

7. DERMATOSES DE CAUSES INDÉTERMINÉES OU MULTIPLES.

— Un certain nombre de maladies cutanées restent en dehors de cette classification.

Ce sont celles dont la cause est insuffisamment connue et celles dont l'étiquette s'applique à des états morbides de nature diverse.

Cette dernière catégorie disparaîtra le jour où, d'une part, on connaîtra la cause prochaine de toutes les dermatoses et où, d'autre part, l'on cessera d'appliquer, par un abus de langage, une même étiquette à des maladies de nature diverse.

Tel est le cas pour les purpuras simplex et hémorragique, les pityriasis, etc.

Nous suivrons en somme l'ordre suivant :

- Maladies congénitales et de développement ;
- Maladies d'origine traumatique ;
- Maladies parasitaires ;
- Maladies toxiques ;
- Maladies nerveuses ;
- Maladies par troubles fonctionnels ;
- Maladies de cause indéterminée ou multiple.

III

DERMATOLOGIE SPÉCIALE

MALADIES CONGÉNITALES ET DE DÉVELOPPEMENT

NÆVI

DÉFINITION ET DIVISION. — On désigne généralement sous le nom de *nævi* les néoplasies cutanées bénignes d'origine embryonnaire : bien que cette dénomination n'ait plus sa raison d'être, puisque la structure et l'origine de ces productions sont en grande partie connues, nous continuerons à l'employer pour la commodité du langage.

L'hyperplasie d'origine embryonnaire peut porter, isolément ou concurremment, sur tous les éléments constitutifs de la peau, et donner lieu ainsi au développement de diverses espèces de *nævi* (1).

- I. **Nævi simples.** — 1. *Nævi pigmentés lisses, nævi spili, lentiginés* ;
 2. *Nævi achromiques* ;
 3. *Nævi pilaires* ;
 4. *Nævi pilo-folliculaires* (prolifération de la gaine des follicules pilo-sébacés) ;
 5. *Nævi molluscoïdes, molluscum fibrosum, verrues séborrhéiques* (prolifération du tissu conjonctif) ;
 6. *Nævi atrophiques* (sclérose dermique) ;
 7. *Nævi materni lipomatodes* (prolifération du tissu graisseux) ;
 8. *Nævi papillomateux* (prolifération des papilles) ;
 9. *Nævi à comédons en bandes* ;
 10. *Nævi mous ou verrues molles* ;
 11. *Nævi cornés, nævi kératodermiques, ichtyoses partielles* ;
 12. *Nævi vasculaires sanguins et lymphatiques* ;
 13. *Nævi chéloïdiens.*

II. **Nævi associés.** — Ces *nævi*, revêtant des formes constantes dans un type donné, sont associés à des troubles de développement et à des stigmates de dégénérescence qui dominent parfois le tableau morbide ; ce sont : 1° les *nævi symétriques de la face* ; 2° les *nævi*

(1) HALLOPEAU, *Les nævi* (Progrès médical, 1891).

épithéliaux kystiques; 3° les *nævi neuro-fibromateux* (maladie de Recklinghausen).

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE. — Ces néoplasies sont des plus fréquentes : l'un de nous en a constaté l'existence chez plus de la moitié de ses malades (H.).

Elles sont souvent, mais non nécessairement, congénitales dans le sens étroit de ce mot ; une statistique de Guéniot montre en effet qu'on les observe beaucoup moins fréquemment chez les nouveau-nés que chez les enfants plus âgés et chez les adultes ; un nombre relativement considérable de ces *nævi* n'apparaît donc que plus ou moins tardivement après la naissance, bien qu'ils soient d'origine embryonnaire ; ils se comportent ainsi comme diverses tumeurs, telles que les enchondromes et les adénomes palpébraux ; ils peuvent même ne se développer qu'à la puberté et à l'âge adulte ; c'est ainsi que l'on voit les molluscum se multiplier tardivement dans la maladie de Recklinghausen.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX. — Les *nævi* se présentent, le plus souvent, sous la forme de taches ou de saillies diversement pigmentées, indolentes, limitées au tégument externe ou empiétant sur les parties profondes ; elles sont souvent multiples. D'ordinaire indélébiles, elles sont cependant susceptibles de subir une *évolution rétrograde* : on voit ainsi de petits *nævi* vasculaires congénitaux s'effacer dans les premières années de la vie et disparaître sans laisser de traces.

La disposition assez fréquente de ces néoplasies en séries linéaires, et ce fait que ces séries peuvent correspondre à certains territoires nerveux ou aux lignes qui séparent deux territoires nerveux voisins (lignes de Voit), ont conduit à admettre que ces *nævi* sont d'origine tropho-névrotique : dans les cas où elles correspondent aux limites de territoires nerveux, l'un de nous a émis l'hypothèse (1) qu'elles sont dues à la superposition des actions tropho-névrotiques qui appartiennent aux rameaux anastomosés ; les *nævi* non systématisés pourraient s'expliquer de même par l'addition d'actions trophiques appartenant aux anastomoses de branches secondaires ; il resterait à expliquer pourquoi ces hyperplasies restent le plus souvent limitées à telle ou telle des parties constituantes de la peau, et comment elles peuvent être circonscrites à la sphère de distribution d'un seul et même tronc nerveux.

Kaposi ne considère pas comme vraisemblable l'origine tropho-névrotique de ces néoplasies : partant de ce fait que, pendant le développement embryonnaire, tous les éléments constituants des différentes parties du corps s'accroissent parallèlement, il arrive à conclure qu'un trouble dans le développement d'une de ces parties devra nécessairement correspondre au trajet des nerfs sans qu'il

(1) HALLOPEAU, *loc. cit.*

s'agisse pour cela d'une tropho-névrose. Malheureusement pour cette hypothèse, il n'est nullement démontré que la sphère de distribution de chacun des rameaux nerveux corresponde au développement isolé des parties qu'ils animent ; le fait est particulièrement bien peu vraisemblable pour les extrémités digitales (1).

Dans ces derniers temps, l'étude des localisations suivant les métamères est venue jeter un jour nouveau sur une partie de ces *nævi* systématisés.

Comme Pecirka et Jadassohn, l'un de nous (H.) les a vus, avec E. Weil, occuper des territoires métamériques (2).

Il y a longtemps déjà que Virchow a expliqué la fréquence des angiomes à la face et au crâne par un trouble survenu dans l'évolution des arcs branchiaux.

Blaschko et Jadassohn ont signalé la distribution des *nævi* suivant la direction des poils. Blaschko a également soutenu l'hypothèse d'un trouble du développement de l'épiderme.

Les *nævi* peuvent s'accompagner de *troubles trophiques*.

Ils portent, soit sur les téguments dont ils déterminent l'ulcération [ces lésions peuvent guérir en laissant des cicatrices indélébiles ; Gastou (3) les a vues produire des syndactylies], soit sur les muscles dont ils amènent l'atrophie avec toutes ses conséquences.

Nous verrons les angiomes provoquer lentement l'atrophie des tissus musculaires, nerveux et osseux, avec lesquels ils se trouvent en rapport.

D'autre part, les *nævi* peuvent coïncider avec des neuro-atrophies d'origine embryonnaire ; c'est ainsi que, dans un cas de Lindström, toute une moitié du tronc semblait présenter un arrêt de développement ; elle était très atrophiée en même temps que la sensibilité y était abolie sous toutes ses formes (4).

Les troubles de nutrition peuvent être circonscrits à la partie occupée par le *nævus* ; il en était de la sorte dans un cas de *nævus* en bande de Brault, où la couche épidermique semblait atrophiée (5).

Les *nævi* constituent des *loci minoris resistentiæ* ; nous avons vu plusieurs fois des *nævi* vasculaires et des *nævi* verruqueux devenir, à diverses reprises, le siège d'éruptions eczémateuses qui restaient circonscrites à leur surface.

Plusieurs variétés de *nævi*, et particulièrement les pigmentaires et

(1) H. HALLOPEAU, *Nævi kérato-pilaires distribués suivant des trajets nerveux* (Bull. de la Soc. clinique, 1890). — HALLOPEAU et JEANSELME, *Sur un nævus lichénoïde correspondant aux lignes de Voit* (S. F. D., 1894).

(2) PECIRKA, *Sur les papillomes de la peau*. Prague, 1893. — JADASSOHN, *Zur Kenntniss systematischen Nævi* (A. F. D., 1895). — BRISSAUD, *Zona et métamères* (Bull. méd., 1896). — HALLOPEAU et E. WEIL, S. F. D., 1897.

(3) GASTOU, S. F. D., 1894. — GALEWSKY, *Deutsches Arch. f. klin. Med.*

(4) LINDSTROM, *Soc. physico-médicale de Kiew*, 1898.

(5) BRAULT, S. F. D., 1898.

les adénomateux, peuvent *dégénérer en tumeurs malignes* : les groupes d'éléments embryonnaires y prolifèrent ; c'est ainsi que chez une malade de l'un de nous (H.), un idradénome palpébral est devenu le point de départ d'un épithéliome. Ce fait ne saurait surprendre si, comme le veut Unna (1), les nævi sont le plus souvent des enclaves épithéliales d'origine embryonnaire dans le tissu conjonctif de la peau, avec modification des caractères des cellules.

Des troubles dans le développement intellectuel s'observent souvent chez les individus atteints de *nævi* multiples et d'autant plus que les nævi sont plus nombreux : ils varient dans leur expression clinique ; les sujets sont ce que l'on appelle *minus habentes* ; certains sont complètement idiots, d'autres épileptiques ; d'une manière générale, ce sont des dégénérés héréditaires (2).

Les caractères *anatomo-pathologiques* des nævi varient dans chacune de leurs espèces et seront étudiés avec elles.

I. NÆVI SIMPLES. — 1° **Nævi pigmentés lisses.** — Ces nævi, dits aussi nævi *spili*, sont constitués par des taches dont la coloration plus ou moins foncée varie de celle du café au lait clair à celle de la sépia ; leurs contours sont souvent irréguliers : on les a comparés à des fragments de peau animale qui seraient intercalés dans la peau humaine ; ils peuvent être punctiformes ou constituer des plaques plus ou moins étendues ; ils peuvent intéresser la plus grande partie du tégument externe et constituer une mélanodermie congénitale.

Le pigment siège surtout dans les cellules du corps muqueux, au niveau des prolongements interpapillaires ; on trouve également des îlots de cellules pigmentées dans les couches superficielles du derme. On n'a pu encore déterminer quel est le mode de production de ce pigment ; tandis que la plupart soutiennent, avec Koelliker et Aeby, qu'il provient du sang et se dépose primitivement dans le derme d'où il est transporté par les cellules dites *chromatophores* dans la couche profonde de l'épiderme, d'autres, tels que Kaposi et Jarisch, croient plutôt que le pigment se développe, dans ces cas, aux dépens du protoplasma des cellules de l'épiderme.

A côté de ces nævi pigmentaires, nous placerons les taches de *lentigo*, ou *lentigines*, dites vulgairement *taches de rousseur* ; elles en diffèrent surtout par leur volume généralement moindre, leurs contours plus réguliers et leur mode de dissémination ; ce ne sont là que des caractères d'une signification secondaire, insuffisants pour impliquer une différence de nature.

On pourrait attacher plus d'importance à l'époque d'apparition ;

(1) UNNA, *Die epitheliale Nature der Nævuszellen* (Deutsche med. Zeit., 1897).

(2) HALLOPEAU et LEREDDE, *Sur un cas d'adénomes sébacés à forme scléreuse : unité des affections comprises sous les noms d'adénomes sébacés, nævi vasculaires, verruqueux, etc.* (S. F. D., 1895).

mais ici encore il n'y a pas de différences essentielles : comme les nævi, le lentigo peut être congénital ; comme eux, il peut se développer plus tardivement, surtout à l'époque de la puberté ; nous considérons cette affection comme une simple variété de nævus pigmentaire. Les taches de lentigo présentent cependant cette particularité qu'elles s'accroissent sous l'influence de l'air extérieur et surtout de la lumière solaire. Leur fréquence est plus grande chez les sujets blonds et surtout chez les roux.

Cette éruption est constituée par des taches d'une coloration qui varie du jaune pâle au brun plus ou moins foncé ; elles sont généralement arrondies et mesurent de 1 à 3 millimètres de diamètre ; elles ne s'effacent pas sous la pression du doigt.

Elles occupent de préférence les parties découvertes, mais on peut les observer sur toute la surface du tégument externe. Elles sont toujours multiples et disséminées assez régulièrement ; rarement elles sont confluentes. On les voit habituellement pâlir l'hiver pour redevenir plus colorées pendant la saison chaude. Elles peuvent s'atténuer et même cesser d'être perceptibles avec les progrès de l'âge.

Nous verrons plus loin comment les lentigo peut être différencié de éphélides solaires et du xeroderma pigmentosum.

2° **Nævi achromiques.** — Ils constituent un albinisme partiel ; on les observe surtout chez les nègres, qui méritent alors le nom de *nègres pies* ou *mouchetés* ; ils peuvent être recouverts également de poils décolorés.

3° **Nævi pilaires.** — Ils sont caractérisés par la présence de touffes de poils, soit dans des parties glabres, soit, avec des caractères anormaux, dans des parties velues ; la peau qui les supporte paraît être constamment le siège d'autres altérations, celles du nævus pigmenté ou du nævus verruqueux. Les poils anormaux sont généralement plus épais, plus colorés que les poils normaux ; ils sont en outre souvent frisés : ordinairement circonscrits, ces nævi pilaires peuvent envahir toute une partie du corps et lui donner l'aspect d'une peau de bête ; il n'est pas rare de les voir se développer avec l'âge.

4° **Nævi pilo-folliculaires.** — Ils sont formés par de petites papules, d'un rouge plus ou moins vif, surmontées à leur centre d'un cône épidermique d'où émergent, soit un poil follet, soit une concrétion sébacée sous forme d'un filament allongé ; le système pileux présente à leur niveau un développement exagéré.

5° **Nævi molluscoïdes, fibroma molluscum, molluscum vrai.** — On désigne sous ces dénominations les fibromes mous de la peau ; il n'y a aucune raison pour en séparer, au point de vue nosologique, les fibromes durs, car ils ont la même pathogénie et la même évolution ; cette dénomination de molluscum est destinée à disparaître, puisque l'on connaît la structure et l'étiologie de l'affection.

Une division plus importante dans l'étude de ces tumeurs a pour

base leur siège : Besnier distingue, avec raison, des *fibromes du corps papillaire*, des *fibromes des couches profondes du derme* et des *fibromes hypodermiques*.

Nous verrons que les fibromes peuvent se développer dans la gaine des nerfs, d'où le nom de *neuro-fibromes* que l'on donne à cette variété; ils peuvent également avoir pour point de départ le tissu fibreux des parois glandulaires (Fagge).

Leurs caractères varient suivant leur siège et leurs particularités de structure.

Les *fibromes mous* du corps papillaire et du derme sont des tumeurs, de volume variable, arrondies, piriformes ou aplaties et simulant alors un adénome sébacé dont le contenu aurait été éliminé; elles prennent le nom de *molluscum pendulum* quand elles sont pédiculées; la palpation décèle souvent, au milieu de la masse de consistance molle, des points indurés; dans certains cas, la tumeur peut être en partie réduite comme l'est une hernie, et l'on a la sensation qu'elle traverse un orifice; c'est surtout dans les tumeurs de la face profonde du derme que cette disposition est nettement appréciable. On sent parfois un prolongement profond formant une tumeur hypodermique. Tantôt les molluscum ont la couleur de la peau normale, tantôt ils sont violacés ou pigmentés; nous avons vu qu'ils peuvent être surmontés de poils; nous avons signalé des cas dans lesquels il s'agissait de *tumeurs mixtes* constituées en partie par un molluscum, en partie par un *nævus vasculaire*.

Les *fibromes sous-cutanés* sont généralement plus fermes; ils adhèrent souvent à la face profonde du derme; on les voit coïncider avec des tumeurs intradermiques; souvent leur saillie, à peine appréciable à la vue, n'est perceptible nettement que par la palpation.

Le volume des molluscum varie dans des proportions considérables: tandis que, le plus ordinairement, il ne dépasse guère celui d'un pois, il peut acquérir les dimensions d'une noisette ou d'une noix; il peut être encore plus considérable et dépasser celui d'une grosse orange, ou même former, sur les parois du visage, du cou ou du tronc, comme d'énormes diverticules du tégument externe.

6° Nævi atrophiques. — L'existence de cette forme est établie par un moulage du musée déposé par Brocq; il paraît s'agir d'une sclérose cutanée accompagnée de stéatose.

7° Nævi materni lipomatodes. — Cette forme, décrite par Walther, est caractérisée par la présence, dans les aréoles très dilatées du derme, d'une grande quantité de cellules adipeuses; le volume de ces nævi est des plus variables; ils peuvent constituer d'énormes lipomes. Leur surface est d'un blanc jaunâtre; elle peut, d'après O. Larcher, présenter un aspect en mosaïque qu'elles doivent à l'adossement de petits lobules; leur consistance est molle, mais non fluctuante.

8° Nævi papillomateux. — Ils sont généralement décrits sous le nom de *nævi verruqueux*; nous repoussons cette dénomination appliquée indifféremment à tous les nævi non vasculaires qui forment saillie; nous avons vu, en effet, qu'ils présentent des variétés nombreuses et bien distinctes. Les nævi constitués par l'hypertrophie des papilles présentent des saillies généralement irrégulières et de volume variable; elles sont le plus souvent recouvertes de séborrhée concrète et d'amas épidermiques qui leur donnent une coloration variant du jaune au gris et au brun foncé. Ces nævi sont d'ailleurs le plus souvent pigmentés et fréquemment aussi pilaires. Veiel les a vus, dans les creux axillaires, prendre l'aspect de condylomes acuminés (1). C'est une des variétés de nævi qui sont le plus souvent distribuées suivant les territoires nerveux ou leurs limites.

9° Nævi à comédons en bandes et en plaques. — Cette forme n'a été signalée jusqu'ici que par Selhorst (2) et Thibierge (3); elle est disposée en plaques ou en bandes unilatérales, à direction verticale ou horizontale; elle occupe surtout le cou et le devant du thorax. Ses éléments sont des *comédons* de dimensions variées, séparés par des brides cicatricielles. Lorsque l'on a pratiqué l'énucléation des comédons, on reconnaît qu'ils occupent des loges cylindriques, régulières, semblant constituées par une dépression de la peau; ces alvéoles plans sont séparés par des brides irrégulières rappelant la coupe d'un tissu caverneux. Ces nævi peuvent devenir le siège d'ulcérations qui offrent beaucoup d'analogie avec celles des gommes tuberculeuses: la pression en fait sourdre du pus mélangé de matière caséuse.

10° Nævi mous ou verrues molles. — Unna (4) réunit sous ce nom des altérations ayant pour caractère commun la présence, dans les couches supérieures du derme, de cellules qu'il considère comme épithéliales; elles se sépareraient, pendant la vie embryonnaire, de l'endothélium des follicules pileux et des canaux glomérulaires et perdraient leur structure fibrillaire.

Suivant Kromayer, des cellules épithéliales dépourvues de leurs prolongements épineux et de leurs folioles pénétreraient dans le tissu conjonctif et s'y transformeraient en éléments conjonctifs. La plupart des auteurs, parmi lesquels Recklinghausen et Herxheimer (5), considèrent ces éléments comme des cellules endothéliales.

11° Nævi cornés. — Ils ont été souvent désignés sous le nom de *kératodermies palmaires* et *planlaires*, en raison de leur siège le plus habituel. On en a distingué plusieurs variétés suivant qu'ils sont

(1) VEIEL, *A. b. D.*, t. XXXVI, 1896.

(2) SELHORST, *British Journal of Dermatology*, 1896.

(3) THIBIERGE, *S. F. D.*, 1896.

(4) UNNA, *Réunion de Lubeck*, 1895.

(5) HERXHEIMER, *Réunion de Francfort*, 1897.

congénitaux ou se développent tardivement, mais ils sont toujours, sauf les cas où ils s'expliquent par la profession, d'origine congénitale. Une distinction plus importante repose sur la *localisation initiale* de l'*hyperkératose* : celle-ci peut en effet affecter primitivement, soit le *pourtour des orifices sudoripares*, soit le *revêtement épidermique des crêtes papillaires*. La localisation initiale d'une forme de *kératodermie palmaire et plantaire* au pourtour des orifices des glandes sudoripares a été reconnue par Besnier et par l'un de nous (H.), dans un travail en collaboration avec P. Claisse (1); il y est établi que *cette kératodermie sudoripare peut constituer un nævus* : sa disposition en séries linéaires ne laisse aucun doute à cet égard. On trouve tous les intermédiaires entre les simples dilatations des orifices sudoripares, celles qui, plus volumineuses, sont obturées par une concrétion cornée, et enfin celles qui se réunissent en groupes et forment des plaques dures cornées, arrondies, entourées souvent par une zone légèrement érythémateuse et creusées de cavités cratériformes que remplissent des productions cornées dures, jaunâtres, irrégulières, rocheuses, d'une grande dureté et très difficiles à enlever; c'est à la plante des pieds que ce nævus présente ces caractères (Planche III); aux mains, des callosités criblées d'orifices sudoripares sont disposées entraînés qui répondent à des trajets nerveux; la sécrétion sudorale ne se fait pas par ces orifices dilatés et obturés.

La *kératodermie symétrique et congénitale des surfaces plantaires et palmaires*, localisée *suivant les crêtes papillaires*, qu'Unna a séparée de l'ichtyose, est également, comme l'a bien vu Besnier, de nature nævique; c'est une affection héréditaire; une fine aréole érythémateuse y sépare les parties kératosées des parties saines. Besnier a montré qu'une affection très analogue peut survenir chez l'enfant ou même chez l'adulte; son développement est favorisé, mais non déterminé, par les irritations professionnelles ou autres: il s'agit encore, suivant nous, d'un *nævus*.

Les foyers hyperkératosiques forment de larges trainées qui occupent surtout, aux mains, une partie des éminences thénar et hypothénar, la région des articulations métacarpo-phalangiennes et les faces palmaires des doigts; aux pieds, le talon, les parties sous-jacentes aux premiers et cinquièmes métatarsiens et les faces plantaires des orteils: dans ces diverses régions, l'épiderme est considérablement épaissi et les lignes papillaires forment des saillies notables; les mouvements sont gênés, mais non douloureux: il se fait, de temps à autre, de nouvelles poussées hyperkératosiques.

L'accumulation de substance cornée qui caractérise ces altérations nous paraît due au mode de réaction spécial que présente l'épiderme des régions intéressées; des éruptions de nature toute différente, telles

(1) HALLOPEAU et P. CLAISSE, *Kératodermie palm. et plant., etc.* (S. F. D. 1891).



Librairie J. B. Baillière et fils.

KÉRATODERMIE PLANTAIRE

congénitaux ou se développent tardivement, mais ils sont toujours, sauf les cas où ils s'expliquent par la malnutrition, d'origine congénitale. Une distinction plus importante réside sur la localisation initiale de l'hyperkératose : celle-ci peut en effet affecter primitivement, soit le *pourtour des orifices sudoripares*, soit le *recèdement épidermique des crêtes papillaires*. La localisation initiale d'une forme de *kératodermie palmaire et plantaire* au pourtour des orifices des glandes sudoripares a été reconnue par Besnier et par l'un de nous (H.), dans un travail en collaboration avec F. Méheux (1) ; il y est établi que cette localisation peut constituer le point de départ de la disposition en plaques dures et cornées de la kératodermie. On observe toute une série d'intermédiaires entre les formes initiales des orifices sudoripares, celles qui plus tardivement sont obturées par une concrétion cornée, et celles qui se réunissent en groupes et forment des plaques dures cornées, arrondies, entourées souvent par une zone légèrement érythémateuse et creusées de cavités cratériformes que remplissent des productions cornées dures, jaunâtres, irrégulières, rocheuses, d'une grande dureté et très difficiles à enlever ; c'est à la plante des pieds que ce nævus présente ces caractères (Planche III) ; aux mains, des callosités criblées d'orifices sudoripares sont disposées en traînées qui répondent à des trajets nerveux ; la sécrétion sudorale ne se fait pas par ces orifices dilatés et obturés.

La *kératodermie asymétrique et congénitale des surfaces plantaires* est caractérisée localisée sur une partie papillaire, qui s'étend à plusieurs millimètres au-dessous de la ligne de flexion, de nature papillaire. Elle est d'origine congénitale, est une arête érythémateuse et s'étend sur les parties saines. Besnier a montré qu'une kératodermie congénitale peut survenir chez l'enfant ou même chez l'adulte ; son développement est favorisé, mais non déterminé, par les irritations professionnelles ou autres ; il s'agit encore, suivant nous, d'un nævus.

Les foyers hyperkératosiques forment de larges traînées qui occupent surtout, aux mains, une partie des éminences thénar et hypothenar, le région des articulations métacarpo-phalangiennes et des articulations des doigts ; aux pieds, le talon, les parties sous-jacentes des quatrième et cinquièmes métatarsiens, les faces plantaires des orteils. Dans ces diverses régions, l'épiderme est considérablement épaissi et les lignes papillaires forment des saillies notables ; les orifices sudoripares sont gênés, mais non douloureux ; il se fait, de temps en temps, de nouvelles poussées hyperkératosiques.

La formation de substance cornée qui caractérise ces altérations est due au mode de réaction spécial que présente l'épiderme aux irritations intéressées ; des éruptions de nature toute différente, telles

(1) Méheux et P. Clausse, *Kératodermie palm. et plant.* (Bull. F. D., 1891).



Librairie J.-B. Baillière et fils.

KÉRATODERMIE PLANTAIRE

que des eczémas, des syphilides, des neuro-dermites et des toxidermites, peuvent prendre, dans ces mêmes parties, le caractère corné; nous avons vu, chez un même malade, les dilatations des orifices sudoripares s'accompagner, à la plante des pieds seulement, d'hyperkératose; les saillies développées concurremment à la face interne des doigts n'avaient pas ce caractère.

Ces différentes kératodermies plantaires et palmaires peuvent, sous l'influence d'irritations, devenir le point de départ de lésions phlegmasiques qui constituent une pénible complication par les douleurs qu'elles provoquent, la gêne de la marche et quelquefois l'impossibilité de travailler.

On peut voir se développer des nævi cornés en dehors des régions que nous venons d'indiquer; un moulage du musée en représente un qui est limité au crâne, où il se contourne en forme d'S; il a l'aspect d'une plaque psoriasique: c'est une des formes de ce que l'on a décrit, à tort, sous le nom d'*ichtyose partielle*.

12° **Nævi vasculaires.** — Ils peuvent être constitués *par la dilatation ou la néoformation de vaisseaux sanguins ou lymphatiques de la peau.*

A. Nævi vasculaires sanguins. — Ils se présentent sous des formes différentes suivant le siège, l'étendue et la complexité de la lésion.

On distingue ainsi parmi eux des *nævi vasculaires lisses* et des *nævi vasculaires angiomateux* formant *tumeurs* ou *hématangiomes*, etc.

a. Les **nævi vasculaires sanguins lisses** sont communément désignés sous le nom de *taches de vin*; on les a appelés également *nævi flammæ*.

Tantôt ils existent au moment de la naissance; tantôt ils ne se développent que plus tardivement. L'exactitude de cette proposition, soutenue par Besnier, ressort en toute évidence des observations comparatives que Guéniot et Hutinel ont bien voulu faire sur notre demande à la Maternité et aux Enfants-Assistés: tandis que, chez les nouveau-nés, la proportion des sujets atteints de nævi vasculaires n'est que de 15 p. 100, elle s'est trouvée, aux Enfants-Assistés, chez des enfants plus âgés, de 32 p. 100, et, chez les adultes de nos salles, d'au moins 50 p. 100 (H.).

De même, les taches congénitales peuvent ultérieurement s'agrandir. Leur accroissement peut avoir lieu par l'extension graduelle de leurs limites et, comme l'a montré Francis (1), par la formation et l'élargissement de foyers satellites qui se réunissent peu à peu et finissent par se confondre sous la masse principale. D'autres fois, au contraire, ces taches subissent une évolution rétrograde et finissent par disparaître dans les premières années de la vie.

Elles peuvent occuper toutes les parties du corps et varier, dans leur *étendue*, depuis le simple point jusqu'aux larges plaques occu-

(1) FRANCIS, *Atlas international de dermat.*, 1895.

pant toute une région. Elles peuvent affecter les dispositions linéaires suivant toute la hauteur d'un membre : R. Crocker les qualifie alors de *serpigneuses* (1).

Leur *couleur* varie du rouge pâle au violet foncé ; elle augmente sous l'influence des efforts, des émotions de la digestion. Elles s'effacent plus ou moins complètement sous la pression du doigt. Elles peuvent, lorsqu'elles s'étendent, pâlir dans leur partie centrale, mais le fait n'est pas constant (Francis). Leur *forme* est tantôt arrondie, tantôt irrégulière, figurant des anneaux, des stries. Elles font parfois une légère saillie qui s'accroît sous l'influence des mêmes causes que la coloration. Elles constituent, lorsqu'elles siègent à la face, une difformité des plus pénibles. On admet que les artérioles ou les veinules prennent une part prépondérante dans leur constitution, suivant que leur coloration est plutôt d'un rouge vif ou d'un rouge violacé.

b. Hématangiomes. — On appelle ainsi les *nævi vasculaires sanguins* formant *tumeurs*. Ils peuvent être *cutanés* ou *sous-cutanés*.

Les plus petits des hématangiomes cutanés forment des points saillants et colorés comme les simples taches ; on y distingue, d'après Besnier, une petite houppe centrale de laquelle se détachent des télangiectasies ramifiées ; plus volumineux, ils forment des tumeurs plus ou moins saillantes ; on a comparé leur aspect à celui des fraises ou des framboises ; ils s'affaissent sous la pression du doigt.

Les tumeurs érectiles sous-cutanées constituent des masses plus ou moins volumineuses qui peuvent, ou non, intéresser simultanément la peau, et qui sont de même en partie réductibles par la compression.

Nous avons vu que les *nævi vasculaires* peuvent être le siège d'éruptions de nature eczémateuse ; d'autres fois, ils s'ulcèrent ou se gangrènent et, s'ils sont étendus, deviennent ainsi l'origine de cicatrices vicieuses ; Hardy a vu ces ulcérations *næviques* simuler des syphilides.

L'examen microscopique des *nævi vasculaires* peut y dénoter de simples dilatations vasculaires avec ou sans néoformations ; dans les tumeurs plus volumineuses, on constate en outre une hyperplasie plus ou moins considérable du tissu connectif ; enfin, dans les tumeurs hypodermiques, il peut se former des cavités en communication avec le réseau vasculaire, qui leur méritent le nom d'*angiomes caverneux*.

Lorsqu'ils sont volumineux, les angiomes peuvent donner lieu à des lésions secondaires par la pression qu'ils exercent sur les parties qui les avoisinent ; on les a vus, malgré leur mollesse, amener de la sorte des atrophies musculaires et nerveuses, avec toutes leurs conséquences ; elles peuvent, comme l'a montré Kaposi, atrophier des os ; c'est ainsi que l'un de nous a observé, chez un jeune homme

(1) R. CROCKER, *Diseases of the Skin*, 1893.

atteint d'un *nævus cutané* et sous-cutané de la joue, une dépression considérable des arcades dentaires.

B. Nævi vasculaires lymphatiques. — Le nom de *lymphangiomes cutanés* a été appliqué à des maladies multiples de la peau. Les unes sont des *lymphangiomes vrais*, c'est-à-dire des tumeurs d'origine congénitale, qui se caractérisent par la néoformation d'endothélium lymphatique. D'autres ne sont que des *dilatations lymphatiques*, des *lymphangiectasies* dues à l'obstruction d'origine microbienne des voies lymphatiques ; nous les étudierons à côté des maladies microbiennes. Enfin Kaposi a décrit sous le nom de *lymphangiome tubéreux* une affection qui n'est autre que le *cystadénome épithélial bénin* de Besnier ou adénome sudoripare.

Le nom de lymphangiome peut être attribué légitimement à trois formes de lésions cutanées ou muqueuses. Remaniant légèrement la division de Brocq et Bernard, nous admettons :

- a. Un *lymphangiome circonscrit vésiculeux*.
- b. Un *lymphangiome circonscrit kystique*.
- c. Un *lymphangiome diffus*.

Seule, l'étude du lymphangiome vésiculeux intéresse spécialement les dermatologistes.

Lymphangiomes circonscrits vésiculeux. — SYMPTÔMES. — Tous les cas observés remontent à l'enfance, mais on n'observe guère les malades qu'à un âge plus avancé : ils ne se présentent au médecin que lorsqu'ils sont gênés par le volume d'une difformité naturelle.

Au début, on remarque quelques vésicules isolées les unes des autres ; elles se multiplient et forment des groupes où elles sont coalescentes. Elles reposent sur une masse de consistance molle, qui peut faire une saillie légère (1).

Les vésicules, peu volumineuses, ne dépassent guère les dimensions d'une tête d'épingle anglaise : elles sont rondes ou ovales, ou aplaties par pression réciproque, résistantes au doigt.

A leur origine, ces vésicules sont *claires et transparentes* et elles peuvent le rester indéfiniment. Mais, souvent aussi, elles peuvent devenir hémorragiques et prendre une couleur rouge ou violacée. Freudweiler a constaté que cette transformation se fait brusquement.

A la surface des vésicules claires et tout autour on peut voir de fines télangiectasies ; quelquefois on aperçoit également par transparence, à travers la vésicule, de fins capillaires arborisés. Il convient de les rechercher à la loupe.

Les vésicules sont susceptibles de disparaître spontanément ; elles sont sujettes à des changements de volume ; il en est de même de la masse sur laquelle elles reposent.

(1) Les auteurs n'ont pas assez insisté, nous semble-t-il, sur les caractères de cette tumeur profonde. Dans le cas de Thibierge, elle débordait largement les régions couronnées de vésicules.