

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'érythromélgie.

(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).

Ces poussées éruptives peuvent se renouveler pendant plusieurs années; les plaques, une fois constituées, deviennent persistantes.

DIAGNOSTIC. — Cette éruption ne pourrait guère être confondue qu'avec le *lichen de Wilson*; elle s'en distingue par l'achromie centrale des plaques, par les troubles qu'y présente la sensibilité, par les hyperpigmentations qui les entourent; les papules n'ont, d'ailleurs, ni l'aspect brillant, ni les contours nettement arrêtés, ni les dépressions ponctiformes, ni la couleur des papules de ce lichen, ni leur mode de groupement.

L'induration centrale sépare nettement la *morpheé* de cette dermatose.

Il ne s'agit pas d'une affection d'origine prurigineuse, car les démangeaisons ne se sont produites qu'exceptionnellement, tardivement et constamment sous l'influence d'applications irritantes. Elle est également distincte des vitiligos, affections caractérisées exclusivement par des troubles de la pigmentation.

TRAITEMENT. — L'électrisation sous la forme statique ou sous celle de bains a produit de bons résultats; on pourrait recourir également aux effluves électriques.

NATURE DE LA MALADIE. — Nous nous croyons (H.) autorisé à la faire rentrer dans le cadre des tropho-névroses; nous nous fondons particulièrement sur les troubles de sensibilité qui sont manifestes au niveau des aires décolorées; d'autre part, les dyschromies et les papules lichénoïdes comptent également au nombre des altérations cutanées qui peuvent être provoquées par des troubles de l'innervation; nous rappelons enfin que notre malade était atteinte d'une hystérie, avec grandes attaques convulsives.

2° **Type Neisser** (1). — Dans cette forme, des plaques dyschromiques présentent, dans leur aire, des nodules rouges, péri-folliculaires, lichénoïdes; ils paraissent, d'après Kaposi, constituées par des dilatations vasculaires; il n'y a pas de pigmentation périphérique; les poils tombent au niveau des plaques axillaires et pubiennes. Les parties décolorées sont celles où les papilles sont atrophiées.

3° **Type Rille** (2). — Cette forme est constituée par le développement de nombreuses plaques variant du volume d'un thaler à celui de la paume de la main, les unes arrondies, d'autres à contours géographiques nettement circonscrits; le tégument y est coloré en rouge plus ou moins vif; ses sillons sont nettement accentués; ils circonscrivent des champs polygonaux au niveau desquels il se produit une desquamation en écailles, par places foncées et blanchâtres, par places, plus épaisses et grisâtres; ces altérations occupent sur-

(1) NEISSER, *Vitiligo avec éruption lichénoïde* (Congrès de Breslau, 1894).

(2) RILLE, *A. F. D.*, Bd XXXV, 1896.

tout le tronc: certaines de ces plaques sont le siège de zones décolorées simulant le vitiligo; une pigmentation un peu exagérée les entoure; çà et là, les parties érythémateuses sont le siège d'élevures papuleuses du volume d'une tête d'épingle; on voit aussi des plaques en évolution rétrograde: la rougeur, l'infiltration, la desquamation, les champs polygonaux y sont moins prononcés; on n'en retrouve plus que des traces au niveau de certaines plaques dyschromiques vitiligineuses, et, ici encore, il paraît évident que ces parties ne se sont décolorées que consécutivement à la rougeur.

C'est à tort que ces deux derniers types ont reçu, des auteurs qui les ont fait connaître, l'étiquette de prurigo: le début par des lésions phlegmasiques, la persistance pendant longtemps d'hyperémie et de saillies papuleuses n'appartiennent nullement au type clinique qui est désigné sous ce nom et qu'il est nécessaire de maintenir intégralement.

ANGIONÉVROSE AVEC ACHROMIE ET DÉPILATION

Ce type clinique a été décrit par nous (H.) en 1891 (1).

ÉTIOLOGIE. — L'hystérie, la migraine avec troubles de l'innervation encéphalique liés en toute évidence à des phénomènes d'ischémie au moment des accès, telles sont les seules causes dont l'action pathogénétique puisse jusqu'ici être invoquée. Les émotions paraissent intervenir dans la genèse des manifestations locales de cette affection.

SYMPTÔMES. — La maladie est caractérisée par des *plaques d'anesthésie avec achromie et chute des poils; une zone hyperpigmentée les entoure.*

Les dimensions de ces plaques peuvent être considérables: c'est ainsi que la face a été envahie dans toute son étendue.

Dans certains cas, la formation des plaques débute par l'apparition de *stries décolorées* dont l'aspect rappelle celui des vergetures; les contours des plaques ne sont, ni circulaires, ni polycycliques, mais diffus.

Toutes les parties de la surface cutanée peuvent être envahies; la disposition des plaques est remarquablement *symétrique*.

Les contacts sont à peine sentis au niveau des parties décolorées; les piqûres y sont perçues comme de simples contacts; elles n'y déterminent souvent aucun écoulement sanguin; lorsque celui-ci se produit, le sang est noir, comme dans l'asphyxie: sa couleur contraste avec celle du même liquide obtenu par piqûre des parties environnantes; les sueurs font défaut au niveau des parties altérées,

(1) HALLOPEAU, *Sur une nouvelle variété d'angio-névrose donnant lieu à des plaques d'alopécie pseudo-peladique avec ischémie, anesthésie, achromatose et taches pigmentées* (S. F. D., 1891).

il s'y produit rapidement une alopecie complète ou incomplète; ces altérations sont susceptibles de rétrocéder: peu à peu, la sensibilité y reparait et les parties atteintes reprennent leur couleur normale; les poils et les cheveux y repoussent, mais ils sont, dans les premiers temps, dépourvus de pigment; il se produit ainsi des îlots de *canitie temporaire*. On n'observe pas, aux extrémités, des phénomènes d'asphyxie cutanée.

La maladie est de très longue durée: chez notre sujet, elle a débuté à l'âge de dix-huit ans et persiste, avec des phases de rétrocession et de nouvelles poussées, depuis plus de vingt ans.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — On peut interpréter, ainsi qu'il suit, ces phénomènes morbides: l'anémie locale, que révèle le défaut d'écoulement sanguin par les piqûres pratiquées dans les parties malades indique l'existence d'un obstacle au cours du sang; or, il ne peut être autre qu'un spasme des vaso-constricteurs; cette ischémie, d'origine nerveuse, explique l'anesthésie; on peut également lui rapporter, avec toute vraisemblance, les altérations de la pigmentation ainsi que la chute des poils et des cheveux et la canitie consécutive. On peut, en effet, pour ce qui est des taches brunes, admettre que la stase sanguine, provoquée par la stricture vaso-motrice, amène l'extravasation, dans le derme, d'une certaine quantité d'hémoglobine qui, en s'altérant, fournit les granulations pigmentaires dont l'épiderme est infiltré: la décoloration peut s'expliquer, soit par l'ischémie elle-même, soit par un trouble provoqué par cette ischémie dans la nutrition des couches profondes de l'épiderme; la même interprétation peut être invoquée pour la production des plaques d'alopecie (Voy. l'article suivant). L'hypothèse d'une angio-névrose rend compte enfin de la disparition graduelle des altérations.

DIAGNOSTIC. — C'est surtout avec le *vitiligo* et la *pelade* que cette affection peut être confondue.

On y observe en effet, comme dans le *vitiligo*, des plaques achromiques entourées de zones hyperpigmentées; la canitie consécutive peut également s'observer dans cette dermatose: mais il n'en est pas de même des troubles de la sensibilité et de l'innervation vasculaire. L'évolution des deux maladies est également différente, puisque le *vitiligo* est habituellement incurable, tandis que les foyers de cette angio-névrose disparaissent sans laisser de traces.

Les plaques d'alopecie pourraient, au premier abord, en imposer pour une *pelade*: elles en diffèrent par l'absence de contours nettement circulaires ou polycycliques, ainsi que par l'anesthésie et l'ischémie dont elles sont le siège.

PRONOSTIC. — Il est pénible, en raison du renouvellement fréquent des altérations, des déformations pénibles qu'elles peuvent imprimer aux traits et des alopecies temporaires qu'en résultent: cependant la maladie paraît curable.

TRAITEMENT. — Les excitations répétées et prolongées de la peau par les lotions camphrées et térébenthinées paraissent exercer une action favorable; il en est de même de l'électricité employée sous la forme, soit de courants galvaniques, soit de bains, soit d'effluves électriques.

Les moyens susceptibles de diminuer l'excitabilité du système nerveux psychique et vaso-moteur doivent également être mis en œuvre: il en est ainsi particulièrement du bromure de potassium et de l'hydrothérapie.

ALOPÉCIES TROPHO-NÉVROTQUES

Nous avons vu (article *Pelade*) que, pour l'École viennoise, toutes les alopecies en aires sont d'origine tropho-névrotique; nous ne reviendrons pas sur cette question décidément jugée par la négative.

Il est en effet avéré, aujourd'hui, que la *pelade* vraie peut se transmettre par contagion et que, par conséquent, elle est parasitaire. Mais, en dehors de cette *pelade* vulgaire, il peut se produire des dénudations partielles, et peut-être généralisées, du cuir chevelu qui se rattachent à un trouble de l'innervation; ce sont celles qui nous restent à décrire.

ÉTIOLOGIE. — On peut voir ces alopecies survenir dans des conditions différentes. C'est ainsi que Féré a observé la chute partielle des cheveux à la suite d'attaques d'épilepsie; que Ladame en a étudié un cas chez une hystérique à la suite d'un traumatisme; qu'elle peut se produire concurremment avec une maladie de Basedow; qu'on l'a signalée dans la sclérodémie; nous avons vu aussi, précédemment, que, d'après nos observations, elle peut coïncider avec l'apparition, sur toutes les parties de la surface tégumentaire, de plaques achromiques et anesthésiques (p. 795); elle peut enfin accompagner le *vitiligo*.

SYMPTÔMES. — Ces alopecies peuvent se présenter sous des aspects très divers; nous en distinguerons les formes cliniques suivantes: *alopecies en aires*, *alopecie en bandes*, *alopecie symétrique et incomplète*, *alopecie de l'angio-névrose achromique et dépilante*, *alopecie du vitiligo*.

1° *Alopecies en aires*. — Elles simulent la *pelade*: elles s'en différencient par l'absence des cheveux caractéristiques de cette dermatose, cheveux minces à leur origine, renflés à leur extrémité brisée; en outre, les plaques dénudées peuvent être déprimées et comme atrophiées ou au contraire légèrement hyperplasiées et saillantes; la zone qui les entoure peut être hyperpigmentée (1) et former à leur périphérie un léger soulèvement; on ne trouve pas de cheveux

(1) HALLOPEAU et BUREAU, *Sur une pseudo-pelade probablement tropho-névrotique* (S. F. D., 1896).

s'enlevant sans effort ni douleur; la distribution des lésions est remarquablement symétrique.

2° *Alopécie en bandes* (1). — La plaque forme un ruban long de plusieurs centimètres; la peau y est décolorée et épaissie; ses plis sont plus marqués qu'à l'état normal; les contours de l'aire rubanée ne sont pas parfaitement réguliers: on y remarque des encoches dans les parties saines qui l'environnent; les cheveux n'ont pas le caractère peladique.

3° *Alopécie symétrique et incomplète*. — Soit au vertex, soit, plus fréquemment, dans les régions pariétales, les cheveux s'éclaircissent symétriquement sur une large surface: ils y sont grêles et atrophies, sans présenter les caractères spéciaux du cheveu peladique; le cuir chevelu est partiellement décoloré et atrophie dans ces régions.

4° *Alopécie de l'angio-névrose achromique et dépilante*. — Dans la maladie que nous avons décrite sous ce nom (Voy. p. 795), les altérations du cuir chevelu offrent de grandes analogies avec celles de la pelade; il y a des plaques d'alopécie complète; les cheveux y repoussent blancs; on voit sur les surfaces dénudées quelques cheveux cassés: mais, les contours des plaques sont diffus; ils ne sont ni circulaires ni polycycliques; leur surface n'est pas éburnée; les cheveux brisés n'ont pas les caractères des cheveux peladiques; les plaques sont anesthésiées et ischémisées; elles ne saignent que peu ou point quand on vient à les piquer, même profondément.

5° *Alopécie du vitiligo*. — Elle a été décrite par Arnoz (2). Le cuir chevelu y est décoloré en totalité ou en partie; les cheveux manquent sur de grandes étendues, sans qu'il y ait des plaques alopeciques nettement limitées; ils sont blancs. D'autres fois, d'après Lassar, cette alopécie du vitiligo se dispose en clairières identiques à celles de l'alopécie syphilitique.

Ces alopécies tropho-névrotiques ont une évolution variable: tandis que, dans notre fait d'angio-névrose, elles guérissent au bout de quelques mois, elles sont d'autres fois indélébiles. Quand les cheveux repoussent, ils sont d'abord blancs; ils peuvent reprendre ultérieurement leur couleur normale.

DIAGNOSTIC. — On est en droit d'admettre qu'une alopécie est sous la dépendance d'un trouble de l'innervation: 1° quand elle survient dans les heures ou les jours qui suivent une attaque convulsive d'hystérie ou d'épilepsie; 2° quand elle coïncide avec des tropho-névroses disséminées, telles que des sclérodermies, du vitiligo, des angio-névroses dyschromiques et atrophiques, la maladie de Basedow; 3° quand elle diffère des alopécies peladiques par l'absence des cheveux qui les caractérisent, des contours mal limités, la

(1) HALLOPEAU et BUREAU, *Sur une pseudo-pelade en bande* (S. F. D., 1897).

(2) ARNOZAN, *Pseudo-pelade achromateuse et plaques hyperchromateuses* (S. F. D., 1891).

disposition en bandes rubanées, l'atrophie ou l'épaississement du derme, et l'existence d'une zone hyperpigmentée; 4° quand des lésions, offrant quelques-uns de ces caractères positifs ou négatifs, sont disposées symétriquement et résistent aux traitements appropriés.

Les altérations corrélatives des parties glabres ne permettent pas de confondre la forme en clairières vitiligineuses avec celle qui appartient à la *syphilis*.

Les alopécies consécutives aux maladies aiguës sont généralisées et incomplètes; les commémoratifs viennent en aide à l'exploration directe.

L'alopécie séborrhéique, les alopécies cicatricielles et celles de la folliculite décalvante se reconnaissent également avec facilité, grâce aux phénomènes concomitants.

PRONOSTIC. — Il est variable, suivant la nature des troubles trophiques: nous avons vu que les uns sont transitoires et compatibles avec une guérison complète; que d'autres, au contraire, persistent indéfiniment.

TRAITEMENT. — Les frictions, renouvelées chaque jour, avec les alcoolats térébenthinés et camphrés, et l'électrisation, sous forme d'effluves, sont les moyens qui semblent devoir donner les meilleurs résultats; on ne peut se dissimuler que trop souvent ils échouent.