

La maladie peut être héréditaire et consanguine.

La prédisposition peut ne se manifester que vers l'âge mûr; c'est ainsi que l'on voit des sujets réagir normalement sous l'influence des traumatismes jusque vers la quarantaine, puis, à partir de cet âge, être atteints de chéloïdes chaque fois que leur tégument subit une violence.

La prédisposition est une des causes principales des chéloïdes. Elle paraît être, d'après Kaposi, plus fréquente chez les nègres.

Ces hyperplasies peuvent se développer sur des parties saines du tégument : elles sont dites alors *spontanées*.

D'autres fois, elles sont consécutives à des violences extérieures : c'est ainsi qu'on les voit souvent survenir à la suite de plaies par instruments tranchants ou aussi contondants (Thibierge); leur apparition a été également provoquée par l'application d'un emplâtre irritant, d'un vésicatoire, d'huile de croton, de teinture d'iode, de collodion (Audry), par une pulvérisation avec le chlorure de méthyle (H.), par la perforation du lobule de l'oreille, par des boutons de vaccin, par des points de suture chirurgicaux, par la foudre (Block).

D'autres fois, c'est une maladie antérieure de la peau, telle qu'une acné vulgaire, qui en est le point de départ; elle peut être enfin associée intimement à un processus phlegmasique, le plus souvent acnéiforme.

**SYMPTÔMES.** — Les circonstances si diverses dans lesquelles se développent les chéloïdes, les altérations très variables qui les accompagnent et leurs localisations parfois très spéciales conduisent à leur reconnaître des formes multiples.

Nous étudierons ainsi successivement, au point de vue symptomatique, les types suivants : 1° *chéloïdes spontanées disséminées ou présternales*; 2° *chéloïdes traumatiques*; 3° *chéloïdes acnéiformes de la nuque*.

D'une manière générale, on peut dire que les chéloïdes sont constituées par des saillies, de forme variable, de couleur normale ou teintées plus ou moins vivement, dures, à surface lisse ou inégale, siégeant dans la peau avec laquelle elles se déplacent, ayant une grande tendance à récidiver : leurs caractères doivent être étudiés dans les différentes formes que nous avons distinguées.

1° **Chéloïdes spontanées.** — A. *Variété disséminée.* — Elle se présente, le plus souvent, sous l'aspect de saillies dont le volume, primitivement très petit, peut atteindre progressivement celui d'une lentille ou d'une pastille; leurs contours, nettement arrêtés, sont le plus souvent arrondis; parfois, elles sont allongées ou même moniliformes; leur disposition est généralement symétrique; leur couleur est, tantôt celle de la peau normale, tantôt plus ou moins rosée : on peut y voir se dessiner des arborisations vasculaires. Elles

peuvent être le siège de douleurs intermittentes comparables à celles que provoquent des piqûres d'épingle. Ces néoplasies sont parfois très nombreuses : il y en avait plus de 300 dans le cas de de Amicis; le plus habituellement, on n'en compte pas, au maximum, plus d'une quarantaine.

Elles atteignent, en général, assez rapidement leurs plus grandes dimensions; elles peuvent ensuite rester indéfiniment stationnaires : exceptionnellement, certaines d'entre elles suivent une évolution rétrograde; elles s'affaissent alors graduellement et finalement ne sont plus représentées que par des cicatrices, comparées par de Amicis à celles que laissent à leur suite les tubercules syphilitiques non ulcérés.

B. *Variété présternale.* — Le devant du thorax, dans sa partie médiane, y est le lieu unique d'élection de saillies chéloïdiennes disposées en cordons transversaux.

On leur a quelquefois attribué une origine traumatique; c'est ainsi que, dans un fait de Balzer et Leroy, elles se seraient développées à la suite d'une légère piqûre par la pointe d'une plume à écrire : on peut se demander s'il n'y a pas eu là une simple coïncidence, car, le plus habituellement, ces lésions se développent en apparence spontanément. Elles ne coïncident pas cependant avec les chéloïdes spontanées disséminées, que nous venons d'étudier; dans le cas de de Amicis, aucune des 311 néoplasies ne présentait cette localisation sous cette forme; on ne voit pas non plus, chez les sujets qui en sont atteints, les traumatismes devenir en d'autres régions le point de départ de chéloïdes.

Il y a donc là une prédisposition spéciale limitée à cette région.

L'altération, avons-nous dit, s'y présente sous la forme d'un ou plusieurs cordons disposés transversalement : tantôt ces cordons sont arrondis; leur surface est lisse et régulière; ils représentent comme un segment de porte-plume plus ou moins gros; d'autres fois, ils n'ont cet aspect que dans leur partie médiane; ils divergent latéralement à leurs extrémités, s'y étalent en éventail (Balzer); ils peuvent enfin présenter dans toute leur étendue une surface inégale, irrégulière, parsemée de tractus fibreux à direction transversale ou oblique; ces tractus peuvent établir comme des anastomoses entre deux cordons superposés qui deviennent ainsi confluent.

Leur longueur varie d'environ 4 à 15 centimètres; leur couleur peut être normale, parfois avec un reflet nacré; d'autres fois, leur partie médiane seule offre cette coloration; les parties latérales prennent au contraire une teinte d'un rouge intense : il en est ainsi surtout lorsqu'elles présentent les rayons divergents signalés précédemment; ces parties colorées constituent une zone d'accroissement, séparée de la partie initiale du cordon par une ligne sinueuse.

Ces altérations sont le plus souvent indélébiles.

2° **Chéloïdes traumatiques.** — Les saillies chéloïdiennes peuvent survenir exclusivement sous l'influence d'un des traumatismes énumérés plus haut : elles se localisent primitivement à la partie lésée, mais elles s'étendent ensuite excentriquement.

Leur configuration n'a rien de régulier : elles diffèrent ainsi des deux formes que nous venons de décrire.

Les brides saillantes s'entre-croisent souvent en tous sens, circonscrivant des surfaces à contours, parfois circulaires, le plus souvent irréguliers.

Leur coloration, suivant leur plus ou moins d'ancienneté, varie du rouge clair ou sombre et violacé à la couleur normale ou à l'achromie cicatricielle.

L'hyperplasie chéloïdienne d'origine traumatique peut dépasser de beaucoup les limites de la lésion initiale : nous citerons, en témoignage de cette assertion, ce qui se produit au niveau des lobules des oreilles (1) ; c'est la perte de substance provoquée par la perforation qui est ici le point de départ des altérations ; celles-ci peuvent constituer des masses auxquelles, en ne tenant compte que des caractères objectifs, on serait en droit d'appliquer le nom de *tumeurs* ; elles atteignent en effet, et dépassent, le volume d'une noix (1) ; dans un fait de Taylor, l'une d'elles pesait plus d'une livre. Dans ces chéloïdes cicatricielles, on peut souvent sentir un nodule induré correspondant à la néoplasie initiale.

Au niveau de la cicatrice, les papilles, ainsi que les orifices glandulaires et les poils, ont disparu.

Les malades peuvent ressentir, dans le tissu chéloïdien, des douleurs spontanées ; les parties atteintes peuvent être des plus sensibles aux moindres contacts.

Ces lésions peuvent rétrocéder spontanément après avoir persisté pendant plusieurs mois : plus souvent, elles sont, comme les précédentes, indélébiles ; elles récidivent le plus souvent dès que l'on en a pratiqué l'ablation.

3° **Chéloïdes acnéiformes de la nuque.** — Synon. : *Acné chéloïdienne, dermatite papillaire du cuir chevelu de Kaposi.*

Cette éruption siège exclusivement à la nuque : elle débute par la formation de nodules rouges et acuminés, du volume en moyenne d'un grain de chènevis, disposés en traînées transversales où ils sont d'abord isolés, mais bientôt confluents ; ils deviennent le siège de suppurations qui s'ouvrent dans leur partie médiane et donnent lieu ainsi à la formation de croûtes ; ils forment, en se propageant transversalement, comme un bourrelet qui s'étend au-dessous du cuir chevelu ; son diamètre vertical varie de 2 à 10 millimètres ; ses limites latérales peuvent répondre aux saillies du trapèze ; les poils y sont

(1) DUGUET, Sur une chéloïde de l'oreille (Bull. de la Soc. anat., 1871).

dissociés et divergent en différentes directions : une partie d'entre eux tombent ; ils sont cependant d'ordinaire difficiles à arracher.

Ce bourrelet se termine nettement en haut par un rebord saillant et abrupt : au-dessous de lui, au contraire, la peau est tuméfiée, rouge, indurée ; ultérieurement, elle prend un aspect cicatriciel ; cette altération sous-jacente peut s'étendre sur une hauteur de plusieurs centimètres.

Exceptionnellement, la traînée transversale est interrompue ; il ne s'en est développé qu'un ou plusieurs segments ; d'autres fois, ses extrémités latérales s'incurvent de haut en bas en anses à concavité interne : dans un cas de Danlos, les terminaisons de ces anses étaient proches l'une de l'autre, de telle sorte que le bourrelet formait presque un anneau complet ; l'aire ainsi circonscrite avait pris un aspect cicatriciel, soit sous l'influence de scarifications pratiquées antérieurement, soit spontanément par le fait de l'évolution de la maladie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions doivent être étudiées dans les différentes formes que nous avons distinguées.

Dans les *chéloïdes spontanées*, l'hyperplasie est constituée par une masse de tissu conjonctif dont les faisceaux sont pour la plupart dirigés transversalement ; un petit nombre d'entre eux sont obliques ou verticaux ; on voit, dans leurs interstices, des lacunes lymphatiques et des cellules embryonnaires, plus nombreuses au pourtour des vaisseaux situés à la périphérie de la masse morbide et multipliés en même temps que dilatés ; dans sa partie centrale, au contraire, les vaisseaux sont oblitérés et l'on ne trouve pas de glandes : les follicules pileux sont déviés et atrophiés.

Dans la *chéloïde cicatricielle*, les lésions sont très analogues ; les papilles, les glandes et les poils peuvent manquer dans la partie qui correspond au traumatisme ; la *chéloïde présternale* a également la même structure que les précédentes.

Dans la *chéloïde acnéiforme*, les altérations débutent dans le voisinage des follicules pilo-sébacés ; c'est un processus inflammatoire avec hyperplasie ; le derme est infiltré par des éléments cellulaires de nature diverse et particulièrement par des plasmazellen, des mastzellen, des cellules géantes en grand nombre et des fibroblastes : de nouveaux faisceaux fibreux se développent ; des cellules lymphoïdes polynucléées s'accumulent dans la cavité et au pourtour des follicules (Mantegazza) ; on voit enfin des corpuscules hyalins, homogènes, identiques à ceux que Russell a signalés dans le cancer et Sanfelice dans le rhinosclérome ; Secchi les considère comme des blastomycètes ; pour Mantegazza, ce ne sont au contraire que des produits de dégénérescence cellulaire : il se fonde sur ce qu'on les rencontre, avec des caractères identiques, dans des maladies différentes, qu'ils sont plus nombreux dans les cas anciens et qu'on ne

peut les cultiver, alors que la culture des blastomycètes est facile.

DIAGNOSTIC. — Il n'offre aucune difficulté; on ne saurait confondre la *morphée* avec les chéloïdes, car elle n'est qu'exceptionnellement légèrement saillante et elle est entourée du *lilac ring* caractéristique; les *cicatrices* hypertrophiques se distinguent des chéloïdes par ce fait que les lésions y restent limitées à la partie lésée.

PRONOSTIC. — Les chéloïdes constituent des difformités pénibles et malheureusement, dans la plupart des cas, rebelles aux moyens thérapeutiques: à ce point de vue, le pronostic peut donc être considéré comme fâcheux.

TRAITEMENT. — On est sans action sur la prédisposition locale qui donne lieu à la production des diverses variétés de chéloïdes.

Les moyens employés pour amener la disparition des hyperplasies échouent le plus souvent: c'est ainsi que l'*ablation chirurgicale* est presque fatalement suivie de récurrence; il en est de même des *destructions par le thermo ou le galvanocautère*.

On a obtenu de meilleurs résultats de l'électrolyse et aussi des scarifications mises en pratique par Vidal; Besnier les a vues, comme lui, plusieurs fois produire de bons effets; malheureusement, d'après notre expérience personnelle, les améliorations très réelles que l'on obtient le plus souvent par ce procédé sont également de courte durée. On a préconisé récemment *diverses injections interstitielles*: telles sont celles de *thiosinamine* qu'ont mise en pratique Newton et Tousey: on introduit dans la masse morbide 1 centimètre cube d'une solution à 10 p. 100 de cette substance; la douleur est très vive, mais les résultats peuvent être favorables (1).

P. Marie, et plus récemment Balzer et Monsseaux, ont employé, suivant le même mode, l'huile d'olives créosotée à 20 p. 100: P. Marie a obtenu ainsi la production d'escarres sèches, une sorte d'*embauement sans inflammation de la peau ambiante*; Balzer et Monsseaux ont, au contraire, vu survenir rapidement une élimination d'une portion de tissu chéloïdien et se former une ulcération assez profonde; ils ont obtenu ainsi la disparition de tumeurs de l'oreille; on ignore encore si elle a été définitive: quoi qu'il en soit, cette méthode de P. Marie est celle qui jusqu'ici paraît avoir exercé le plus souvent une action efficace.

Ferras a vu survenir des améliorations en pratiquant des pulvérisations sulfureuses et du massage, mais il s'est agi d'affections d'origine traumatique qui, nous l'avons indiqué, peuvent disparaître spontanément.

Dans l'acné chéloïdienne, la méthode de choix reste l'*emploi méthodique des scarifications*: on peut lui venir en aide par l'application de l'emplâtre de Vigo fenêtré; divers antiseptiques, tels que

(1) P. MARIE, *Traitement des chéloïdes par les injections interstitielles d'huile créosotée* (Soc. méd. des hôp., 1893).

*l'ichtyol* et la *chrysarobine*, peuvent également trouver là leur emploi.

En résumé, on ne peut se dissimuler que le traitement des chéloïdes ne produit le plus souvent que des améliorations imparfaites et fugitives.

NATURE DE LA MALADIE. — Ainsi que nous l'avons indiqué déjà, il nous paraît probable que l'on confond sous le nom de *chéloïdes*, en raison de caractères cliniques communs, plusieurs affections de nature diverse (H.).

Il est possible que, conformément aux vues de Hyde et Darier, certaines de ces hyperplasies soient de nature tuberculeuse; c'est ce que paraissent indiquer les inoculations positives pratiquées par Hyde et l'une de celles de Darier; mais on se tromperait singulièrement en voulant généraliser cette conception: il est manifeste que les hyperplasies chéloïdiennes se développent le plus souvent chez des sujets exempts de tuberculose. D'ailleurs, les chéloïdes n'ont pas, en général, les caractères de néoplasies infectieuses; si l'on met à part celles de la nuque, on ne les voit pas se multiplier; elles ne s'accompagnent d'aucun signe d'infection générale.

Les *chéloïdes spontanées et traumatiques* ne peuvent guère s'expliquer que par une prédisposition du tégument à réagir sous cette forme.

Les *chéloïdes présternales*, en raison de leur localisation exclusive et constante, de leur disposition en traînées transversales superposées, reconnaissent très probablement, suivant l'un de nous, une origine embryonnaire (1).

Pour ce qui est des *chéloïdes acnéiformes*, on peut au contraire leur attribuer, avec une grande vraisemblance, une origine infectieuse; leur localisation constante à la nuque montre que cette région seule offrirait un milieu favorable à l'agent infectieux qui en serait la cause prochaine; l'épaisseur que présente le derme dans cette région ne nous paraît pas suffire à expliquer les caractères particuliers de cette dermatose, tels que sa disposition en bourrelets droits ou curvilignes à rebord abrupt.

L'agent infectieux est-il celui qui trouve son terrain dans les follicules sébacés et donne lieu à l'acné vulgaire? Les recherches histologiques ne sont pas d'accord avec cette hypothèse et la coexistence, dans quelques cas, d'acné vulgaire avec ces chéloïdes de la nuque ne peut suffire à les faire considérer comme de nature identique, car nous avons vu que cette acné vulgaire est, comme l'indique son nom, une éruption des plus banales. S'agit-il d'une tuberculose? Les inoculations restent stériles dans la grande majorité des cas. En somme, l'agent infectieux de la chéloïde acnéiforme est encore à trouver.

(1) HALLOPEAU, S. F. D., 1898, p. 298.

## CHLOASMA

Le mot *chloasma* n'a plus, en dermatologie, de signification précise, et les affections qui ont été comprises sous ce nom rentreront peu à peu dans le cadre des dermatoses traumatiques, toxiques, parasitaires, nerveuses. On l'a, en effet, appliqué à une série de pigmentations en *nappes*; Kaposi distingue :

I. Un *chloasma traumatique*, se développant au niveau de régions de pression ; la pigmentation qui apparaît au-dessous des bandages herniaires est par suite un *chloasma* ; la même classe comprend les *chloasmas* dus au grattage, tels que celui des *phthiriasiques* et celui des individus atteints de *pemphigus prurigineux* (dermatite herpétiforme) ;

II. Un *chloasma calorique*, qui se produit chez les sujets robustes au niveau des régions exposées à la lumière du soleil et au grand air ;

III. Un *chloasma toxique*, consécutif, chez certains sujets, à l'application de sinapismes et de vésicatoires ;

IV. Un *chloasma symptomatique* qui comprend deux formes : 1° le *chloasma utérin*, celui des femmes enceintes, des femmes atteintes d'affections utéro-ovariennes ; 2° le *chloasma cachectique* qui s'observe chez les paludéens, les cancéreux, les vieillards, les alcooliques. Il faut également signaler la pigmentation des individus atteints d'anémies graves ; celle de la maladie d'Addison s'en rapproche.

Il est facile de critiquer cette division ; mais il est difficile de grouper les mélanodermies d'après leur cause réelle et de dissocier ainsi toutes les affections cutanées qui ont été dénommées *chloasma*. Le mécanisme intime, les causes immédiates et éloignées des pigmentations restent d'ailleurs tout à fait obscures (Voy. *Troubles de la pigmentation*).

Les causes externes interviennent surtout pour déterminer la localisation de l'altération : le *chloasma* des femmes enceintes, par exemple, prédomine à la face. Il faut tenir compte aussi des idiosyncrasies : tels individus, exposés à une lumière intense et au grand air, ne présentent pas de pigmentation ; d'autres seront pigmentés de suite ; toutes les femmes atteintes d'affections utérines ou enceintes sont loin d'offrir du *chloasma* ; l'application de vésicatoires ne produit de pigmentation que chez un petit nombre de sujets.

Dans le *chloasma* des femmes enceintes, dont se rapproche celui des femmes atteintes de maladies utérines, la pigmentation occupe de préférence le front et les parties latérales de la face ainsi que le menton. Elle peut s'étendre sur les parties couvertes, en particulier sur le tronc. Elle est constituée par des larges taches isolées ou confluentes, d'une couleur claire ou foncée, parfois presque noire.

Les autres pigmentations diffuses qui ont été dénommées *chloasma* sont décrites dans les traités de pathologie interne ou ont été étudiées dans divers chapitres de cet ouvrage (Voy. *Dermatoses traumatiques*, *Phthiriasis*, *Dermatose de Duhring*).

TRAITEMENT. — On ne peut agir sur les pigmentations diffuses de la peau qu'en produisant par des moyens irritants une rénovation de l'épiderme. A cet effet, on peut employer les applications de savon noir, de pommades soufrées fortes (1 p. 5 à 1 p. 10) et surtout de sublimé en solution à 1 p. 100. On applique, par exemple, sur la face, des compresses trempées dans le liquide suivant :

Bichlorure d'hydrargyre.....	1 gramme.
Alcool à 60°.....	100 grammes.

On recouvre de taffetas-chiffon et on laisse les compresses en place pendant trois ou quatre heures ; il se produit ainsi une véritable vésication ; on ouvre la phlyctène et on saupoudre d'amidon : au bout de quelques jours, la peau a pris un aspect normal.

On peut agir plus lentement ; Kaposi recommande des lavages quotidiens avec :

Vératrine.....	0gr,10
Eau de naphte.....	50 grammes.

ou :

Esprit de savon de potasse.....	50 grammes.
Naphtol.....	2 —
Glycérine.....	1 gramme.

Lorsque la peau est rouge et desquame, on poudre avec :

Sous-carbonate de bismuth.....	10 grammes.
Talc de Venise pulvérisé.....	20 —
Sulfate de baryte précipité.....	30 —
Huile de roses.....	2 —

Dubreuilh recommande l'usage de pommade de calomel à 1/15 appliquée la nuit. Les pommades salicylées fortes peuvent trouver également leur indication. (L.)

DERMATITE PUSTULEUSE CHRONIQUE  
AGMINÉE DU VISAGE

Ce type clinique a été décrit en 1891, par l'un de nous et P. Claisse (1), sous le nom de *Nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face*.

Depuis lors, aucune observation semblable n'a été publiée : bien qu'unique, la nôtre présente des caractères assez nettement tran-

(1) HALLOPEAU et CLAISSE, *Sur une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face* (S. F. D., 1891).

chés pour que la forme morbide qu'elle représente mérite d'être classée.

Elle est caractérisée par l'apparition soudaine de boutons agminés ne ressemblant à ceux d'aucune affection connue.

ÉTIOLOGIE. — Nous ne possédons à cet égard aucune donnée; nous savons seulement que le malade n'avait aucune sorte d'antécédents héréditaires, aucune tare constitutionnelle et, en particulier, aucun signe de tuberculose; il était remarquablement robuste et vigoureux.

SYMPTÔMES. — Le début, soudain, a été comparable à celui d'un pseudo-exanthème: sans aucune cause apparente, sans que le malade eût commis d'excès d'aucune sorte ni ingéré de médicaments, des boutons se sont développés, d'abord à la base du nez, puis sur la lèvre supérieure, et bientôt dans les différentes parties de la face.

Quand le malade s'est présenté à notre observation, nous avons constaté les phénomènes suivants; les boutons sont d'abord de très petites dimensions; leur diamètre initial ne dépasse pas 1 millimètre; leur forme est acuminée; leur couleur d'un rouge vif; leur apparition s'accompagne de sensations de picotements; ils sont entourés d'une petite aréole érythémateuse; ils grossissent rapidement et bientôt leur diamètre atteint environ 3 millimètres; leur sommet s'arrondit; leur forme devient hémisphérique; leur consistance augmente; ils offrent, au toucher, une sensation très marquée de résistance, on peut dire de dureté; les uns restent isolés; les autres se multiplient et se groupent en plaques agminées ou confluentes. Ces plaques atteignent les dimensions d'une pièce de deux francs; elles rappellent, par leur aspect, celles du zona; les éléments y restent en effet le plus souvent distincts, séparés par des interstices au niveau desquels la peau est érythémateuse et légèrement tuméfiée; on trouve ainsi plus de vingt et un boutons agminés; la distribution de ces placards n'est nullement symétrique (Planche XX).

Certains de ces boutons sont surtout intra-dermiques; ils sont perceptibles par le toucher plutôt que par la vue.

Dans certaines régions, ils forment des traînées qui peuvent atteindre près de 10 centimètres dans leur longueur, alors que leur diamètre ne dépasse pas 3 centimètres dans les plaques confluentes; on n'y voit naturellement plus les interstices érythémateux signalés dans les plaques agminées; elles sont saillantes dans toute leur étendue; de légères élevures indiquent seules les éléments initiaux qui se sont réunis pour les constituer.

Arrivés à leur maximum de développement, les boutons restent longtemps stationnaires: un certain nombre d'entre eux seulement blanchissent et se ramollissent dans leur partie centrale; il s'y forme une petite collection purulente qui s'ouvre au bout de peu de jours; le pus se concrète en une croûte jaunâtre; néanmoins, le



Libreria L. F. ...

DERMATITIS PUSTULEUSA

chés pour que la forme morbide qu'elle représente mérite d'être classée.

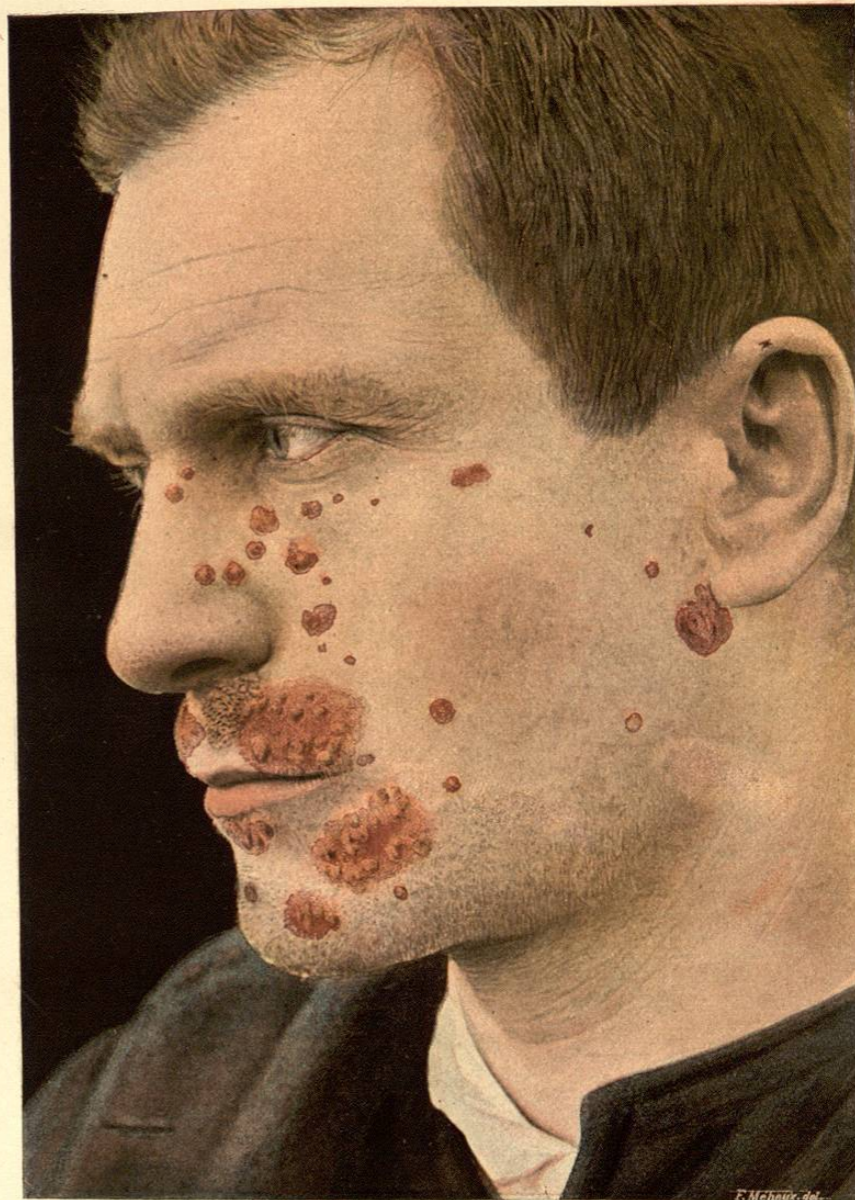
Elle est caractérisée par l'apparition soudaine de boutons agminés ne ressemblant à ceux d'aucune éruption connue.

ÉTIOLOGIE. — Nous ne possédons à ce regard aucune donnée; nous savons seulement que le malade n'a aucune sorte d'antécédents héréditaires, aucune tare constitutionnelle, et, en particulier, aucun signe de tuberculose; il était auparavant d'une constitution robuste et vigoureuse.

SYMPTÔMES. — Le début, soudain, est comparable à celui d'un pseudo-exanthème; sans aucun autre phénomène, sans que le malade eût commis d'excès d'aucune sorte, ni l'usage de médicaments, des boutons se sont développés d'abord à la base du nez, puis sur la lèvre supérieure, et bientôt dans les différentes parties de la face.

Quand le malade s'est présenté à notre observation, nous avons constaté les phénomènes suivants: les boutons sont d'abord de très petites dimensions; leur diamètre initial ne dépasse pas 1 millimètre; leur forme est acuminée; leur couleur d'un rouge vif; leur apparition s'accompagne de sensations de picotements; ils sont entourés d'une petite aréole érythémateuse; ils grossissent rapidement et bientôt leur diamètre atteint souvent 3 millimètres. Leur aspect est caractéristique; leur base est délimitée par une sensation très marquée de dureté; les uns restent isolés; les autres se multiplient et se groupent en plaques agminées ou confluentes. Ces plaques atteignent les dimensions d'une pièce de deux francs; elles rappellent, par leur aspect, celles du zona; les éléments y restent en effet le plus souvent distincts, séparés par des interstices au niveau desquels la peau est érythémateuse et légèrement tuméfiée; on trouve ainsi plus de vingt et un boutons agminés; la disposition de ces boutons a été soigneusement reproduite (Planche XX).

Les boutons disparaissent après un séjour de quelques jours; ils sont remplacés par de nouvelles séries de boutons qui peuvent disparaître à leur tour dans les vingt-quatre heures; mais leur disparition est suivie de la formation de nouvelles plaques confluentes. Ces plaques sont entourées d'une aréole érythémateuse et leur base est délimitée par une sensation de dureté. Les boutons qui restent isolés disparaissent plus facilement et plus rapidement; ils ne restent que quelques jours; pendant ce temps ils s'y forment de nouvelles séries de boutons; néanmoins, le



Librairie J.-B. Baillière et fils.

DERMATITE PUSTULEUSE CHRONIQUE AGMINÉE DU VISAGE

bouton ne s'affaisse pas : il persiste avec les mêmes dimensions.

L'éruption occupe simultanément les parties glabres et les parties velues du visage; dans ces dernières, les boutons ne se développent pas en général autour des poils; ce n'est qu'exceptionnellement que ceux-ci en occupent la partie médiane; le plus souvent, ils les traversent latéralement; ils restent aussi adhérents qu'à l'état normal; on a peine à les arracher avec la pince.

A part les sensations pénibles qui accompagnent chaque poussée éruptive, on peut dire que cette maladie n'est pas douloureuse.

L'éruption reste limitée à la face; du côté des autres viscères, on note seulement une dilatation notable de l'estomac.

Les poussées éruptives se renouvellent pendant plusieurs mois; l'éruption devient ainsi de plus en plus abondante, puisque les premiers boutons persistent.

Il n'en a pas cependant toujours été ainsi, car l'éruption a fini par s'affaisser graduellement et disparaître sans laisser de traces.

L'examen bactériologique a donné des résultats négatifs.

Une biopsie, faite par Jacquet, n'a pu permettre de déterminer quel est exactement le siège des altérations; elle a montré seulement que le derme était infiltré de leucocytes, ainsi que d'éléments embryonnaires ou épithélioïdes.

DIAGNOSTIC. — Cette éruption diffère de tous les types cliniques décrits jusqu'ici.

Elle se distingue de l'*acné vulgaire* par son début pseudo-exanthématique, par le groupement des boutons en plaques agminées, par la distribution asymétrique des lésions, par leur siège dans des régions habituellement épargnées par l'*acné*, telles que la partie externe du sourcil, par l'existence d'infiltrations nodulaires intra-dermiques.

On ne peut la confondre davantage avec les *folliculites nécrotiques et dépilantes*, non plus qu'avec les *éruptions toxiques*, ni avec les *folliculites suppuratives* que provoquent les invasions de microbes pyogènes (Voy. ces articles).

La seule dermatose avec laquelle elle présente de l'analogie est celle que Barthélemy a décrite sous le nom d'*acnitis* et que nous avons vue être de nature tuberculeuse : mais, cette acnitis n'est pas limitée au visage; elle ne disparaît pas sans laisser des cicatrices indélébiles; ses boutons se nécrosent dans leur partie centrale; ajoutons enfin qu'elle se développe chez des sujets qui ont d'autres manifestations tuberculeuses ou qui, tout au moins, sont suspects à cet égard, tandis que notre malade avait une santé florissante.

PRONOSTIC. — Il a été relativement bénin chez notre malade, puisque la dermatose s'est terminée par une guérison complète : néanmoins, elle a été pénible par sa longue durée ainsi que par l'abondance des éléments éruptifs et l'altération considérable et durable des traits qui en est résultée.

TRAITEMENT. — C'est sous l'influence d'attouchements avec la pointe d'une allumette imprégnée d'une solution concentrée d'acide chromique que chacun des boutons s'est graduellement effacé.

### DERMATITE SERPIGINEUSE DE CROCKER.

Synon. : *Dermatitis repens*.

Parmi les faits qui ont été publiés sous ce titre, il en est, ainsi que nous l'avons indiqué déjà, qui se rattachent à l'acrodermatite continue, mais d'autres, au contraire, se rapportent à un type clinique distinct qui a été décrit pour la première fois par Radcliffe Crocker en 1888.

Elle a été depuis lors étudiée par le même auteur au congrès de Vienne en 1892 (1).

SYMPTÔMES. — La maladie a presque constamment pour cause initiale un traumatisme ; elle débute par l'une des extrémités supérieures et remonte graduellement sur le membre correspondant dont elle peut dépasser les limites ; elle reste unilatérale.

Ses éléments initiaux sont des vésicules ou des pustules qui bientôt se rompent et laissent le derme à nu ; la surface ainsi dépouillée de son épiderme est rouge et suintante ; dans certains cas, il s'y développe des saillies papuleuses ; l'exsudat peut s'y concréter en croûtes épaisses ; la lésion est limitée par un soulèvement de l'épiderme ; ce soulèvement progresse excentriquement : il remonte graduellement sur l'avant-bras ; il peut gagner le bras, atteindre l'épaule et même envahir le tronc ; concurremment, les lésions initiales des mains se guérissent ; les téguments y gardent longtemps une coloration rosée en même temps que le revêtement épidermique reste ténu et lisse ; les contacts sont pénibles, mais les douleurs spontanées font défaut ; il se produit seulement un peu de prurit.

La santé générale n'est pas troublée.

La durée de la maladie peut être très longue ; R. Crocker l'a vue atteindre quarante-sept années.

DIAGNOSTIC. — Nous avons vu précédemment comment cette dermatose se différencie des *acrodermatites continues*, qui sont généralement bilatérales, s'accompagnent souvent d'asphyxies locales, ne remontent sur le membre supérieur que dans les cas où elles aboutissent à l'infection purulente tégumentaire, ne guérissent pas spontanément dans les parties primitivement atteintes et peuvent entraîner la mort. Elle se distingue de l'*eczéma* par les caractères suivants : elle reste unilatérale ; elle ne forme pas des foyers multiples ; sa progression se fait par un soulèvement épidermique à marche excentrique ; sa durée est indéfinie.

(1) Nous ne parlons pas du travail plus récent de Stowers, car l'observation qu'en fait la base se rapporte à l'acrodermatite continue.

La *dysidrose* se reconnaît au caractère le plus souvent bulleux de ses lésions élémentaires, à la dissémination de ses éléments éruptifs, à sa progression par de nouveaux soulèvements et non par l'extension graduelle du soulèvement périphérique, à sa guérison spontanée au bout de quelques semaines ou, rarement, de quelques mois.

PRONOSTIC. — Il est bénin *quoad vitam* ; on n'a pas vu jusqu'ici cette maladie aboutir, comme l'acrodermatite, à une infection purulente tégumentaire mortelle.

Par contre, l'affection est pénible par sa durée qui peut être presque indéfinie, par la gêne qu'elle apporte dans les fonctions du membre affecté et par l'impossibilité de travail qu'elle peut ainsi entraîner.

TRAITEMENT. — Les applications d'iodoforme, de permanganate de potasse et surtout de lactate de plomb peuvent être pratiquées utilement ; trop souvent, tous les moyens échouent. Il est cependant utile de protéger les parties malades : un pansement antiseptique permanent peut éviter les infections secondaires, toujours à redouter en pareils cas.

NATURE DE LA MALADIE. — Elle est encore indéterminée : dire, avec Radcliffe Crocker, qu'il s'agit d'une névrite périphérique, c'est formuler une pure hypothèse ; en réalité, on ne trouve parmi les symptômes de cette affection aucun trouble en rapport avec l'idée d'une tropho-névrose.

Nous aurions plutôt (H.) tendance à chercher dans une infection la cause prochaine de ces troubles si prolongés de la nutrition.

### DYSIDROSE

Synon. : *Cheirpompholyx* (Hutchinson), *Pompholyx*.

SYMPTÔMES. — Cette maladie est caractérisée par la formation de vésicules et de bulles qui se développent surtout à la paume des mains et à la plante des pieds, de préférence en été ; elle est essentiellement récidivante.

Parfois, l'apparition des lésions est précédée par quelques sensations de tension, de cuisson, de chaleur, même de prurit ; puis paraissent des taches blanchâtres, au niveau desquelles se soulève peu à peu l'épiderme.

Les éléments sont souvent de forme allongée. Leur volume est très variable et dépend de la résistance régionale ou individuelle de la couche cornée : parfois punctiformes, ils ont souvent le volume d'une grosse tête d'épingle ; ils peuvent dépasser les dimensions d'une lentille. Dans les cas où ils sont très nombreux, ils arrivent à la confluence, se groupent en masses, en îlots, perdant ainsi leur indépendance ; ils viennent à former des bulles à contours irréguliers, qui, dans certains cas, atteignent des dimensions extraor-