

grasses; il est possible aussi que les lésions inflammatoires, lorsqu'elles sont intenses, mettent obstacle à l'excrétion de la graisse: quoi qu'il en soit, la valeur de ces faits négatifs ne peut suffire à contrebalancer les faits positifs énumérés ci-dessus.

ÉTILOGIE. — Les troubles dans l'excrétion grasseuse sont, en toute évidence, d'origine constitutionnelle; on ne peut s'expliquer autrement comment les dermatoses séborrhéiques se reproduisent indéfiniment chez les mêmes sujets.

Ces affections sont fréquentes dans la seconde enfance; elles persistent le plus souvent, à l'état chronique, pendant toute la vie.

Les troubles dans les fermentations gastro-intestinales jouent un rôle considérable dans leur genèse.

Nous attachons, pour notre part (H.), une importance prépondérante à l'abus si fréquent des aliments gras et féculents (1) et à l'insuffisance corrélative de l'exercice musculaire, entraînant un défaut d'équilibre entre la production et la combustion des matières grasses.

L'activité exagérée de l'évolution normale du système pilo-sébacé à l'époque de la puberté est encore une cause puissante d'hypersécrétions grasseuses.

Les séborrhéides semblent plus fréquentes chez l'homme que chez la femme: ce fait tient peut-être, en ce qui concerne celle du cuir chevelu, à l'habitude qu'ont les hommes de porter les cheveux très courts: la graisse qui, normalement, les lubrifie, se trouve ainsi non employée; elle s'accumule à la base des cheveux et devient le siège d'invasions microbiennes.

Comme prédisposition aux séborrhéides, il faut admettre, avec Breda, dans les formes aiguës récidivantes, un mode de réaction particulièrement vive des téguments chez certains des sujets qui en sont atteints; toutes les irritations accidentelles donnent lieu, chez eux, à des phénomènes d'une acuité excessive.

Nous avons vu nombre de fois les éruptions séborrhéiques coïncider avec des manifestations diverses de l'arthritisme: y a-t-il là une relation de cause à effet? nous ne saurions l'affirmer, tant sont fréquentes la diathèse et la dermatose.

Les séborrhéides eczémateuses peuvent être contagieuses: L. Perrin en a publié cinq cas démonstratifs et nous avons nous-mêmes observé des faits semblables: il faut admettre alors que les microbes générateurs de ces éruptions trouvent dans des téguments séborrhéiques un terrain favorable à leur développement.

Les séborrhéides peuvent se présenter sous des aspects multiples.

(1) La physiologie démontre que les albuminoïdes peuvent également se transformer partiellement dans l'organisme en matières grasses, mais en proportions assez faibles pour que cette source puisse être, au point de vue qui nous occupe, considérée comme négligeable.

Nous aurons à en étudier des formes chroniques et des formes aiguës: les unes et les autres peuvent être localisées, disséminées ou généralisées; elles peuvent se compliquer d'éruptions secondaires.

FORMES CHRONIQUES

1° **Séborrhée fluente** (*séborrhée grasse de Sabouraud*). — On l'observe surtout chez l'homme. Au cuir chevelu, comme au visage (Voy. p. 806), elle est constituée par l'état gras de la peau, la dilatation des orifices pilo-sébacés et ce fait que l'on peut en faire sortir, par pression, le contenu sous forme de filaments. L'exsudat sébacé peut se concréter en un magma jaune ou brun, épais d'un à deux millimètres. Les cheveux tombent, d'abord au vertex et dans les angles fronto pariétaux. L'alopecie devient rapidement totale, sauf une couronne plus ou moins large qui persiste à la périphérie. Cette alopecie débute à la puberté, elle est d'ordinaire complète dès l'âge de vingt-cinq ans (Sabouraud). C'est là un type tout spécial. Chez la femme, l'alopecie est rarement totale; il se fait d'ordinaire seulement un éclaircissement plus ou moins marqué de la chevelure.

2° **Pityriasis capitis**. — Cette affection, est caractérisée par la production incessante, sur le cuir chevelu, de squames très fines, dites *furfuracées*, se détachant, soit spontanément, soit par le frottement, et se renouvelant incessamment. Elles se détachent de plaques arrondies, d'une couleur rosée; dans les cas typiques, il n'y a pas d'autre altération cutanée. Cette desquamation peut s'accompagner, à partir de la puberté, de séborrhée fluente.

Elle peut être disséminée; plus souvent, elle forme de petits ilots, à contours irréguliers; elle peut, surtout chez les enfants, exister concurremment au visage. Hardy l'a vue souvent coïncider avec le travail de dentition. Elle s'accompagne assez fréquemment de sensations prurigineuses, habituellement peu prononcées: sauf les cas de séborrhée fluente, la peau paraît, en pareil cas, devenir plus sèche; ce fait est en désaccord avec l'analyse chimique qui dénote au contraire l'existence d'une proportion anormale de matières grasses dans les squames.

Cette séborrhéide est la cause la plus habituelle de l'alopecie: les cheveux deviennent d'abord plus grêles, ils s'atrophient, ils tombent facilement; plus tard, leur chute devient définitive; c'est d'abord au vertex que les cheveux s'éclaircissent, puis aux tempes, dont les parties glabres s'étendent aux dépens du cuir chevelu; peu à peu, tout le sommet de la tête se dénude; ce n'est qu'avec une extrême lenteur que, le plus souvent, se produit cette alopecie: elle contraste ainsi avec celle de la séborrhée fluente où le crâne prend, dès vingt-cinq ou trente ans, l'aspect hippocratique: il ne s'y produit pas

de plaques circonscrites semblables à celle de la pelade. Darier a établi que cette séborrhéide pityriasique peut exceptionnellement affecter une marche aiguë, sans signes d'inflammation concomitante; les cheveux, grêles et atrophiés, tombent par énormes touffes; il se forme des plaques d'alopécie incomplète; elle rappelle beaucoup l'alopécie en clairières de la syphilis: concurremment, il se produit une dépilation considérable des sourcils, de la barbe, des aisselles et du pubis: l'affection mérite alors le nom de *séborrhéide décalvante aiguë*.

Cette séborrhéide a été, à tort, rangée parmi les eczémas: Audry a protesté, à juste titre, contre cette assimilation.

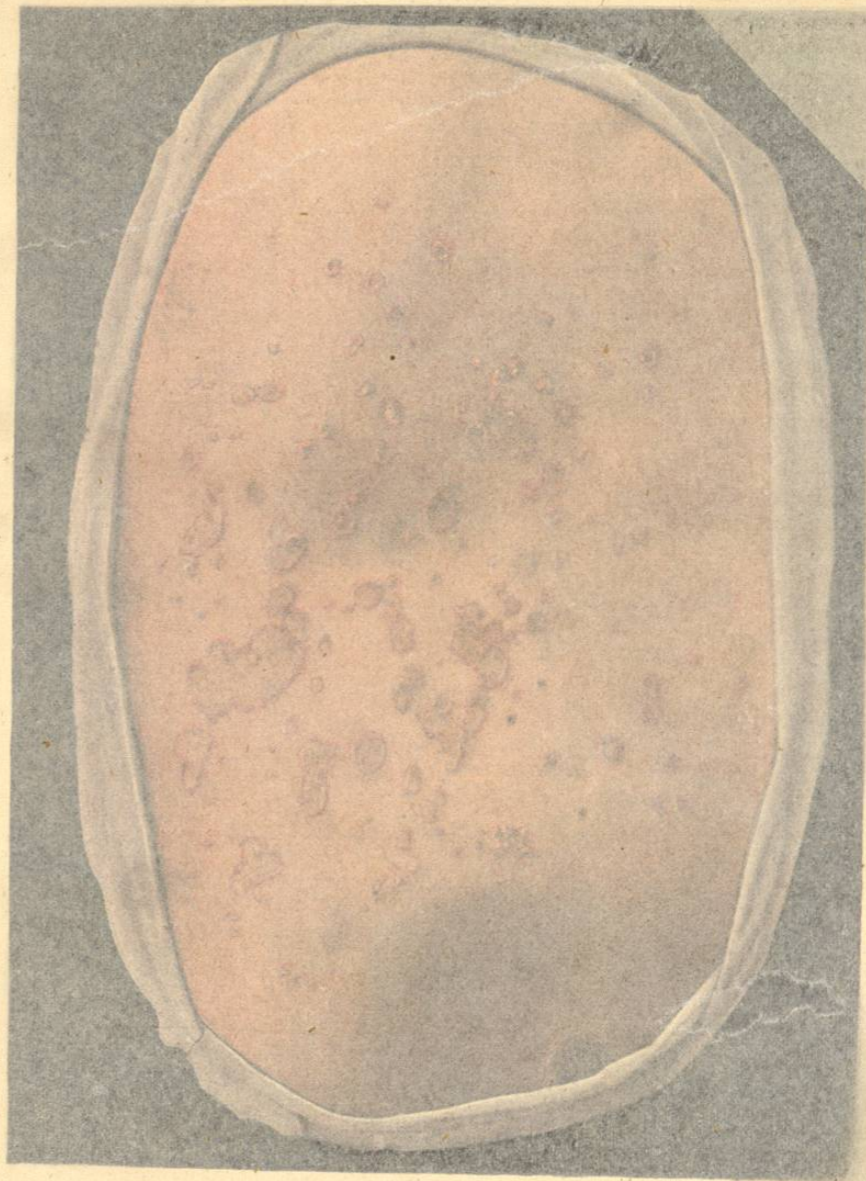
3° **Séborrhéides eczématiformes.** — Syn.: *Eczéma séborrhéique*. — On trouve cependant tous les intermédiaires entre les *séborrhéides pityriasiques* et les *eczématiformes*, celles-ci représentant un plus haut degré d'irritation cutanée, lié vraisemblablement à l'invasion secondaire de microbes pathogènes.

Dans ces formes intermédiaires, on distingue, *au cuir chevelu*, d'abord les cas où la desquamation furfuracée s'accompagne d'une coloration rouge vif de la peau sous-jacente.

D'autres fois, les squames, au lieu d'être très fines et non superposées, forment des amas épais; elles prédominent souvent au pourtour des racines des cheveux qu'elles engainent.

D'autres fois, la desquamation prend un aspect croûteux; la peau sous-jacente est rouge et saigne facilement quand on vient à détacher les accumulations épidermiques; leur couleur n'est plus grisâtre comme dans les formes précédentes: elle devient plus foncée, variant du jaune au brun; ces altérations ont alors tendance à dépasser les limites du cuir chevelu; disposées sur cette région en plaques le plus souvent irrégulières, parfois nummulaires, assez souvent confluentes, elles se réunissent pour constituer une zone de 1 à 2 centimètres de diamètre dirigée transversalement sur la limite du cuir chevelu et méritant le nom de *couronne séborrhéique* que lui a donné Unna; elle peut présenter latéralement des contours semi-circulaires à concavité alternativement antérieure et postérieure.

Les *sillons rétro-auriculaires* sont habituellement le siège d'altérations semblables: on peut y voir plusieurs plaques; la plus importante est celle qui occupe le sillon lui-même dans la plus grande partie de son étendue et envahit latéralement les parties voisines de la conque; le conduit auditif externe peut être intéressé: c'est là une cause de surdité. Ces séborrhéides inflammatoires sèches peuvent intéresser le *visage*; elles s'étendent aux sourcils, plus particulièrement à leur tiers externe, aux sillons naso-jugaux et labiaux; on note aussi leur existence au pourtour des glandes de Meibomius; aux lèvres, la rougeur et le gonflement s'accompagnent de la formation de minces lamelles remarquables par leur grande



dureté. Autour des lèvres, cette séborrhéide peut former une zone polycyclique, marginée, à rebord net, et un peu saillant, légèrement squameuse sur un fond rouge pâle, et finement plissée en rayons divergents (moulage de Lailler, musée de Saint-Louis, n° 295).

Concurremment avec ces séborrhéides, et contrastant avec elles, il se produit une coloration jaunâtre de la peau du visage, prononcée surtout dans les dépressions qui commencent aux angles internes des yeux pour contourner le nez et la bouche et aboutir au menton.

Au devant du *sternum*, ces éruptions prennent, surtout chez les sujets qui portent de la flanelle, une forme particulière qui a, depuis longtemps, attiré l'attention des dermatologues : c'est elle qu'Érasme Wilson appelait *lichen annulatus serpiginosus*, Bazin *eczéma acnéique*, Hardy *eczéma marginé*, Payne *pityriasis circinaria*, Besnier *eczéma érythémateux à bordure incisée* et qui a reçu aussi le nom d'*eczéma flannelaire*. Les moulages de Saint-Louis qui le représentent portent tous l'étiquette d'*eczéma circiné* : nous préférons celle de *séborrhéide circinée*, car, le plus souvent, l'éruption n'a pas les caractères d'un *eczéma* (Planche XIX).

Il est facile de suivre sur ces moulages la marche de cette éruption.

Elle est d'abord ponctiforme ; de fines squames reposent sur une petite surface rouge et arrondie ; bientôt, celle-ci s'étend excentriquement de manière, le plus souvent, à former un cercle dont les dimensions atteignent progressivement celles d'une lentille et d'une pièce de 0,20 centimes ; chez certains sujets, leur diamètre devient encore plus considérable et finit par mesurer de 2 à 3 centimètres.

Ces plaques sont alors nettement circinées : elles sont exclusivement constituées par un très mince liséré légèrement saillant ; ce liséré est lui-même formé de fines squames ou croûtelles reposant sur une ligne brunâtre ; l'aire qu'il circonscrit a repris le plus souvent la couleur de la peau saine.

Ces plaques sont généralement abondantes sur toute la partie supérieure de la région pré-sternale et les parties voisines du thorax ; elles peuvent devenir confluentes ; les parties qui leur sont communes s'effacent alors le plus souvent, mais non constamment, par interférences : on a alors sous les yeux des plaques à contours polycycliques, toujours limitées par le même liséré.

Exceptionnellement, les lésions élémentaires, au lieu de présenter des contours circulaires, forment seulement des fragments de cercles ; en pareils cas, il faut admettre que les cercles primitivement développés se sont affaiblis et ont guéri dans une partie de leur étendue.

Rarement, le liséré devient le siège de fines vésicules.

Des altérations très analogues se développent d'habitude concurremment dans la région *inter-scapulaire* ; cependant, il y a, le plus

souvent, quelques différences dans la forme et le mode de distribution des lésions : les dimensions des plaques y sont en effet généralement plus grandes ; leur forme est irrégulièrement ovale et non plus nettement limitée ; leur aire peut présenter une coloration d'un rouge jaunâtre (Planche XVIII).

Dans les régions *inguino-scrotales*, les plaques peuvent être de dimensions diverses : les plus petites ont le volume d'un grain de chènevis ; elles sont constituées par un soulèvement épidermique qui s'ouvre dans sa partie médiane et laisse voir une surface rouge et suintante ; d'autres atteignent les dimensions d'une lentille ; d'autres mesurent plusieurs centimètres de diamètre ; on trouve tous les intermédiaires entre ces plaques de diverses dimensions et, en les suivant pendant plusieurs jours, on voit, comme pour les plaques pré-sternales, les plus petites s'agrandir progressivement ; leur zone d'accroissement est représentée, non plus par un liséré, mais bien par un soulèvement épidermique sous la forme d'un mince bourrelet mesurant d'un à trois millimètres de rayon. Ces plaques sont le siège de sensations pénibles de prurit et de cuisson.

Des manifestations semblables peuvent se produire dans les *aisselles* ; elles y deviennent facilement suintantes ; il en est de même *aux creux poplités, aux plis des coudes, aux extrémités digitales*.

Les mêmes séborrhéides érythémato-squameuses peuvent se développer *sur les membres* ; elles y sont de forme, tantôt nummulaire, tantôt ovale, tantôt poly-cyclique ; leurs contours, souvent irréguliers, se détachent nettement des parties saines ; leur surface, d'un rouge jaunâtre, est recouverte, soit de squames jaunâtres et friables qui s'exfolient aisément, soit de croûtes consécutives à la dessiccation de vésicules dont une partie peuvent encore exister lorsqu'on enlève les squames, on découvre une surface rouge qui saigne moins facilement que celle des plaques psoriasiques et ne présente pas le même piqueté hémorragique : ces plaques ressemblent cependant à celles du psoriasis ou de l'eczéma sec ; elles peuvent s'invétérer et s'accompagner d'un épaissement de la peau qui paraît alors *lichénifiée* (Wickham-Brocq). Unna rapproche du psoriasis ces séborrhéides squameuses ; elles en sont certainement bien voisines, malgré les quelques différences que nous venons de signaler. Nous verrons, en étudiant le psoriasis, que l'on serait en droit de le placer ici, au moins dans certaines de ses formes.

On a décrit des séborrhéides *palmaires et plantaires* sous forme d'ilots desquamatifs.

FORMES AIGUES

Elles peuvent revêtir des caractères divers ; nous étudierons successivement des séborrhéides *érythémato-vésiculeuses, impétigineuses,*

pustuleuses et végétantes, pyo-folliculaires et érythrodermiques graves.

1° **Forme érythémato-vésiculeuse.** — C'est surtout au cuir chevelu qu'on l'observe fréquemment ; elle fait suite, le plus souvent, à la variété chronique et sèche eczématiforme ; les sillons rétro-auriculaires, au lieu d'être seulement rouges et squameux, deviennent humides et se recouvrent de croûtes jaunâtres ; des altérations analogues se manifestent dans les régions auriculo-temporales : elles peuvent envahir tout le cuir chevelu qui est alors uniformément rouge, tuméfié et suintant. En étudiant de près ces altérations, on peut voir se former de fines vésicules qui bientôt se rompent ; ce sont ces cas qui ont fait ranger ces séborrhéides du cuir chevelu parmi les eczémas ; il peut en résulter une alopecie aiguë, non totale cependant : le plus souvent spontanément, ou sous l'influence d'un traitement approprié, les phénomènes inflammatoires rétrocedent, les croûtes font place à des squames, d'abord épaisses, puis de plus en plus minces ; le suintement a cessé ; les téguments ont repris leur épaisseur normale ; ils peuvent garder plus ou moins longtemps, sous les squames, une coloration rouge.

Des poussées semblables peuvent se développer au niveau des membres, dans les aisselles et dans les aines. Dans le *psoriasis folliculaire aigu* qui, d'après nos observations (1), doit prendre place parmi les séborrhéides aiguës, l'éruption se généralise (Voir l'article *Psoriasis*).

2° **Forme impétigineuse.** — Nous avons vu, surtout chez de jeunes sujets, la séborrhée s'accompagner d'impétigo ; il occupait surtout le milieu du front, les lèvres, le menton, le pubis et les mains.

3° **Forme pustuleuse et végétante.** — Elle a été observée par l'un de nous (2). Sur un cuir chevelu séborrhéique, on voit paraître des foyers miliars de suppuration : ils occupent surtout les orifices pilo-sébacés ; ils se réunissent en larges placards au niveau desquels la peau, excoriée et mamelonnée, prend l'aspect d'une membrane de bourgeons charnus à contours poly-cycliques ; ils atteignent jusqu'à 20 centimètres de diamètre ; autour d'eux, on voit des pustulettes isolées. L'éruption peut s'étendre aux oreilles et aux parties velues du visage ; des pustulettes semblables peuvent se développer sur le fourreau de la verge et sur les régions inguino-crurales ; sous l'influence d'un traitement antiseptique, ces poussées peuvent disparaître sans laisser de traces.

4° **Forme pyo-folliculaire.** — *Folliculite suppurative et dépilante.* — Elle a été étudiée par l'un de nous (H.) avec le concours successif de Le Damany et de Laffitte (3) ; nous avons reconnu les

(1) HALLOPEAU, *Quatrième note sur une dermatose séborrhéique aboutissant au psoriasis* (S. F. D., 1899).

(2) HALLOPEAU, S. F. D., février 1894.

(3) HALLOPEAU et LE DAMANY, *Eczéma séborrhéique et folliculites avec dépilation* (S. F. D., 1894).