sur le tronc respectant relativement les régions sous-claviculaires par lesquelles débute habituellement le Pityriasis rosé ; enfin la roséole ne desquame jamais. Y aurait-il encore doute que les antécédents avec le chancre initial, les lésions concomitantes (plaques muqueuses-adénopathies), la réaction de Wasserman permettraient de faire le diagnostic.

Il est relativement difficile de confondre le Pityriasis avec le psoriasis qui se présente avec ses taches de bougie formées de squames fines ; un léger grattage avec l'ongle les rend opaques et blanches, et si l'on continue de gratter on détermine la chute de la squame suivie d'un piqueté sanguin.

Le Pityriasis verticolor a des caractères spéciaux : il siège de préférence à la partie supérieure des épaules et du thorax ; il est formé de plaques confluentes, inégales, irrégulières, de couleur jaune brun ou café au lait ; elles ne sont pas squameuses ; en appuyant fortement et en grattant avec l'ongle on détache d'un coup l'épiderme malade : c'est le signe du copeau. L'évolution est chronique, indéfinie, on trouve dans l'épiderme des végétations parasitaires (*microsporum furfur*). Enfin l'affection ne disparaît que par un traitement.

Sous le nom de Pityriasis circiné et marginé, Vidal a voulu décrire une entité morbide distincte du Pityriasis rosé. Cette affection se présente avec des taches rosées à peine saillantes, se montrant sur le tronc, les bras, les cuisses et surtout au voisinage des grands plis articulaires. L'accroissement de ces taches est lent (1 mois) mais à mesure qu'elles s'étendent elles guérissent par leur centre et affectent la forme d'anneaux à bords un peu saillants, étroits, rosés, légèrement squameux, à centre décoloré ; par le grattage on détermine un fin purpura hémorragique. Cette affection peut persister pendant

des mois. Pour Vidal elle serait provoquée par un parasite spécial le microsporum dipar. Ce parasite n'a pas été retrouvé. D'ailleurs cette forme de Pityriasis diffère du Pityriasis rosé en ce qu'elle n'en a ni la localisation, ni l'évolution.

NATURE DU PITYRIASIS ROSÉ

Depuis le jour où cette entité morbide fut isolée par Gibert on discute pour savoir quelle est sa nature. Dans une revue rapide nous nous proposons d'exposer les théories émises à ce sujet et de montrer les objections qu'on peut faire à chacune d'elle.

1° *Le Pityriasis rosé est une affection parasitaire :* cette théorie édifiée par l'École de Vienne avec Kapozi faisait du Pityriasis une affection due à un champignon le trichophyton, le même champignon qui produit la trichophytie. Il est évident que la configuration des éléments, leur extension centrifuge, la multiplicité des lésions sur une surface donnée, établissent une analogie avec les affections parasitaires externes, avec les dermatomycoses. L'existence de la plaque initiale de Brocq, analogue aux placards trichophytiques, est un argument de plus en faveur de la théorie parasitaire. Mais l'absence dans les squames de tout élément parasitaire vient à l'encontre de cette théorie : elle est complètement abandonnée.

En Italie Primo Ferrari découvrant dans le Pityriasis le saccaromycète de Bizzero édifia une nouvelle théorie parasitaire : mais ce microorganisme n'a jamais pu être retrouvé.

De même l'affection décrite par Vidal sous le nom de Pityriasis marginata et circinata, et qu'il attribuait au microsporum dispar, est tout à fait différente du Pityriasis rosé, tant par son évolution que par sa localisation. Vidal lui-même s'est appliqué à en faire une entité morbide différente du Pityriasis rosé.

Aucune de ces théories parasitaires ne subsiste à l'heure actuelle.

2° *Le Pityriasis rosé est le résultat d'une auto-intoxication* : c'est la thèse de Jacquet et Bouchard. Sur 100 cas de dilatation gastrique Bouchard a trouvé 5 cas de Pityriasis rosé ; il croit qu'il y a là autre chose qu'une coïncidence, une relation directe s'expliquant « par les fermentations anormales dont « l'organe ectasié est le siège, la production de « substances toxiques et irritantes et les éliminations de ces substances par les émonctoires cutanés. » La majorité des pityriasiques observés par Moingeard n'a présenté à aucun moment cette ectasie gastrique ; il n'a trouvé qu'un seul cas d'ectasie nette. « S'il y avait, dit-il, une relation entre les « deux affections, comment expliquer que l'éruption « cesse alors que la dilation existe toujours et qu'elle « engendre des fermentations continuelles ; ces fer-

« mentations devraient continuer à produire et à « entretenir l'éruption ou du moins à la faire réapparaître de temps en temps. » Cette objection paraît juste à première vue ; mais en clinique il n'est pas rare de constater dans certaines maladies chroniques comme l'urémie des manifestations cutanées eczémateuses qui disparaissent souvent alors que l'intoxication persiste et qu'elle présente même une augmentation d'intensité. Comment expliquer ce fait sinon en admettant que la lésion cutanée est symptomatique du passage par la peau des produits toxiques élaborés par l'organisme : la peau joue le rôle d'émonctoire et peut ainsi suppléer par son activité aux autres émonctoires déficients ; mais que ces autres émonctoires reprennent leurs fonctions excrétoires et qu'ils conservent leur bon fonctionnement, la lésion cutanée peut ne jamais reparaitre bien que la source des produits toxiques élaborés existe toujours.

Voilà ce que l'on pourrait répondre aux objections présentées par Moingeard dans le but de confondre la théorie de Jacquet et de Bouchard.

Par contre l'évolution cyclique du Pityriasis rosé n'est pas un argument en faveur d'une auto-intoxication ; nous verrons d'ailleurs plus loin que par d'autres caractères le Pityriasis se rapproche des exanthèmes.

Nous n'avons pas trouvé dans nos observations de signes nets permettant de conclure à l'ectasie gastrique chez nos malades ; mais nous avons déjà dit

avec quelle fréquence nous avons trouvé des troubles digestifs variés. Ces troubles digestifs parmi lesquels la constipation est relativement fréquente peuvent fort bien engendrer les fermentations auxquelles Bouchard attribue la genèse du Pityriasis rosé. Mais ces fermentations suffisent-elles à produire le Pityriasis? Nous ne le croyons pas; mais nous admettons volontiers que ces fermentations peuvent fort bien servir à préparer un terrain propice au développement d'un agent pathogène quel qu'il soit; les troubles digestifs comme l'ectasie gastrique ne seraient donc qu'une cause occasionnelle propre à favoriser le développement d'un microbe. Dans plusieurs de nos observations ces troubles digestifs manquent il est vrai; mais sont-ils nécessaires? D'autres causes occasionnelles ne peuvent-elles en créant un *locus minoris resistentiæ* ouvrir à l'agent pathogène une voie pour envahir l'organisme et s'y développer? Et parmi ces causes pourquoi ne pas admettre le terrain bacillaire? Nous reviendrons sur cette question.

3° *Le Pityriasis rosé est un pseudo-exanthème* : c'est la théorie qui a été professée à l'Hôpital Saint-Louis. Vidal dans son cours sur le Pityriasis en 1877 voyait dans le Pityriasis un érythème desquamatif pseudo-exanthémateux. Fournier partage aussi cette opinion; il considère le Pityriasis rosé comme « quelque chose d'intermédiaire entre une fièvre éruptive, un exanthème vrai et une dermatose

« chronique, mais se rapprochant plus d'une fièvre « éruptive que d'une dermatose ». Cette opinion a été entièrement développée dans la thèse de Chopard.

Besnier est absolument du même avis et pour bien trancher la différence qui existe entre un exanthème vrai et un pseudo-exanthème il se base sur la récidivité qui existe dans les pseudo-exanthèmes alors que les exanthèmes vrais ne récidivent jamais. Nous avons vu d'autre part ce qu'il faut penser de ces récidives ; mais on voit ici quelle importance prend cette question des récidives dans la détermination de la nature du Pityriasis rosé.

Brocq dans son *Traité de Dermatologie Pratique* (1907) admet les récidives mais les considère comme très rares ; d'autres caractères, très importants lui permettent de ranger le Pityriasis dans le groupe des pseudo-exanthèmes. « Son début, dit-il, par une « plaque primitive qui donne l'idée d'un point d'at-
« taque ou d'inoculation, d'une sorte de chancre ;
« puis l'apparition après une courte période d'attente
« simulant la période d'infection, d'une éruption
« généralisée symétrique ayant tout à fait les allures
« d'une infection générale de l'organisme, enfin son
« évolution spontanée vers la guérison au bout d'un
« laps de temps presque cyclique, tous ces carac-
« tères obligent à considérer cette infection comme
« une sorte de pseudo-exanthème infectieux ana-
« logue à la roséole de la syphilis secondaire, dépen-
« dant d'une infection générale de l'économie dont

« la porte d'entrée serait peut-être (mais ceci nous semble fort douteux) la plaque primitive. »

C'est également l'opinion à laquelle se rangeaient Hallopeau et Leredde dans leur *Traité Pratique de Dermatologie* (1900). « Les choses se passent, disent-ils, comme dans les périodes initiales et secondaires de la syphilis, avec cette différence essentielle que la maladie reste limitée à l'enveloppe cutanée. »

Ces considérations nous paraissent très justes et nous nous rendons volontiers aux raisons invoquées par Brocq pour faire rentrer le Pityriasis rosé dans le groupe des pseudo-exanthèmes.

4° *Le Pityriasis rosé est un exanthème vrai* : c'est la théorie qu'a soutenue Moingeard dans sa thèse et pour la justifier il s'appuie sur les faits suivants :

a) L'affection ne récidive pas : mais si Moingeard affirme qu'à son époque tout le monde est d'accord pour admettre qu'une première attaque confère l'immunité, il ne peut en être ainsi aujourd'hui ; Brocq, nous l'avons déjà dit, croit aux récurrences mais avoue qu'elles sont très rares. Le Damany cite également deux cas de récurrence. Nous n'en avons pas observé.

b) La maladie a une marche cyclique : ce fait n'est pas discuté, encore qu'on observe parfois des cas de Pityriasis rebelles et prolongés qui durent plusieurs mois.

c) L'existence des phénomènes généraux : Moin-

geard cite des observations où l'invasion s'est faite brusquement avec fièvre, malaises, céphalalgie. Le Damany admet également l'existence de phénomènes généraux mais de phénomènes généraux plus discrets, et qui auraient besoin d'être recherchés avec soin.

Dans nos observations, si nous avons trouvé des manifestations dyspeptiques fréquentes avant l'apparition de l'éruption, dans aucun cas nous n'avons vu ces troubles dyspeptiques prendre les caractères d'acuité et d'intensité qui caractérisent les phénomènes généraux à la période d'invasion des fièvres éruptives.

Par conséquent ce nouveau fait invoqué par Moingear à l'appui de sa thèse manque presque toujours, ou du moins ne peut être comparé aux phénomènes généraux qui précèdent les exanthèmes vrais.

d) La possibilité de la contagion : c'est encore là un fait très discuté. Croker cite 2 cas simultanés de Pityriasis chez deux personnes de la même famille. Péroni aurait observé une épidémie de Pityriasis rosé et pour Moingear la prédominance de l'affection au printemps serait en faveur de l'hypothèse d'une contagion ; cependant il admet que le Pityriasis est peu contagieux ; « rien d'étonnant à cela, ajoute-t-il, si l'on songe à la différence qui existe à cet égard entre les diverses maladies infectieuses ». Nous n'avons quant à nous trouvé dans nos observations, aucun fait permettant seulement de penser à la possibilité d'une contagion.

Ainsi donc toutes les raisons cliniques invoquées par Moingeard pour prouver la nature exanthématique vraie du Pityriasis rosé, sont sujet à caution, très discutables et très discutées; nous renonçons pour notre part à considérer le Pityriasis rosé comme un exanthème vrai pour les raisons que nous venons d'exposer.

C'est là d'ailleurs, il faut l'avouer, une théorie qui a trouvé peu de défenseurs; avec Moingeard nous n'avons trouvé pour la soutenir que Dubreuille dans son *Précis de Dermatologie* (1899).

5° *Le Pityriasis rosé est un érythème polymorphe* : c'est l'opinion de Sabouraud; elle est basée sur les résultats des recherches anatomo-pathologiques. Mais la localisation des érythèmes polymorphes est différente de celle du pityriasis rosé; l'aspect des éléments est également très différent; même dans le cas d'érythème monomorphe à forme érythémato-papuleuse les éléments ne ressemblent en rien à ceux du Pityriasis rosé. La confusion est réellement difficile à faire.

Mais que le Pityriasis rosé soit un exanthème infectieux vrai, un pseudo-exanthème infectieux, ou un érythème polymorphe, cela n'explique point quelle en est la cause, quel en est l'agent pathogène. Les diverses théories parasitaires qui avaient vu le jour par suite de confusion faite entre le Pityriasis et d'autres dermatoses comme les trichophyties, n'ont pas survécu à leurs auteurs car on n'a jamais

retrouvé dans le Pityriasis rosé les parasites incriminés.

Le Damany en attribuant au bacille de Koch la cause du Pityriasis a été à notre connaissance le seul auteur qui depuis ait essayé de donner une cause microbienne à cette affection.

6. *Le Pityriasis rosé est une tuberculide* : le bacille de Koch en serait l'agent causal qu'il agisse par lui-même ou par ses toxines. Pour justifier sa théorie Le Damany invoque les raisons suivantes :

a) Le Pityriasis rosé récidive : il s'appuie pour le prouver sur l'autorité de Brocq, et lui-même cite deux cas de récidive dont l'un (Le Damany en convient) doit plutôt être considéré comme une rechute. Le deuxième cas qu'il cite ne semble pas douteux : encore faudrait-il être certain qu'il ne s'agit pas là d'une de ces formes de parakératose ou de trichophytie décrite dans le chapitre du diagnostic différentiel. Admettons avec Brocq que ces récidives sont fort rares. N'est-ce pas ce qui existe dans quelques maladies dont la première atteinte à la propriété de conférer l'immunité. On cite par exemple des cas de récidive de fièvre typhoïde : cela n'empêche pas de considérer la première atteinte de typhoïde comme immunisante contre une atteinte ultérieure.

b) Des symptômes généraux accompagnent ou précèdent fréquemment l'éruption : c'est tantôt l'amaigrissement, tantôt une simple fatigue, parfois

une courbature Ces manifestations demandent souvent à être recherchées; elles existent toujours; « elles sont, dit Le Damany, bien connues aujourd'hui pour être fréquemment des manifestations « larvées d'une tuberculose que l'examen des viscères ne confirmera que beaucoup plus tard. »

De tels symptômes généraux peuvent évidemment précéder ou accompagner le Pityriasis rosé; mais ils ne sont pas l'apanage de la tuberculose larvée; on peut les rencontrer dans d'autres maladies et Moingeard qui les a notés n'a pas hésité à les invoquer comme une nouvelle preuve à l'appui de sa thèse. En tout cas quand ils existent ils n'appartiennent pas exclusivement à la tuberculose.

c) La polymicro adénite est un symptôme à peu près constant dans les formes généralisées de Pityriasis : ce sont des ganglions multiples, durs, non douloureux; nous avons recherché ce signe dans nos observations; dans deux cas il s'agissait de malades à tempérament lymphatique, qui présentaient de nombreux ganglions au cou et à l'aîne surtout; mais ces ganglions n'avaient aucune relation avec l'apparition du Pityriasis rosé : ils existaient bien longtemps auparavant. Dans le troisième cas il s'agissait de nombreux ganglions cervicaux mais le malade les possédait aussi avant l'éruption; dans aucun cas ils n'ont disparu après la guérison du Pityriasis.

En admettant même que cette polymicroadénite accompagne l'éruption pityriasique et qu'elle disparaisse avec elle, cela ne prouverait pas que le Pity-

riasis soit une affection tuberculeuse ; elle existe tout à fait en dehors de la tuberculose dans d'autres dermatoses telle que la varicelle. Qu'on n'invoque point le caractère spécial de cette polymicroadénite de la varicelle ; car ne peut-il y avoir pour des invasions microbiennes différentes, des manières de réagir propres aux ganglions et différentes entre elles ?

d) Le pityriasis rosé coexiste avec d'autres manifestations tuberculeuses : le pityriasis peut se voir chez des sujets porteurs d'une autre tuberculide, ou atteints d'une tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire.

Nous avons nous-mêmes fréquemment observé des pityriasiques suspects de tuberculose ou tuberculeux certains ; dans les 5 premières observations que nous citons nous avons trouvé des malades atteints de bronchite chronique et présentant des antécédents personnels bacillaires très accusés pouvant permettre de croire à la tuberculose. Dans 7 autres cas nous avons trouvé chez nos malades des affections pulmonaires diverses mais aucun antécédent bacillaire chez les ascendants : on ne peut donc affirmer dans ce cas la présence du bacille de Koch ; enfin chez 3 autres malades qui n'avaient aucun antécédent personnel de nature bacillaire, nous avons trouvé des antécédents héréditaires permettant de suspecter une imprégnation tuberculeuse.

Mais nous ferons remarquer que ces affections pulmonaires suspectes de tuberculose ne sont pas plus nombreuses dans les observations que les

troubles digestifs. De plus nous n'avons relevé chez 9 de nos malades aucun fait permettant seulement de suspecter une atteinte tuberculeuse. Dans ces cas comment expliquer, comment prouver que les pityriasiques sont des tuberculeux? Le Damany invoque alors le résultat de la cuti-réaction à la tuberculine pour affirmer que ces sujets sont des tuberculeux latents.

- e) La cuti-réaction est positive chez les sujets cliniquement indemnes de lésions tuberculeuses : nous savons aujourd'hui ce que valent ces épreuves tuberculiques : chez les individus âgés de plus de 15 ans 89 0/0 ont une réaction positive à la tuberculine : ce sont les chiffres donnés par Calmette dans son *Traité de l'Infection bacillaire et la Tuberculose chez l'Homme et les Animaux*, chiffres qu'il a recueillis dans les statistiques dressées par R. Letulle parmi la population de Lille.

Au sujet de la valeur de cette cuti-réaction à la tuberculine nous ne pouvons mieux faire que donner l'avis de Calmette dont les paroles font autorité en la matière. Dans le traité cité plus haut Calmette donne les conclusions suivantes : « En présence d'une
« lésion suspecte, les réactions tuberculiques nous
« mettent en mesure d'éliminer nettement la nature
« tuberculeuse de celle-ci en cas de réponse négative ; mais elles ne nous autorisent en aucune manière, en cas de réponse positive, à affirmer que le
« bacille tuberculeux est l'unique ou le principal
« facteur étiologique ; tout ce que nous pouvons dire

« c'est que le sujet qui la présente est sûrement porteur d'un foyer tuberculeux. Il ne faut pas demander aux réactions tuberculiniques locales d'informations plus complètes. »

Ainsi donc pour Calmette la réaction positive à la tuberculine ne prouve pas que le Pityriasis soit dû au bacille de Koch.

Il faut convenir par contre de la fréquence relative avec laquelle on a trouvé des lésions suspectes de tuberculose chez les malades atteints de Pityriasis ; mais n'avons-nous pas déjà insisté sur le même fait à propos des troubles dyspeptiques ?

De ce qu'un pityriasique est un tuberculeux a-t-on le droit de conclure à une relation certaine entre la tuberculose et le Pityriasis ? Peut-on affirmer que le bacille de Koch est l'agent pathogène du Pityriasis rosé ? En clinique ne voyons-nous pas chaque jour des maladies tout à fait étrangères à la tuberculose survenir dans un organisme manifestement imprégné par le bacille de Koch ? Pourquoi n'en serait-il pas ainsi pour le Pityriasis rosé ?

Pour notre part nous pensons qu'il n'y a là qu'une coïncidence. Les individus porteurs de bacilles de Koch ont vu leur nombre s'accroître depuis la guerre et il n'y a rien d'étonnant à ce que l'on rencontre parmi les pityriasiques un certain nombre de tuberculeux.

Rappelant ici, pour terminer, le rôle que nous avons prêté aux troubles dyspeptiques dont la fréquence nous avait frappé chez nos malades, nous

avons tendance à considérer le terrain bacillaire de même que le terrain dyspeptique comme des circonstances éminemment favorables au développement d'un microorganisme quelconque en particulier de celui du Pityriasis rosé ; les troubles dyspeptiques comme les lésions tuberculeuses, en diminuant les moyens de résistance de l'organisme pourraient fort bien jouer le rôle de causes occasionnelles dans la genèse du Pityriasis.

En présence de toutes ces considérations que conclure ? Avec tous les auteurs nous rejetons la théorie de l'Ecole viennoise.

De la thèse de Bouchard et de Jacquet nous ne retiendrons que la fréquence des troubles dyspeptiques chez les pityriasiques mais nous ne les considérerons que comme une cause occasionnelle du Pityriasis.

Nous venons de montrer pour quelles raisons nous ne nous rangeons pas à l'opinion de Le Damany ; aucun fait ne prouve que le Pityriasis soit une tuberculide. Et à notre avis la tuberculose ne jouerait que le rôle de cause occasionnelle tout comme les troubles dyspeptiques. Notre maître, M. le professeur Bodin trouve également l'opinion de Le Damany trop absolue.

Au point de vue clinique le Pityriasis ne ressemble en rien aux érythèmes polymorphes ; nous abandonnons pour cette raison la théorie de Sabouraud.

Nous restons en présence de deux théories entre

lesquelles il faut conclure. Le Pityriasis se rattache aux exanthèmes par son évolution cyclique et sa non récidivité (pratiquement comme nous l'avons montré on peut considérer qu'une première atteinte confère l'immunité, les récidives étant fort rares) mais il en diffère par l'absence de phénomènes généraux analogues à ceux qui précèdent ou accompagnent les fièvres éruptives, par l'absence de contagion, par sa prédilection chez les sujets de treize à quarante cinq ans alors que les fièvres éruptives frappent surtout les enfants et les sujets jeunes. A la rigueur pour considérer le Pityriasis rosé comme un exanthème il faudrait admettre que l'agent pathogène inconnu de cet exanthème aurait une virulence très atténuée ce qui expliquerait l'absence de phénomènes généraux et de contagion, ou bien que, ayant une prédilection pour les organismes adultes il trouve en eux une résistance qui diminue sa virulence.

Abandonnant ces simples vues de l'esprit que nous ne faisons que signaler ici, nous nous rangeons pour conclure, à l'opinion de Brocq et de la plupart des auteurs qui font du Pityriasis rosé un pseudo-exanthème infectieux, c'est-à-dire une affection intermédiaire entre une dermatose chronique et un exanthème vrai, mais se rapprochant plus des exanthèmes que des dermatoses. C'est également l'opinion de notre maître M. le professeur Bodin.

Il est évident que cette conclusion si elle renseigne sur la nature du Pityriasis ne dit pas quelle

en est la cause, quel est l'agent pathogène de cette infection ; c'est là à notre avis la question qui reste à résoudre ; nous n'avons pas la prétention de le faire ; nous nous sommes contentés de montrer qu'à notre avis ce ne pouvait être le bacille de Koch.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. F... L., 40 ans, se présente le 9 octobre 1922 avec une éruption classique de Pityriasis rosé dont le début remonte à quinze jours. C'est un constipé chronique qui aurait présenté des troubles digestifs quelque temps avant l'apparition du Pityriasis.

Antécédents personnels. — Bronchites fréquentes, une pleurésie séro-fibrineuse dans sa jeunesse. Aurait été soigné à l'âge de 24 ans pour une lésion pulmonaire de nature inconnue de lui.

Antécédents héréditaires. — La mère est atteinte de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION II

M. H..., 23 ans, employé s'est présenté à la visite le 7 mars 1922 présentant exclusivement sur le tronc et la racine des membres une éruption abondante formée de placards circinés à centre bistré, à périphérie rosée légèrement surélevée.

Il aurait maigri depuis quelques semaines par suite de la mauvaise nourriture à la caserne et aurait souffert de troubles dyspeptiques.

Antécédents personnels. — Une bronchite sans hémoptysie. Rhumes fréquents.

Antécédents collatéraux. — Chez un frère on trouve des bronchites avec hémoptysies. Une sœur tousse beaucoup (?).

OBSERVATION III

M. G... Le 29 décembre 1922 présente une éruption de Pityriasis rosé typique sur le thorax.

Antécédents personnels. — Une bronchite suivie de congestion pulmonaire sans hémoptysie.

Antécédents collatéraux. — A eu six frères et sœurs tous morts, dont deux de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION IV

M. E. B..., 23 ans, s'est présenté le 24 juillet 1920 avec une éruption classique de Pityriasis datant de quinze jours et localisé sur tronc et racines des membres. Rien à la tête. Cette éruption est formée d'éléments abondants et petits, parfois confluent. Le malade présente une plaque pelagique au cuir chevelu. L'analyse des urines a révélé 2 grammes de sucre par litre.

Antécédents personnels. — Bronchites fréquentes et une pleurésie.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de bronchites fréquentes avec hémoptysies. Un frère atteint de bronchite.

OBSERVATION V

M. L. F..., 21 ans. Marin, s'est présenté le 18 octobre 1919 porteur de plaques de Pityriasis rosé localisé au thorax, aux

bras et à la racine des cuisses. Ces plaques sont ovales à centre jaune plissé, à bordure rose.

Se plaint de diminution de l'appétit avec affaiblissement général.

Antécédents personnels. — Bronchite en 1916 qui a duré deux mois sans hémoptysie.

Tempérament lymphatique.

Antécédents héréditaires. — Bacilliose chez les ascendants.

OBSERVATION VI

M Y..., 42 ans. Le 18 août 1922 présente une éruption de Pityriasis rosé classique ayant commencé par les cuisses deux mois auparavant.

Antécédents personnels. — A eu une bronchite qui a duré tout un hiver, sans hémoptysie.

Antécédents collatéraux. — Sa femme tousse beaucoup ; il a eu un enfant mort peu après sa naissance, un autre présente des végétations adénoïdes.

OBSERVATION VII

M P..., 13 ans, se présente le 20 août 1924 avec une éruption classique de Pityriasis rosé localisé sur le thorax, dos, abdomen avec médaillons caractéristiques. Le début date de dix à quinze jours et serait apparu après un embarras gastrique.

Ce malade est sujet aux embarras gastriques ; sa langue est saburrale.

Antécédents personnels. — Bronchites fréquentes.

Tempérament lymphatique.

Antécédents héréditaires. — Père rhumatisant.

OBSERVATIONS VIII

M. B..., 30 ans. Le 7 juillet 1920 présente une éruption classique de Pityriasis avec médaillons sur le tronc ; cette éruption s'arrête au cou et à l'aîne.

Ce malade accuse des troubles dyspeptiques chroniques très nets probablement dus à un régime incorrect où les apéritifs forment la plus grande partie.

Homme très vigoureux, gras.

L'éruption serait survenue quelques jours après un accident d'auto dans lequel il aurait eu de nombreuses contusions et même une fracture du crâne dont elle a guéri.

Antécédents personnels. — Bronchite chronique avec crise d'asthme. Pas d'hémoptysie.

Antécédents héréditaires. — Rien au point de vue tuberculose.

OBSERVATION IX

M. D..., 24 ans. Le 6 octobre 1922 se présente avec une éruption de Pityriasis abondante sur le tronc et la racine des membres.

C'est un constipé chronique.

Antécédents personnels. — Bronchite chaque année.

Antécédents héréditaires. — Rien au point de vue tuberculose

OBSERVATION X

M. G..., 43 ans, mécanicien. Le 13 juin 1923 se présente avec une éruption classique de Pityriasis datant de huit jours avec médaillons sur les flancs.

N'accuse aucun trouble digestif.

Antécédents personnels. — Bronchites fréquentes l'hiver sans hémoptysie.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

OBSERVATION XI

Mlle S. D..., 17 ans. Le 1^{er} mars 1923 présente une éruption classique de Pityriasis siégeant sur le tronc. Accuse des troubles dyspeptiques légers.

Jeune fille pâle, anémiée, présentant de l'aménorrhée depuis trois mois ; avec leucorrhée.

L'examen du cœur et des poumons ne révèle aucune lésion.

Pas de ganglions.

Antécédents personnels. — Une bronchite dans l'enfance ; il y a un an grippe avec hémoptysie et épistaxis.

Antécédents héréditaires. — Rien au point de vue tuberculose.

OBSERVATION XII

Mlle F..., 25 ans. Le 22 mai 1923 présente une éruption classique de Pityriasis rosé, localisé exclusivement sur le tronc avec médaillons-caractéristiques.

Cette éruption a commencé par une seule plaque qui fut précédée de troubles dyspeptiques avec constipation.

La malade présente quelques ganglions cervicaux.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a eu une pleurésie.

Antécédents collatéraux. — Un frère atteint de bronchites fréquentes.

OBSERVATION XIII

M. X..., 22 ans, postier. Le 22 novembre 1920 présente une éruption abondante et classique de Pityriasis rosé ; le début remonte à huit ou dix jours ; on trouve sur le tronc des médaillons de même que sur les épaules, la partie supérieure du bras et des cuisses.

C'est un constipé chronique qui deux semaines avant l'éruption aurait souffert de troubles dyspeptiques avec pyrosis.

Antécédents personnels. — Rien au point de vue bacillose.

Antécédents héréditaires. — Le père tousse depuis longtemps.

OBSERVATION XIV

M. R..., 33 ans. Le 9 octobre 1922 présente une éruption classique de Pityriasis rosé avec médaillons sur le thorax.

Antécédents personnels. — Rien au point de vue tuberculose.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de bronchite chronique.

OBSERVATION XV

Mlle L. M. K..., 29 ans. Le 7 janvier 1924 se présente avec une éruption classique de Pityriasis rosé, localisé sur le tronc : la maladie aurait commencé trois semaines auparavant par une plaque unique, suivie d'une éruption d'éléments secondaires.

L'affection serait survenue après surmenage près d'une maladie, avec soucis graves.

Antécédents personnels. — Rien au point de vue tuberculose.

Antécédents héréditaires. — La malade fait partie d'une famille de 19 enfants dont 5 sont morts en bas âge de maladie inconnue et 2 autres de tuberculose à un âge plus avancé.

OBSERVATION XVI

Mlle A..., 19 ans. Le 25 janvier 1921 présente une éruption classique de Pityriasis rosé avec médaillons sur thorax et abdomen.

Dyspeptique chronique dont les troubles se sont accusés avant l'éruption ; présente une adénite cervicale.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 7 ans quelques bronchites.

Antécédents héréditaires. — Le père aurait eu une pleurésie.

OBSERVATION XVII

M. Le R..., 14 ans. Le 5 mars 1923 présente une éruption classique de Pityriasis rosé localisée exclusivement sur le tronc.

Cette éruption a été précédée de troubles digestifs.

Antécédents personnels. — Pneumonie à l'âge de 4 ans avec suites pendant trois mois.

Antécédents héréditaires. — Rien de suspect au point de vue tuberculose.

OBSERVATION XVIII

Mlle P ..., 30 ans. Le 25 août 1920 se présente avec des médaillons classiques assez nombreux sur le thorax et les cuisses.

Aurait présenté des troubles digestifs il y a quelques mois.

Antécédents personnels. — Aurait eu à l'épaule une lésion qui a duré longtemps et qui était peut-être une scrofulide.

Antécédents héréditaires. — Rien de suspect au point de vue tuberculose.

OBSERVATION XIX

Mme S..., 39 ans. Le 17 juin 1923 Pityriasis rosé type avec médaillons sur thorax, abdomen, racine des membres. Souffre de dyspepsie chronique.

Aucun antécédent permettant de suspecter la tuberculose.

OBSERVATION XX

M. G. Louis..., 16 ans. Le 29 mai 1920. Pityriasis rosé classique étendu à tout le tronc avec médaillons typiques.

Présente quelques troubles digestifs et aurait eu un ictère il y a un mois.

Rien à signaler dans les antécédents.

OBSERVATION XXI

M. X..., 30 ans, coiffeur. Le 13 juillet 1920, éruption classique de Pityriasis rosé.

Présente quelques troubles digestifs.

C'est un emphysemateux qui présentait des crises d'asthme : elles ont disparu par un changement de résidence.

Dans ses antécédents personnels et héréditaires on ne relève rien de suspect au point de vue tuberculose.

OBSERVATION XXII

Mlle G. G..., 25 ans. Le 23 octobre 1922 se présente avec une éruption de Pityriasis rosé classique localisé sur le tronc et en évolution depuis trois semaines.

Ses antécédents ne relève aucune trace de tuberculose.

OBSERVATION XXIII

M. N., 35 ans. Le 14 octobre 1920 présente un Pityriasis rosé classique sur le thorax.

Dans ses antécédents personnels et héréditaires on ne trouve pas trace de tuberculose.

Le malade a une petite fille strumeuse.

OBSERVATION XXIV

M. B... Le 8 septembre 1920 présente une éruption abondante et classique de Pityriasis rosé avec médaillons typiques. On ne trouve rien de suspect au point de vue tuberculose dans ses antécédents.

Marié, il a un enfant bien portant ; sa femme aurait présenté une bronchite avant son mariage.

CONCLUSIONS

1° Le Pityriasis rosé est une entité morbide bien définie n'ayant aucune relation avec les trichophyties cutanées et bien distincte des autres Pityriasis ;

2° La dilatation d'estomac ne saurait être considérée comme une cause suffisante et nécessaire du Pityriasis ; mais elle peut être considérée comme une cause occasionnelle, par les fermentations auxquelles elle donne lieu.

Il en est de même des troubles digestifs observés ;

3° Contrairement à l'avis de Le Damany aucun fait ne prouve jusqu'à présent que le Pityriasis rosé soit une tuberculide ; mais on peut bien admettre que le terrain bacillaire comme le terrain dyspeptique soit une cause occasionnelle du Pityriasis rosé ;

4° Cette affection n'est ni une dermatose de l'ordre de l'eczéma ou du psoriasis par exemple, ni un exanthème vrai ; elle jouit en commun avec les fièvres éruptives des caractères suivants :

a) La non récdivité ;

b) L'évolution cyclique ;

mais elle s'en distingue par :



a) L'absence de phénomènes généraux analogues à ceux qui accompagnent ou précèdent les fièvres éruptives ;

b) L'absence de contagion ;

c) La bénignité constante de son pronostic.

5° Le Pityriasis rosé est un pseudo-exanthème infectieux dont l'agent pathogène reste à déterminer.

Vu : le président de la thèse,
E. JEANSELME

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Willan et Bateman.* — Description and treatment of cutaneous diseases. London, 1799.
- Synopsis of the cutaneous diseases according to the arrangement of D. Willan. London, 1815.
- Alibert.* — Précis théorique et pratique des maladies de peau. Paris, 1810.
- Rayer.* — Traité des maladies de peau. Paris, 1835.
- Gibert.* — Traité pratique des maladies de peau et de la syphilis. Paris 1860.
- Devergie.* — Les maladies de peau, 1862.
- Bazin.* — Leçons sur les affections génériques de la peau, 1862.
- Hardy.* — Traité pratique et descriptif des maladies de peau, 1886.
- Wilson (E.).* — Lectures on Dermatology delivered in 1871, 1872, 1873.
- Fox (T.).* — Skin diseases, 1873.
- Rendu.* — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1874, 1875.
- Horand.* — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1875, 1876.
- Vidal.* — Leçons sur le Pityriasis. (Progrès médical, 1877).
- Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1882.
- Netton.* — Thèse de Paris, 1877.
- Hebra et Kaposi.* — Traité des maladies de peau (traduction Doyon), 1878.
- Nicolas.* — Thèse de Paris, 1880.
- Kaposi.* — Leçons sur les maladies de peau (Traduction Besnier), 1881.
- Unna.* — Analyse in Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1881.
- Lettres de Paris in Monatshefte für Prak. Dermatol., 1886.
- Welh.* — Berlin Klinisc. Wochenschr., août 1882.
- Chapard.* — De la roséole squameuse. Thèses de Paris 1885.

- De Moline-Mahon.* — Thèses de Paris, 1884.
Bouchard. — Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies de peau, 1885.
Primo Ferrari. — Analyse in Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1886.
Jacquet. — Bulletin de la Société clinique, 1886.
Moingeard. — Etude sur le Pityriasis rosé de Gibert. Thèses de Paris, 1889.
Brocq. — Notes sur la plaque primitive du Pityriasis rosé de Gibert (Annales de Dermatologie, 1887).
— Précis élémentaire de Dermatologie (Brocq et Jacquet).
— Traité élémentaire de Dermatologie pratique. Paris, 1907.
— Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1887.
Simon et Legrain. — Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1888.
De Senneville. — Thèse de Paris, 1888.
Crocker (R.). — Diseases of the skin. Londres, 1888.
Fournier-Besnier, Vidal et Hallopeau. — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1889.
Kaposi. — Pathologie et traitement des maladies de peau. Berlin 1891.
Hallopeau. — Traité pratique de Dermatologie, 1900.
Gaucher. — Traité des maladies de peau, 1895, 1898.
Dubreuilh. — Précis de Dermatologie, 1899.
Brouson. — New-York dermatological society, décembre 1898.
Darier. — In Moingeard. Thèses de Paris, 1889.
Thibierge. — La pratique dermatologique, tome III (Publiée sous la direction de Besnier, Brocq, Jacquet), 1902.
Le Damany. — Le Pityriasis rosé de Gibert est une tuberculide (Presse médicale, n° 14 du 10 mars 1919).



732

Imp. de la Faculté de Méd. Jouve & Cie, 15, rue Racine Paris — 5988-23





