

peuvent rendre plus rapide la progression des lésions. Besnier recommande les inhalations d'oxygène. L'hydrothérapie sous toutes ses formes sera mise en pratique : douches tièdes, douches sulfureuses, bains sulfureux, eaux minérales, surtout les eaux sulfureuses d'Aix-les-Bains, de Bagnères-de-Bigorre, de Luchon, de Saint-Honoré, d'Uriage.

Brocq recommande l'application hebdomadaire de pointes de feu sur les régions du rachis d'où émergent les nerfs se rendant aux zones sclérodermisées.

Parmi les nombreux médicaments qu'on a employés contre la maladie, nous n'en voyons que quelques-uns qui puissent avoir une utilité : l'arsenic et le fer en premier lieu et aussi les glycérophosphates trouveront leur indication; on pourra, à titre d'essai, employer les iodures de potassium ou de sodium, à condition d'en cesser l'usage si on n'en retire aucun avantage.

La plupart des auteurs recommandent l'usage des modificateurs du système nerveux : bromures, valériannes, musc, etc.

Il faudra surveiller avec le plus grand soin l'état des fonctions gastriques. Les aliments gras, le beurre à hautes doses, la glycérine, l'huile de foie de morue ont été préconisés. (L.)

### VITILIGO

On désigne sous ce nom une dermatose caractérisée simultanément par des achromies et des hyperchromies, celles-ci entourant le plus habituellement celles-là.

ÉTILOGIE. — Le plus souvent, il est impossible de déterminer quelle est la cause de ces altérations : la seule manifeste, en certains cas, est la compression permanente d'une partie du tégument, telle que, par exemple, celle que détermine un bandage herniaire (1).

On peut se demander, en pareil cas, si la compression amène les troubles de pigmentation en comprimant directement les cellules du corps muqueux et troublant ainsi leur nutrition, ou en agissant indirectement sur elles par l'intermédiaire, soit des vaisseaux, soit des nerfs : l'absence de tout trouble appréciable de l'innervation rend peu vraisemblable cette dernière interprétation : au contraire, l'hypothèse vasculaire peut être considérée comme corroborée par ce fait que la plaque achromique est alors entourée d'une hyperchromie : celle-ci correspondrait à la stase sanguine provoquée par les bandages dans les parties qui avoisinent la pelote.

L'hypothèse nerveuse est au contraire la seule admissible pour les cas où la maladie se développe à la suite d'une violente émotion; on en cite divers exemples, bien qu'il soit toujours très difficile, en pareilles circonstances, d'affirmer qu'il y a bien une relation de cause

(1) HALLOPEAU et SALMON, *Cas de vitiligo provoqué par un bandage inguinal* (S. F. D., 1895). — GAUCHER, *cod. loc.*

à effet entre la perturbation de l'innervation psychique et la genèse de la dermatose.

Une observation d'Emery (1) montre que le vitiligo peut être consécutif à une névrite d'origine toxique; dans son cas, il s'agissait d'une intoxication par les essences de pétrole.

La maladie est considérée comme plus fréquente chez les nègres.

SYMPTÔMES. — Cette dermatose est essentiellement caractérisée par l'apparition de taches décolorées qu'entoure une zone hyperpigmentée : il n'y a aucun trouble concomitant de la sensibilité non plus que de la nutrition. Ces plaques peuvent être arrondies ou polycycliques : elles peuvent être disposées symétriquement; mais ce n'est pas là une règle fixe. Les plaques ainsi formées tendent le plus souvent à se propager excentriquement et à se multiplier : l'achromie se développe alors aux dépens de la zone hyperpigmentée qui, de son côté, empiète graduellement sur la peau saine. La pigmentation peut se présenter sous la forme d'îlots de petites dimensions; sa coloration varie du clair au foncé.

Il n'y a rien de fixe dans l'évolution de la maladie : le plus souvent les plaques restent stationnaires pendant de longues années; exceptionnellement, elles rétrocedent; elles peuvent au contraire continuer à progresser et finir par envahir presque toute la surface du corps; les parties hyperpigmentées coexistant avec les plaques décolorées, il peut ne pas rester trace de la couleur normale : c'est là un fait des plus exceptionnels (2). Dans la forme d'origine toxique, signalée par Emery, l'éruption s'est développée très rapidement.

La santé générale n'est d'ordinaire aucunement troublée du fait du vitiligo. On n'observe, de son chef, chez les sujets qui en sont atteints, aucune tare constitutionnelle. Lorsque cette dermatose occupe des parties velues, les poils s'y décolorent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'absence de pigment dans la couche profonde du corps muqueux, sa présence en quantité anormale dans les zones hyperpigmentées, telles sont les seules altérations qu'il ait été jusqu'ici donné d'observer; l'existence d'atrophies nerveuses, signalée par Leloir et Chabrier, n'a pas été jusqu'ici confirmée.

DIAGNOSTIC. — Toutes les dermatoses qui déterminent l'atrophie des couches profondes du corps muqueux donnent lieu, par cela même, à des achromies qu'il ne faut pas confondre avec celles du vitiligo; nous mentionnerons en première ligne les *syphilides pigmentaires* : le siège de prédilection de ces dernières sur les parties latérales du cou, leur dissémination sur cette région en taches lenticulaires, le peu d'intensité de la décoloration, qui a pu être niée et qui est toujours incomplète, les différencient du vitiligo.

Les *achromies lépreuses* peuvent être, comme les plaques de viti-

(1) EMERY, S. F. D., 1898.

(2) KAPOSI, *Traité des maladies de la peau.*



ligo, entourées d'une zone hyperpigmentée, mais on y constate constamment des troubles de la sensibilité, et particulièrement de l'anesthésie, en même temps que souvent une induration de la peau, phénomènes qui n'appartiennent pas au vitiligo.

Il existe des tropho-névroses constituées par des *élevures semblables à celles du lichen obtusus et disposées autour de plaques achromiques* : le plus souvent, on constate simultanément de l'anesthésie au niveau des parties décolorées et aussi des poussées hypéromiques (1). Il s'agit là de maladies distinctes du vitiligo (*vide infra*).

Il ne faut pas confondre avec le vitiligo les *achromies* signalées par l'un de nous (H.) à la suite de plaques psoriasiques : la coexistence du psoriasis et les commémoratifs doivent empêcher cette erreur.

**PRONOSTIC.** — Il est sérieux en ce sens que la maladie ne rétrocède qu'exceptionnellement ; il est bénin en ce sens que la santé générale n'est en aucune manière troublée du fait de cette dermatose.

**TRAITEMENT.** — Les excitations réitérées de la peau par des topiques appropriés, tels que les solutions alcooliques de camphre et de térébenthine, et surtout l'électrisation sous la forme, soit de courants continus, soit de bains, soit d'effluves, ont paru quelquefois favoriser le retour de la coloration normale ; mais on ne peut se dissimuler que c'est là l'exception et que, dans la grande majorité des cas, le médecin est impuissant contre cette maladie.

## ZONA

Synon. : *Herpès zoster*.

On donne le nom de *zona* à une affection cutanée d'origine nerveuse, habituellement unilatérale, caractérisée par des plaques érythémateuses et vésiculeuses, distribuées sur le trajet d'un nerf sensitif ou d'un métamère (Brissaud) (2).

**ÉTILOGIE.** — Le *zona* est primitif, ou secondaire à une lésion nerveuse déterminée.

Primitif, il se développe parfois sous forme de petites épidémies ; on a signalé des faits de contagion. Comme, dans certains cas, il s'accompagne de fièvre, de symptômes généraux, on a considéré la fièvre zostérienne comme une maladie infectieuse (Trousseau, Erb, Landouzy). L'immunité acquise du *zona* a été même admise universellement comme celle de la fièvre typhoïde ou de la variole ; elle a été infirmée par des observations assez nombreuses et assez précises pour ne pas laisser place au doute (Grindon, Matignon).

On observe encore le *zona* au cours ou à la suite d'infections

(1) HALLOPEAU et LARAT, *Sur une nouvelle variété de tropho-névrose caractérisée par des dyschromies et des éruptions lichénoïdes*. — NEISSER, *Vitiligos avec éruption lichénoïde* (Congrès de Breslau, 1894. — Congrès pour l'avancement des sciences, 1891).

(2) BERENSPRUNG, *Ann. de la Charité*, 1861. — HEBRA et KAPOSI, LANDOUZY, *Fièvre zoster* (*Semaine médicale*, 1883). — BRISAUD, *Leçons sur les maladies nerveuses*.

diverses : scarlatine, rougeole, grippe, septicémie puerpérale, blennorrhagie, pneumonie, syphilis (?).

Le rôle des intoxications (oxyde de carbone, plomb, arsenic) et des auto-intoxications (diabète) semble parfois non douteux.

Le *zona* du tronc est fréquent au début ou au cours de la tuberculose pulmonaire ; son développement est dû, dans quelques cas, aux lésions pleurales, dont il peut être un signe révélateur (Leudet).

Le *zona* secondaire est consécutif à des affections du névraxe ou des nerfs périphériques : c'est ainsi qu'on l'a observé, dans le tabès, associé ou non aux crises fulgurantes, la syringomyélie, diverses poliomyélites, les compressions des nerfs (*zona* secondaire au cancer utérin, aux tumeurs du petit bassin), celles de leurs racines les altérations de leurs ganglions, les névrites traumatiques, les névrites infectieuses ou toxiques.

On rencontre le *zona* à tous les âges ; il est un peu plus fréquent chez les adolescents que chez l'enfant et l'adulte.

**SYMPTÔMES.** — Le début se fait, soit par l'éruption, soit par une douleur limitée, unilatérale, soit par une adénopathie (Barthélemy), soit par des phénomènes généraux.

Sur la peau saine apparaissent, précédées par une sensation de brûlure, de cuisson, des nappes rouges à peine saillantes, à contours arrondis, irréguliers. Parfois, l'œdème et la rougeur, en particulier dans le *zona* ophthalmique, rappellent ceux d'un érysipèle. Les taches semblent souvent être distribuées sur le trajet d'un nerf sensitif et apparaître de préférence à l'émergence des filets cutanés : ainsi, dans les *zonas* intercostaux, on observe, en général, des groupes postérieurs, latéraux et antérieurs ; mais souvent aussi ces groupes ne correspondent pas tous à un même trajet nerveux ; il faudrait alors admettre que plusieurs territoires sont intéressés et que les ganglions rachidiens sont altérés sur une certaine hauteur, ce qui est difficile à comprendre. D'autre part, dans les *zonas* abdominaux et thoraciques inférieurs, le *zona* offre souvent une distribution horizontale bien différente de la direction très oblique des nerfs : Brissaud admet alors une origine spinale : le *zona* est, d'après lui, distribué suivant les métamères, c'est-à-dire suivant les segments embryonnaires primitifs du corps.

Les diverses taches ne surviennent pas toujours simultanément, et l'éruption se fait par poussées qui durent plusieurs jours ; en général, les taches postérieures (*zonas* thoraciques et abdominaux) et supérieures (*zonas* des membres) surviennent et disparaissent les premières.

Sur ces taches, se forment des vésicules, sous forme d'élevures plus foncées que le fond, groupées en bouquets, les unes auprès des autres : certaines avortent ; d'autres grandissent, deviennent brillantes, transparentes, puis se fondent les unes dans les autres.



Dans quelques cas, on constate l'existence de vésicules en des régions du corps éloignées de celles où siège le zona [Tenneson, Jeanselme et Leredde (1), Giraudeau]; au dire de Tenneson, ces vésicules aberrantes seraient d'observation fréquente.

Les vésicules du zona s'ouvrent ou se dessèchent, en laissant des croûtes brunâtres très adhérentes; à leur suite, on observe des macules, d'abord rouges, puis pigmentaires, longtemps persistantes; ces vésicules peuvent se transformer en pustules et devenir l'origine d'ulcérations profondes, avec ou sans croûtes noirâtres, suivies de cicatrices déprimées, indélébiles; il peut enfin survenir du sphacèle (*zona gangreneux*): cette complication survient surtout chez le vieillard. Les vésicules prennent parfois une coloration sanguine, qui peut s'étendre à toute la plaque érythémateuse (*zona hémorragique*).

Avec ou sans ulcération, les lésions du zona peuvent être l'origine de chéloïdes.

Besnier et Doyon signalent des complications infectieuses locales (lymphangite, furoncles, anthrax).

Fréquemment, on observe la *tumescence des ganglions lymphatiques* correspondant aux régions cutanées atteintes (Barthélemy); dans certains cas, il se produit même des adénopathies à distance.

Les *douleurs* ne font pas nécessairement partie de la symptomatologie du zona, mais elles sont presque de règle. Elles sont profondes, suivent les trajets nerveux, et rappellent les douleurs névralgiques par leur caractère paroxystique et leur augmentation par la pression au niveau des points de Valleix. Pour Brissaud, la douleur n'a pas toujours une localisation aussi précise: c'est plutôt une douleur musculaire. Au-dessous de dix ans, le zona n'est que très exceptionnellement douloureux.

Très violente dans certains cas, précédant parfois l'éruption, la douleur se développe habituellement avec celle-ci. Parfois, elle persiste, les lésions cutanées disparues, et, chez le vieillard en particulier, elle dure des mois, voire des années, aussi violente, paroxystique, que pendant la période éruptive.

Des douleurs rachidiennes, et même des douleurs du côté opposé au zona, ont été observées par Brissaud.

Nous avons déjà signalé les *sensations de brûlure et de prurit* au niveau des plaques; l'exploration de la sensibilité révèle sur celles-ci, ou dans les régions voisines, des *troubles nerveux divers*, hyperesthésie, anesthésie, paresthésie, troubles qui persistent chez quelques sujets, comme les douleurs elles-mêmes, après l'éruption.

Signalons encore des troubles moteurs, paralysies oculo-motrices, paralysie faciale, hémiplegie (Brissaud), se développant même en

(1) JEANSELME et LEREDDE, *Soc. méd. des hôp.*, 1898.

dehors des régions envahies par le zona. Ces paralysies, passagères en général, peuvent durer pendant des mois.

Barthélemy a observé des amyotrophies.

Enfin, des *symptômes généraux*, souvent atténués, se développent dans quelques cas, surtout au début: ce sont des troubles gastriques, un état fébrile, de la prostration, de l'insomnie. Ils n'ont en eux-mêmes rien de particulier, et rappellent ceux d'une maladie infectieuse.

Chez l'enfant, on peut observer de la céphalalgie, de l'abattement, de la diarrhée ou des vomissements qui se prolongent même après la poussée du zona (Millon).

Certaines *localisations* du zona méritent une étude spéciale.

Le *zona du nerf ophthalmique* détermine des lésions de la face interne du nez à sa région supérieure, de la paupière supérieure, de la partie du front voisine de la ligne médiane; on peut alors observer des taches et des vésicules jusque sur le cuir chevelu.

Les phénomènes douloureux y sont toujours prononcés.

La gravité de ce zona ophthalmique est due aux lésions secondaires de l'œil: tantôt, on n'observe que de la conjonctivite; tantôt, c'est une kératite: on voit, surtout à la périphérie de la cornée, des points grisâtres, et des ulcérations s'y développent. Ces complications sont précédées par une anesthésie qui permet souvent de les prévoir.

L'existence d'un *zona des muqueuses* a été établie par H. Fournier. Il n'est pas très rare: il occupe de préférence le territoire du trijumeau dont les branches peuvent être intéressées simultanément ou isolément; c'est ainsi qu'on a signalé des éruptions vésiculeuses, douloureuses, typiques, limitées à une moitié de la voûte et du voile du palais (Lermoyez et Barozzi), de la langue, de l'une des lèvres ou des joues, de la muqueuse nasale, de la membrane du tympan; on les a observées aussi à la marge de l'anus, sur le gland, sur la face interne des grandes lèvres. Généralement, les vésicules y sont plus éphémères que sur le tégument externe (1). L'un de nous (L.) a vu un zona cervico-facial droit coïncider avec une angine unilatérale droite dont l'aspect était identique à celui de l'angine herpétique vulgaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les vésicules du zona offrent une structure différente de la plupart des autres et, en particulier, de celles de l'herpès (Unna). Elles se forment entre les cellules du corps muqueux: les cellules tombent dans la cavité, elles se détachent les unes des autres, deviennent opaques, offrent les réactions colorantes de la fibrine; leur noyau devient homogène. Certaines sont très volumineuses et renferment un très grand nombre de noyaux, jusqu'à 20, 30: c'est la *dégénération ballonnante* d'Unna, observée également dans la vaccine et la variole.

Entre les cellules, on observe une grande quantité de fibrine;

(1) H. FOURNIER, *Du zona des muqueuses* (*Journal des mal. cut.*, 1891).



rapidement, des leucocytes émigrés du derme y pénètrent : sauf dans les cas de formation pustuleuse, ils n'arrivent pas à remplir les cavités; ils envahissent les cellules en dégénération ballonnisante. Les lésions dermiques, peu prononcées, consistent en de la congestion, un léger œdème, une diapédèse modérée.

On n'admet plus l'existence des amibes décrits par Pfeiffer dans les vésicules de zona, et retrouvés par plusieurs auteurs : les figures qui ont fait croire à l'existence de ces parasites sont dues, d'après Unna, à la dégénération ballonnisante.

On n'a jamais réussi à mettre en évidence des lésions des nerfs de la peau. Par contre, de nombreux auteurs ont décrit des lésions variées de névrite Wallerienne dans les nerfs périphériques (Bærensprung, Charcot et Cotard, Chandelux, Pitres et Vaillard).

La présence de lésions dans les ganglions rachidiens a été constatée par Bærensprung et par Cotard; elles n'ont du reste rien de spécifique ni de constant : ce sont des hémorragies, diverses lésions des cellules ganglionnaires, etc.

On peut affirmer sans restriction que la lésion nerveuse ne frappe pas d'ordinaire les nerfs périphériques; quoique les altérations spinales soient encore inconnues, Brissaud admet l'origine médullaire du zona en se fondant sur la distribution métamérique qu'indique l'étude des troubles de sensibilité : suivant lui, la lésion intéresse une certaine hauteur de la moelle, d'où son extension à plusieurs territoires métamériques (1).

DIAGNOSTIC. — Avant l'apparition des vésicules, le zona peut être confondu avec un *érysipèle*.

Dans ce dernier cas, les symptômes généraux, beaucoup plus marqués, permettent à eux seuls d'établir de suite le diagnostic.

D'autre part, l'extension graduelle de la plaque lymphangitique, souvent au delà de la ligne médiane, la tension intense des téguments, l'élévation thermique locale et générale interdisent toute erreur.

L'*érythème polymorphe* est essentiellement une affection bilatérale et symétrique. Dans tout *érythème d'origine artificielle*, il est facile de remonter à une cause locale, à une application surtout qui l'a provoqué. — L'*eczéma aigu* s'accompagne de vésicules qui aboutissent rapidement au suintement; il n'est pas distribué en plaques indépendantes, disséminées comme celles du zona.

La seule difficulté réelle est due à certains *herpès étendus* qui peuvent simuler des zonas limités : mais, presque toujours, ces herpès siègent à la face, et leur éruption est bilatérale, sans aucune distribution régulière; ils ne s'accompagnent d'autres troubles de sensibilité qu'une cuisson d'ordinaire peu intense.

(1) L'un de nous (L.) et Læper ont observé, dans plusieurs cas de zona, des lésions sanguines, en particulier, la leucopénie et la diminution du taux normal des polynucléaires suivies parfois d'éosinophilie.

PATHOGÉNIE. — La pathogénie du zona est des plus obscures. Sans doute, on peut admettre le rôle du système nerveux dans la détermination des lésions cutanées, mais, comme nous l'avons vu, on est mal fixé sur les lésions nerveuses initiales; il est possible qu'elles se développent sur des points du système nerveux périphérique ou spinal (Brissaud), variables suivant les cas. Les observations de vésicules aberrantes au cours du zona montreraient que les altérations du système nerveux y sont plus diffuses qu'il ne le paraît au premier abord.

Abadie lui attribue, sans preuves, une origine artérielle et vasomotrice, les territoires vasculaires étant les mêmes que les nerveux : mais comment alors expliquer les douleurs et les amyotrophies constatées concurremment par Barthélemy (H.) ?

Ces altérations, mal déterminées, et mal localisées, ont une origine évidemment variable. La lésion nerveuse est parfois primitive : il en est ainsi dans le zona des tabétiques, des syringomyéliques, dans le zona secondaire aux compressions nerveuses, etc. Mais le zona vulgaire, celui qu'on observe journellement, paraît reconnaître une autre étiologie. L'hypothèse d'une infection, développée brillamment par Landouzy, est probable dans bien des cas. La fièvre zostérienne n'est pas due nécessairement à un microbe spécial, au même titre que la rougeole ou la variole; cependant, les épidémies fréquentes de zona permettent d'en soupçonner l'existence. Cet agent infectieux, et probablement plusieurs autres, pourraient, par les toxines qu'ils sécrètent, atteindre les éléments nerveux dont la réaction se traduit par le zona; les corps toxiques (oxyde de carbone, plomb...) seraient susceptibles de déterminer les mêmes altérations « zonigènes ». L'immunité pourrait exister dans les cas où il s'agit de fièvre zostérienne due à un agent pathogène spécifique, et non dans les autres, ce qui expliquerait la rareté des récives.

TRAITEMENT. — Au début du zona et à sa période d'état, la plupart des topiques n'ont que des inconvénients. Il faut se contenter de protéger les parties malades au moyen de pansements ouatés : la peau sera poudrée au préalable avec de l'amidon, du talc, additionné, si l'on veut, d'oxyde de zinc, d'un peu de dermatol.

S'il existe de vives douleurs, on pourra appliquer des pommades additionnées de salicylate de méthyle à 25 p. 100.

En général, à la condition que la peau soit protégée par un pansement sec, on n'observe aucune complication infectieuse locale : s'il en survient, si des ulcérations apparaissent, on appliquera des pansements humides, à l'eau boratée ou bicarbonatée.

Y a-t-il de la fièvre, quelques signes généraux ? on mettra le malade au lit; on combattra les troubles gastriques par un purgatif.

Les douleurs qui accompagnent le zona, lorsqu'elles sont vives, cèdent aisément à tous les agents usuels. Celles qui le suivent sont



beaucoup plus rebelles : on emploiera l'antipyrine, la phénacétine, le chlorhydro-sulfate de quinine (60 à 80 centigrammes), l'aconitine (1/2 à 3/4 de milligramme), la teinture de gelsemium (20 à 25 gouttes). On peut recourir avec avantage à l'électricité sous forme de courants continus : le pôle positif sera appliqué sur le rachis au niveau de l'origine des lésions, le pôle négatif au niveau des lésions cutanées. La force du courant sera de 5 à 15 milliampères.

Parfois, on est obligé d'en arriver aux injections de morphine.

Dans tous les cas de zona ophtalmique, on prescrira des lavages répétés de l'œil avec de l'eau boriquée à 1 p. 100 ou la solution de sublimé à 1 p. 10000; on pratiquera l'occlusion des paupières. (L.)

### TRICOTILLOMANIE

L'un de nous (H.) a désigné sous ce nom, dérivé de *τρίλωρι*, *l'arrache*, un état morbide constitué par *de vives sensations prurigineuses, s'exagérant par accès, dans toutes les parties velues du corps et, simultanément, par une véserie qui porte les malades à y chercher un soulagement en arrachant les poils des régions où elles se produisent* (1).

Comme cause, on peut invoquer, avec A. Fournier, un état névropathique.

**SYMPTÔMES.** — Le fait initial est une démangeaison : elle se produit avec violence dans toutes les parties velues ; le malade se gratte avec frénésie ; il ne s'agit pas d'un prurigo, car, malgré ce grattage, il ne survient ni papules ni excoriations. Ces sensations s'exaspèrent par accès : c'est pour les calmer que le malade s'arrache partout les cheveux et les poils ; il en résulte que les cheveux semblent raréfiés, et que l'on peut, au premier abord, penser à une teigne, d'autant plus que, l'arrachement se faisant par touffes, l'altération paraît disposée en surfaces arrondies.

Il est facile de s'assurer cependant qu'il n'y a pas raréfaction, mais seulement cassure des cheveux à quelques millimètres de leur émergence. Aux sourcils, à la barbe, on note les mêmes altérations ; elles sont plus prononcées encore dans les aisselles et au pubis ; ces régions paraissent presque glabres ; un petit nombre de poils y atteignent à peine 1 centimètre de longueur : beaucoup sont cassés au niveau même de leur émergence, ce qui prouve que leur brisure est de date toute récente.

Au niveau des membres, particulièrement à la partie postérieure des cuisses, les poils adultes sont également brisés.

(1) HALLOPEAU, *Alopécie par grattage, trichomanie ou trichotillomanie* (Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis pendant l'année scolaire de 1888-1889). — HALLOPEAU, *Sur un nouveau cas de trichotillomanie* (S. F. D. 1894).

Les téguments ne présentent pas d'altérations appréciables : au microscope, comme à l'œil nu, les cheveux et les poils paraissent intacts ; seulement, au pubis, certains d'entre eux rampent sous l'épiderme.

Si nous avons admis qu'il se joint au prurit un élément véserique, c'est qu'on ne peut en effet comprendre autrement pourquoi le malade s'arrache avec furie les poils dans les parties où se font sentir les démangeaisons ; on ne conçoit pas comment cette pratique peut lui procurer le moindre soulagement.

Cette maladie est de très longue durée et vraisemblablement incurable.

L'intensité et la persistance du prurit, l'absence de lésions cutanées, l'arrachement des cheveux et des poils indemnes de toute altération, constituent un ensemble de caractères qui différencient la trichotillomanie de toute autre dermatose.

La médication qui paraît soulager le mieux les malades est l'isolement des parties prurigineuses, soit à l'aide d'un vernis protecteur, soit par l'enveloppement avec du caoutchouc.

### DERMATOTHLASIE

H. Fournier décrit sous ce nom (1) un état morbide très voisin du précédent dont il diffère pourtant à certains égards.

Il constitue en l'habitude, la manie, qu'ont certaines personnes de meurtrir, sous une impulsion irrésistible, la totalité ou une partie de leur surface cutanée.

**ÉTIOLOGIE.** — Il s'agit d'une véserie. On a signalé des troubles héréditaires de l'innervation psychique. Les deux sexes peuvent être atteints.

**SYMPTÔMES.** — Tantôt, c'est sur la peau saine que s'exercent les violences, tantôt c'est sur les éléments d'une affection cutanée préexistante, telle que l'acné (Brocq), ou le lichen de Wilson (H.). Dans le premier cas, les malades excoriant incessamment leur surface cutanée dans toutes les parties qui leur sont facilement accessibles, et plus particulièrement dans celles qui sont découvertes : le visage, les mains, les pieds.

Les pertes de substance ainsi produites durent plusieurs semaines et quelquefois davantage, les malades s'attachant à les raviver incessamment ; elles finissent cependant par aboutir à la production de cicatrices qu'entourent, dans les premiers temps, des parties indurées et tuméfiées. Par suite de l'opiniâtreté et de la violence du grattage, le cuir chevelu peut être atteint des mêmes altérations et devenir consécutivement le siège de suppurations prolongées ; les

(1) H. FOURNIER, *La dermatothlasie* (Journ. des mal. cutanées, 1898).



sujets atteints d'une dermatose antérieure s'attachent à ouvrir, à creuser leurs boutons pour en faire sortir le principe morbifique : telles ont été les acnéiques observées par Brocq (1) ; tel est le malade atteint de lichen de Wilson observé actuellement par l'un de nous (H.) ; l'éruption initiale se trouve, par ces pratiques, ainsi modifiée dans son aspect : chaque bouton excorié se recouvre d'une croûte noirâtre. Le grattage ne porte pas seulement sur les éléments éruptifs, mais aussi sur leurs intervalles ; c'est ainsi que, chez une malade de Brocq, le front était couvert de taches un peu brunâtres, café au lait, disposées sans ordre, les unes peu accentuées, les autres plus marquées, d'autres enfin légèrement rosées et recouvertes de croûtelles ; ces dernières représentaient des lésions plus récentes.

Il peut se produire simultanément de la trichotillomanie.

DIAGNOSTIC. — Il faut se garder de rattacher les papules excoriées à un prurigo chronique et reconnaître, sous les lésions de grattage, les boutons d'acné ou de lichen.

La persistance d'excoriations empêchera de considérer les cicatrices comme étant d'origine syphilitique ; d'ailleurs, leur configuration, rappelant les traînées de grattage qui les ont produites, ne doit pas permettre cette confusion.

La production secondaire de papules croûteuses sépare la dermatose de la trichotillomanie.

PRONOSTIC. — Il est variable ; on peut convaincre certains sujets, particulièrement ceux qui sont atteints de dermatoses antérieures, que ces manœuvres leur sont nuisibles ; plus souvent, les moyens que l'on peut appeler de *persuasion* échouent complètement et les infortunés restent en proie, pendant toute leur existence, à leur pénible manie ; on peut craindre que ces traumatismes incessants ne deviennent le point de départ d'infections secondaires.

TRAITEMENT. — Le médecin doit, ayant tout, s'efforcer d'agir sur le moral du sujet en lui démontrant que les pratiques auxquelles il se livre sont inutiles et dangereuses ; les modificateurs généraux tels que l'hydrothérapie, les exercices corporels, etc., peuvent rendre des services.

Localement, on peut envelopper les régions accessibles pour les préserver, et traiter par les préparations antiseptiques les excoriations qui se produisent ; il est utile de maintenir les ongles coupés très court ; malheureusement, dans la plupart des cas, tous les moyens échouent devant la persistance de la véranie génératrice de cette maladie.

(1) Brocq, *L'acné excoriée des jeunes filles* (Journ. des praticiens, 1898).

## TROPHO-NÉVROSE DYSCHROMIQUE ET LICHÉNOÏDE

Nous désignons sous ce titre des affections cutanées dont il indique les caractères essentiels. Leur histoire est encore à l'étude. Nous en distinguons trois types différents.

1° **Type Hallopeau et Larat.** — L'existence de cette forme a été établie par l'un de nous (H.) et Larat, en 1891 (1).

La malade chez laquelle nous l'avons observée était atteinte d'hystérie, mais, déjà avancée en âge, elle n'avait plus que rarement des attaques et elle n'offrait plus aucun des stigmates de cette maladie lorsque les troubles tropho-névrotiques se sont manifestés : si donc, l'état névropathique de cette personne peut être considéré comme la cause réelle de sa dermatose, on n'est pas autorisé à faire rentrer cette maladie dans le cadre des affections hystériques.

SYMPTÔMES. — L'éruption paraît débiter par la production, en différentes régions du tronc et de la continuité des membres, de plaques d'abord nummulaires, rouges et légèrement squameuses ; elles sont distribuées avec une remarquable symétrie ; bientôt, elles s'étendent excentriquement ; certaines d'entre elles arrivent ainsi à mesurer 15 centimètres dans leur plus grand diamètre. Leurs contours sont, tantôt ovalaires, tantôt ellipsoïdes, tantôt polycycliques, tantôt irréguliers ; ils sont marqués par une zone de saillies apparentes au toucher et à la vue, séparées par des plis profonds, sur un rayon qui varie de 3 à 15 millimètres ; les caractères de ces papules ne sont pas partout identiques ; certaines d'entre elles sont très peu saillantes et d'une coloration jaunâtre ; d'autres, au contraire, présentent un relief très prononcé et sont d'une couleur rouge assez vive, parfois même violacée et comme lie de vin ; leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis ; leur forme est irrégulièrement polygonale ; elles sont séparées par des plis nettement accentués ; leur aspect rappelle celui du lichen ; elles peuvent devenir le siège d'une légère desquamation, sous l'influence d'épithèmes irritants ; l'aire ainsi circonscrite est décolorée ; la zone papuleuse est entourée d'une aréole hyperpigmentée ; en la sensibilité est diminuée dans les parties achromiques ; les simples contacts y sont moins nettement perçus que dans les parties ambiantes ; le malade y accuse en outre des sensations désagréables de chatouillement et de démangeaisons qui provoquent des grattages non suivis d'excoriations (Voy. p. 792).

On observe concurremment des phénomènes d'érythromélagie.

(1) HALLOPEAU et LARAT, *Sur une nouvelle variété de tropho-névrose caractérisée par des dyschromies et des éruptions lichénoïdes* (Congrès pour l'avancement des sciences et Revue internationale d'électrothérapie, 1891).