

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-

dinaires : on en a observé qui offraient le volume d'un œuf de poule et même plus.

Le nombre des vésicules, très faible dans quelques cas, peut atteindre plusieurs dizaines et même plusieurs centaines. Entre elles, on ne remarque aucune lésion apparente; la peau garde son aspect normal, n'offre aucune rougeur.

Les lésions, d'ordinaire indolentes spontanément et à la pression, peuvent être prurigineuses.

La dureté et la résistance des vésicules sont tout à fait remarquables; il est difficile de les percer par l'aiguille: le liquide qui s'écoule est clair, épais et filtrant; il ne tache et n'empêche pas le linge.

Si les vésicules ne sont pas ouvertes, le liquide se résorbe, mais la couche cornée décollée s'exfolie, et on observe une érosion bordée d'une fine collerette. Souvent, le corps muqueux est mis à nu, et le fond des érosions est d'une coloration rouge. Ces taches consécutives sont sensibles à la pression; elles peuvent aboutir à une pigmentation passagère.

Fréquemment, on observe, à la paume de la main, des éléments à tous les stades de leur évolution. La dysidrose donne lieu parfois à des poussées multiples subintrantes : on voit simultanément des points blancs annonçant les vésicules et des zones en exfoliation. L'affection se prolonge ainsi et, au lieu de quelques jours, peut durer des mois.

Les lésions sont susceptibles d'infection secondaire; on peut observer l'eczématisation et la suppuration des vésicules qui se transforment ainsi en pustules chez les sujets qui continuent à manier des substances irritantes ou à marcher sans précaution d'asepsie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions de la dysidrose sont bien connues aujourd'hui. Elles ne présentent à aucun stade de leur évolution aucun rapport avec l'appareil sudoripare (Williams, Santi, Unna). Les vésicules sont profondes, naissent en plein corps muqueux, consécutivement à un œdème interépithélial qui s'exagère en un point. La vésicule se remplit de sérum chargé de fibrine : parmi les cellules de bordure, beaucoup dégénèrent et s'aplatissent; quelques-unes sont libres dans la cavité qui contient en outre quelques globules blancs.

Les lésions du derme n'ont rien d'original : ses vaisseaux se dilatent; on constate des leucocytes en diapédèse dans les papilles et ces leucocytes s'infiltrent entre les éléments épidermiques.

Unna, qui a suivi des vésicules à divers stades de leur évolution, a constaté qu'à leur origine elles occupent les parties superficielles du corps muqueux et se développent plus tard vers la profondeur. La couche cornée sus-jacente est altérée. Unna y a coloré des bacilles qu'il considère, sans preuves (H.), comme les agents de la dysidrose; ces bacilles sont larges, isolés ou groupés, quelquefois disposés en strepto-bacilles comprenant de deux à six éléments.

Ces bacilles se colorent par la méthode de Gram. Quelques-uns se trouvent dans la vésicule.

ÉTIOLOGIE. — L'étiologie de la dysidrose paraît des plus complexes. L'affection se développe chez des individus bien portants, mais qui offrent souvent des troubles fonctionnels, ou des altérations des téguments des extrémités. L'hyperidrose est commune, mais non nécessaire. Les irritations chimiques, la chaleur des fourneaux, les rayons solaires favorisent la dysidrose. Souvent, il s'agit d'individus séborrhéiques atteints d'alopécie, de diverses séborrhéides, d'eczéma vulgaire. On a signalé des altérations unguéales.

L'âge n'a aucune importance; l'affection a été observée depuis sept jusqu'à cinquante-trois ans (Farez). Les poussées se produisent surtout en été et se renouvellent pendant des années. Chez la femme, elles apparaissent de préférence au moment des règles.

Enfin, on a incriminé le nervosisme, l'arthritisme.

DIAGNOSTIC. — La maladie se reconnaît aisément, sauf dans les formes larvées : Besnier admet en effet que les desquamations récidivantes de la paume des mains qui se produisent chez les arthritiques se rattachent à la dysidrose.

L'eczéma palmaire s'accompagne souvent d'eczéma dorsal bien caractérisé; les vésicules y sont plus petites, groupées dans certaines régions; la desquamation s'y fait par points isolés.

Les taches consécutives à l'exfoliation des vésicules peuvent simuler des *syphilides*; mais les lésions sont prurigineuses et le malade a eu, en général, des poussées passagères les années précédentes; on peut enfin trouver des lésions à un autre stade d'évolution.

Signalons encore la confusion possible avec les *zonas* palmaire et plantaire qui se distinguent par la répartition des lésions dans un territoire cutané, — tandis que, dans la dysidrose, elles sont disséminées, — par les douleurs, les troubles locaux de sensibilité, et l'absence des lésions zoniques en d'autres points des membres.

TRAITEMENT. — Au début de l'affection, des applications de teinture d'iode peuvent faire avorter les vésicules.

Dès que les vésicules feront saillie, on les ouvrira au moyen de ciseaux flambés, après avoir aseptisé la surface de la peau au moyen d'une solution alcoolique de sublimé ou de cyanure d'hydrargyre telle que la suivante :

Alcool à 70°.....	100 grammes.
Cyanure d'hydrargyre.....	0gr,10

On peut même enlever complètement la couche cornée qui forme le toit des vésicules, puis, panser avec le liniment oléo-calcaire (Thibierge).

Deux fois par jour, le malade prendra des bains de mains pendant un quart d'heure dans de l'eau additionnée de bicarbonate de soude.

Bicarbonate de soude.....	20 grammes.
Eau.....	Un litre.

Si l'on préfère ne pas exciser les vésicules et attendre leur ouverture, on donnera au malade des bains de mains quotidiens d'eau bouillie tiède ou d'eau phéniquée à 1 p. 100 s'il y a du prurit.

La peau sera poudrée ensuite en permanence avec du talc, de l'oxyde de zinc, du dermatol.

Toutes les fois qu'il y aura de l'irritation, on fera des pansements prolongés avec l'eau boratée à 30 p. 1000, suivis d'application de pommade à l'oxyde de zinc ou au dermatol :

Dermatol.....	4 grammes.
Vaseline.....	20 —

Si l'exfoliation cornée se prolonge après ouverture des vésicules, et si le fond de celles-ci n'est pas irrité, les pommades salicylées à 1 p. 40 trouveront leur indication. (L.)

### DYSTROPHIES UNGUÉALES

Toutes les maladies qui intéressent, d'une manière générale, la nutrition du derme peuvent amener des altérations dans la structure des ongles : ces dystrophies sont donc des plus fréquentes.

Nous renvoyons, pour toutes celles qui se produisent secondairement, aux articles dans lesquels l'affection qui les engendre est étudiée (Voy. *Eczéma, Psoriasis, Syphilis, Lèpre, etc.*).

Nous nous occuperons exclusivement ici des altérations qui peuvent se développer primitivement dans les ongles.

On sait que la structure de ces organes est complexe : l'ongle proprement dit se développe exclusivement par prolifération des cellules épidermiques du repli cutané que l'on appelle sa *matrice*, et le lit de l'organe ne constitue, pour ainsi dire, qu'un support, intimement uni d'ailleurs à la lamelle unguéale, mais en différant par sa structure ainsi que par ses fonctions, et incapable de la régénérer.

On ne peut nier cependant qu'il n'y ait des rapports étroits entre ces deux parties et que les altérations de l'une ne doivent retentir sur la nutrition de l'autre.

Il y a lieu de distinguer dans les affections des ongles celles qui intéressent primitivement leur matrice ou leur lit, et la tâche n'est pas toujours facile; nous serons contraints d'admettre ainsi l'existence de cas mixtes dans lesquels on voit se produire concurremment des lésions des deux organes.

Mais, le plus souvent, cependant, on est en mesure de dire : il s'agit d'une maladie, ici, de la matrice de l'ongle, là, de son lit.

#### A. — MALADIES DE LA MATRICE DE L'ONGLE

Ce sont les plus communes.

Leurs causes sont diverses et souvent difficiles à élucider; dans

certain cas, il s'agit évidemment d'une dyscrasie familiale, héréditaire : nous avons vu que l'on peut observer de nombreux cas d'une même altération unguéale dans une seule et même famille.

D'autres fois, l'on a affaire à une dystrophie congénitale de tous les tissus épidermiques : il en est ainsi dans les cas où les cheveux sont malades en même temps que les ongles.

On peut parfois invoquer l'existence d'une tropho-névrose. La vieillesse prédispose aux dystrophies unguéales. Les actions mécaniques sur les ongles peuvent également en amener l'altération. Peut-être certaines de ces affections sont-elles parasitaires : nous avons vu que le favus et le trichophyton sont causes de dystrophies unguéales; il paraît en être de même, suivant Audry, de la pelade.

On peut admettre un trouble primitif dans la nutrition de la lamelle unguéale chaque fois qu'il existe une altération manifeste de sa matrice; la marche descendante de ses altérations a une signification semblable.

Cette altération de la matrice unguéale peut consister en une phlegmasie (cas de Rist), suppurative ou non, ou une atrophie : assez souvent, il est impossible de la déterminer et c'est exclusivement la marche des accidents qui conduit à en admettre l'existence. Les altérations qu'engendrent ces altérations de la matrice unguéale sont des plus diverses; nous les énumérerons successivement, tout en faisant remarquer que plusieurs d'entre elles peuvent coïncider.

*a. Atrophies.* — Elles se caractérisent, soit par la production de sillons transversaux ou longitudinaux, soit par des dépressions punctiformes, soit par un amincissement de la lamelle : dans ce dernier cas, il se produit secondairement une accumulation, entre le lit et la lamelle, de cellules incomplètement kératinisées.

Les stries transversales représentent un arrêt de l'accroissement en longueur de l'organe; elles sont souvent précédées d'une légère saillie en voussure.

Ces dépressions transversales s'observent chaque fois qu'une maladie générale ou locale a enrayé, dans la matrice de l'ongle, le processus générateur : il n'est pas très rare de les voir se produire chez des sujets sains, par le fait d'un ralentissement passager de la nutrition survenant sans cause appréciable.

Ces atrophies des ongles s'accompagnent fréquemment d'une altération de leur surface qui devient inégale, raboteuse, et qui perd, par places, sa coloration et sa transparence.

A un haut degré, cette atrophie amène la chute complète de l'organe : tantôt, celui-ci se reproduit bientôt de haut en bas; tantôt, sa chute est définitive : il en est ainsi quand une lésion a déterminé la destruction complète de la matrice unguéale.

Une autre altération des ongles consiste en un *décollement de leur partie inférieure* : il peut remonter jusqu'à la moitié ou aux deux tiers

de leur hauteur et affecter ainsi simultanément toutes les extrémités digitales (fait de Castoret).

**b. Leuconychie.** — Morrissio appelle *leucopathie*, Giovanini *canitie des ongles* et Unna *leuconychie*, une affection de ces organes constituée par leur coloration totale en un blanc non transparent; il prend une teinte bleuâtre dans la région de la lunule et la partie avoisinante; au contraire, la partie antérieure de la lamelle offre une couleur comparable à celle de la craie; elle est due à son envahissement par des bulles d'air.

Les ongles sont alors d'une consistance moindre qu'à l'état normal: leurs extrémités s'exfolient d'elles-mêmes sans qu'il soit besoin de les couper.

Dans un cas de Forchheimer et de Max Joseph, leurs bords latéraux étaient épaissis et relevés de telle sorte que leur surface était déprimée et concave dans leur partie médiane; ils dénomment *Koilonychie* cette altération secondaire (1).

Un certain nombre de cheveux prennent concurremment une coloration blanche par segments.

La couche cornée sous-jacente à l'ongle est notablement épaissie, comme il est de règle chaque fois que la lamelle unguéale est amincie.

Au microscope, on voit des stries formées par la confluence des foyers punctiformes. Aucune des hypothèses formulées pour expliquer cette altération n'a été confirmée. La concomitance des altérations des cheveux, et aussi, d'après Forchheimer, des dents, chez les sujets atteints de cette affection ainsi que chez leurs descendants, se rapproche de la précocité de son apparition et conduit cet auteur à supposer, avec beaucoup de vraisemblance, une maladie d'évolution intéressant l'ensemble du tégument.

**c. Scléronychie de Unna.** — Les ongles y sont au contraire partiellement indurés et épaissis d'arrière en avant, rudes au toucher; ils perdent leur élasticité et leur transparence; leur couleur est d'un jaune grisâtre; leur lunule n'est plus distincte; souvent, leur surface devient très inégale; elle est parsemée de saillies et de dépressions: son rebord est irrégulier.

On ne connaît pas les causes prochaines de ces altérations; on sait seulement qu'elles ont pour point de départ la matrice de l'ongle et que le lit de cet organe reste indemne.

**d. Schizonychie de Unna.** — Dans cette altération, le seul fait anormal est un défaut de cohérence des cellules de la lamelle ayant pour conséquence une tendance de l'ongle à se diviser, particulièrement au niveau de son bord libre; Unna tend à localiser cette altération dans le système de fibrilles qui partent des cellules épithéliales et sillonnent dans le protoplasma.

(1) FORCHHEIMER, *Ein Fall von Leucomyëlie verbunden mit Koilonychia* (Dermatol. Centralbl., 1898).

**e. Hyperkératose subunguëale de H. Hebra.** — *Parakératose généralisée des ongles d'Hallopeau et Le Damany.* — Dans cette affection, il se développe, entre le lit de l'ongle et la lamelle unguéale, une masse incomplètement kératinisée, brunâtre, modérément consistante: nous l'avons vue atteindre 6 millimètres d'épaisseur; elle envahit tout le lit de l'ongle jusqu'à la lunule; c'est au niveau du bord libre que la masse sous-jacente atteint son épaisseur *maxima*, et particulièrement sur les parties latérales; elle diminue à mesure que l'on se rapproche de la lunule, surtout dans la partie médiane; secondairement, la lamelle unguéale peut devenir trouble par places et se crevasser; elle est alors soulevée en forme de vagues par l'hyperplasie sous-jacente; dans son ensemble, elle garde cependant son aspect brillant ainsi que son épaisseur normale (1).

Dans un cas que nous avons observé avec Le Damany (1), il n'y avait d'autres altérations superficielles que des *stries verticales* que l'on voyait surtout par transparence; c'étaient des fines traînées, noirâtres, qui se dirigeaient verticalement; elles siégeaient au-dessous de la surface de l'ongle qui restait régulièrement plane et lisse; il s'y joignait, sur un des orteils, des stries transversales (H. et Le Damany) (1).

Tous les ongles peuvent être simultanément intéressés; le pli cutané qui limite la matrice de ces organes est épaissi et induré; l'épiderme y présente un aspect corné.

Les crêtes papillaires du lit sont notablement augmentées de volume; elles sont infiltrées de cellules fusiformes et de leucocytes; les cellules cornées gardent leur noyau: on peut en compter jusqu'à 100 couches superposées; une partie de ces cellules subissent une dégénérescence et se dissocient en donnant naissance à une substance médullaire spongieuse; Unna a reconnu que cet amas cellulaire est envahi par une quantité énorme de cocci, différents de ceux du pus et de l'eczéma; l'un de nous et Le Damany y ont constaté la présence de ces mêmes parasites; faut-il en conclure qu'il s'agit d'une maladie parasitaire? Ces microbes ne se sont-ils pas au contraire développés secondairement? Pour nous, l'altération de la matrice unguéale rend cette dernière interprétation la plus vraisemblable, car elle indique que la production de la masse incomplètement kératinisée lui est subordonnée: nous ne possédons aucune donnée sur la nature de cette altération de la matrice unguéale.

## B. — MALADIES DU LIT DE L'ONGLE.

**a. Onychorrhaxis de Dubreuilh et Frèche.** — La production de nombreuses fissures sur la lamelle unguéale est l'altération qui caractérise cette affection; il semble que l'ongle ait été rayé dans sa

(1) HALLOPEAU et LE DAMANY, *Sur une parakératose généralisée des ongles* (S. F. D., 1895).

longueur avec un poinçon; ces fissures deviennent assez profondes au niveau du bord libre pour en amener la division; elles peuvent occuper toute l'épaisseur de l'organe ainsi que le total ou seulement une partie de sa hauteur; la lunule peut être ainsi masquée; le phénomène initial est une exagération des crêtes papillaires; la fissuration se produit le long des bords: coïncidant parfois avec des dystrophies pilaires, elle semble se rattacher à un trouble congénital de la nutrition.

*b. Onycho-gryphose.* — On désigne sous ce nom une affection caractérisée par l'épaississement de la lamelle unguéale et du tissu sous-jacent, aboutissant à une déformation avec incurvation de l'organe et à un trouble profond dans sa nutrition.

Elle peut être de cause externe; on l'observe souvent au gros orteil; des pressions continues et intenses peuvent en être la cause; elle se produit en apparence spontanément chez certains vieillards.

Virchow en a distingué une *forme plane*, une *forme conoïde* et une *forme en griffes*: ce sont les différentes périodes d'une seule et même maladie.

Les altérations initiales sont, d'après cet auteur, une diminution dans l'étendue verticale et souvent aussi transversale du lit de l'ongle coïncidant avec une dilatation du sillon générateur; les vaisseaux du lit se dilatent; ses crêtes papillaires s'accroissent; la lamelle unguéale se trouve ainsi soulevée; des inclusions épithéliales se font dans le derme sous-jacent; leur forme peut être cylindrique, en gourde ou ronde avec disposition concentrique: ainsi se forment des perles cornées et des raies médullaires. La prolifération des cellules du lit de l'ongle constitue un obstacle à la migration des cellules engendrées par sa matrice, d'où l'augmentation de volume de l'organe et sa distribution en étages superposés; à mesure que l'ongle épaissit, son diamètre transversal diminue; dans un fait de Balzer et Mercier, les bords latéraux s'étaient rapprochés en étranglant entre eux le lit de l'ongle et la peau de l'extrémité du doigt.

L'épaisseur de ces ongles peut atteindre près de 1 centimètre; leur consistance est ligneuse; ils s'incurvent profondément en forme de griffes.

(Les dystrophies provoquées par les champignons des teignes rentrent également dans la catégorie des affections liées à une altération du lit de l'ongle.)

### C. — FORMES MIXTES

*a. Dystrophie familiale des ongles.* — Il est bien probable qu'il faut classer parmi les formes mixtes cette altération qui a été décrite en 1895 par Nicolle et Halipré (1). Nous avons vu (p. 168)

(1) NICOLLE et HALIPRÉ, *Dystrophie unguéale et pilaire familiale* (A. D., 1895).

qu'elle est considérée comme liée à un trouble héréditaire dans l'accroissement et la nutrition des ongles qui sont hypertrophiés, fendillés, friables, avec suppuration secondaire de leur pourtour ou de leur lit. Cette lésion congénitale semble indiquer une altération dans les fonctions de la matrice de ces organes.

On observe concurremment des dystrophies des cheveux qui sont décolorés et clairsemés: ce sont là des affections liées à un trouble héréditaire dans la nutrition des produits épidermiques.

*b. Stase unguéale.* — Unna a décrit sous ce nom une altération qui se produit chez les sujets atteints d'un trouble de la circulation générale; elle se caractérise par la formation de saillies allongées du lit de l'ongle; la lamelle unguéale peut se dissocier à leur niveau et, comme elles occupent surtout le milieu de l'organe, on n'a plus sous les yeux que deux lamelles latérales; la lunule peut être envahie: on voit que le lit et la matrice de l'ongle se trouvent ainsi successivement altérés.

DIAGNOSTIC. — Lorsque l'on se trouve en présence de dystrophies unguéales, il faut se demander d'abord si elles sont idiopathiques ou secondaires.

La trichophytie, le favus, l'eczéma, le psoriasis, la syphilis, la lèpre, des ongles, et probablement, d'après Audry (1), la pelade peuvent donner lieu à des altérations très analogues à plusieurs de celles que nous venons de décrire; c'est par l'étude des phénomènes concomitants que l'on peut arriver à ce diagnostic différentiel.

TRAITEMENT. — Dans les formes hypertrophiques, il faut recourir à l'ablation des saillies anormales.

Les dystrophies unguéales étant le plus souvent inconnues dans leur nature intime, leur traitement ne peut être que purement empirique. Nous avons eu recours plusieurs fois avec avantage aux applications d'emplâtre rouge, de vernis phéniqué, de compresses imprégnées d'une solution d'acide salicylique.

### HIDROCYSTOME

On désigne sous le nom d'*hidrocystomes* (Robinson) des kystes de la face produits par la dilatation des canaux sudoripares excréteurs (2).

ÉTIOLOGIE. — L'affection s'observe surtout, d'après Robinson, chez des individus exposés professionnellement à une chaleur intense. Thibierge accuse le système nerveux. L'hidrocystome est plus fréquent chez la femme et survient surtout à l'âge adulte. La plupart des malades sont hyperidrosiques.

SYMPTÔMES. — L'affection occupe la face; ses lésions sont sur-

(1) AUDRY, S. F. D., décembre 1899.

(2) ROBINSON, *Journ. of cut. and gen. ur. Dis.*, 1893. — THIBIERGE, A. D., 1895.

tout localisées autour des yeux et sur le nez. Elle est constituée par des saillies arrondies, plus ou moins élevées, disséminées ou confluentes, extrêmement dures. Leur volume est variable, mais il ne dépasse pas celui d'un petit pois. Leur couleur est grise ou violacée. Leur nombre peut atteindre une ou deux centaines, mais souvent elles sont beaucoup moins nombreuses.

Ces saillies sont formées par des kystes que l'on peut vider par la piqûre ; ils contiennent un liquide clair comme de l'eau de roche, de réaction acide ou neutre.

Il existe parfois un certain prurit. Chacune des tumeurs a une évolution lente ; à un moment donné, elle se résorbe spontanément. Pendant des années, de nouvelles lésions se développent. En été, elles acquièrent un plus grand volume, ainsi qu'à la suite de sudations exagérées ; en hiver, elles s'affaissent légèrement. Leurs dimensions augmentent le soir, surtout à la suite de fatigues musculaires.

DIAGNOSTIC. — La *dysidrose* occupe en général les mains et les pieds ; cependant, suivant l'un de nous (H.), elle peut s'observer à la face et être confondue avec l'hydrocystome : mais, les vésicules et les bulles s'y développent dans l'épiderme et non dans le derme ; le liquide qui s'en écoule après piqûre est épais et filant ; ces lésions surviennent par poussées dans l'intervalle desquelles la peau est saine.

La *ladrerie* s'accompagne de tumeurs beaucoup plus volumineuses et non localisées uniquement à la face.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Darier signale, dans le derme, la présence de kystes arrondis, dont la paroi est formée par deux ou trois couches de cellules du type épithélial, aplaties ou cubiques, offrant une cuticule à leur face interne : il s'agit de canaux sudoripares dilatés ; du reste, on peut voir des canaux aborder les kystes. Les lumières des glomérules sudoripares sont dilatées. L'épiderme est sain.

TRAITEMENT. — Les tumeurs ouvertes par piqûre se résorbent souvent d'une manière complète ; mais, parfois, on détermine ainsi des infections secondaires et des cicatrices visibles ; il est préférable de pénétrer les tumeurs au moyen de la pointe du galvanocautère. (L)

### INTERTRIGO

On désigne sous ce nom la dermatite qui se développe dans les régions où la peau se trouve en contact avec elle-même ; au point de vue de sa pathogénie, on peut considérer cette affection comme *mixte*, car des causes *chimiques, diathésiques, mécaniques et parasitaires* concourent à la produire.

ÉTILOGIE. — L'action irritante de contacts incessamment renouvelés de la peau avec elle-même est une des principales conditions

génératrices de cette éruption ; il s'y joint celle des sécrétions glandulaires (sueur et sébum), des substances chimiques qui résultent de leur altération et des liquides pathologiques tels que le pus blennorrhagique et celui de syphilides ulcérées. Il n'est pas douteux que les parasites, qui trouvent dans ces milieux un terrain favorable à leur production ou interviennent primitivement dans leur formation, ne concourent activement à engendrer cette dermatose, à en prolonger la durée, et à amener diverses complications ; la nature de ces parasites n'a pas encore fait l'objet de recherches spéciales ; nul doute que, dans le cas de blennorrhagie, on n'y retrouve le gonocoque. L'embonpoint est une circonstance adjuvante d'une importance capitale : il va de soi que, plus les contacts cutanés sont intimes, plus les irritations qu'ils provoquent sont constantes et intenses ; d'autre part, la rétention des produits de sécrétion est plus prononcée chez les sujets obèses que chez les individus maigres.

Bazin a fait intervenir en outre, à juste titre suivant nous, la diathèse arthritique ; il est incontestable que le tégument ne réagit pas avec la même acuité chez tous les sujets ; or, nous avons constaté fréquemment que la prédisposition de la peau à devenir, sous l'influence de causes légères et banales, le siège de réactions inflammatoires d'une grande intensité, appartient plus particulièrement aux individus qui présentent les attributs de la diathèse arthritique (Voy. p. 24). Le diabète est encore une cause prédisposante dont il faut tenir le plus grand compte : l'intertrigo est au nombre des éruptions qualifiées de *diabétiques*.

Les professions qui exigent des mouvements incessants ou des sudations abondantes sont encore des causes qui prédisposent à cette dermatose.

L'œdème, l'éléphantiasis agissent, comme l'obésité, en multipliant les contacts ; de même, les hémorroïdes prédisposent à l'intertrigo anal.

Les sécrétions anormales, telles que la leucorrhée, entrent également en ligne de compte. Il en est de même des irritations que peuvent provoquer des linges infectés.

SIÈGE ET SYMPTÔMES. — Les creux articulaires, le pourtour de l'anus, le périnée, le dessous des seins, les plis inguinaux, et, chez les obèses, tous les plis cutanés, particulièrement ceux qui se produisent transversalement au-dessus du pubis et aux cuisses, sont les régions où l'on observe le plus fréquemment l'intertrigo.

L'éruption sudorale qui se développe assez fréquemment dans les interstices des orteils peut être placée dans le même cadre.

Les lésions intertrigineuses de la femme ont été tout particulièrement étudiées récemment à ce point de vue par Brocq et L. Bernard (1).

(1) BROCCQ et L. BERNARD, *Étude nouvelle sur les lésions intertrigineuses de la femme* (A. D., 1899).

Ils en distinguent deux formes principales : les unes, consécutives le plus souvent à une blennorrhagie, quelquefois à une métrite ou à des syphilides vulvaires, occupent une petite fossette triangulaire, à angles mousses, située au niveau des grandes lèvres, à la partie supéro-interne de la cuisse, au-dessous du pli génito-crural, mesurant de 4 à 6 centimètres de longueur par sa base qui répond à ce pli et se perdant par son sommet vers la face interne de la cuisse, fossette remarquable par la finesse qu'y présente le tégument ; les autres, liées surtout aux frottements régionaux, siègent à la partie interne des cuisses, au-dessous des précédentes, sous forme d'un triangle dont la base répond à la fossette qui vient d'être décrite, et le sommet inférieur s'estompe le long de la partie interne du membre.

Les premières intéressent d'ordinaire plus particulièrement la moitié des deux tiers inférieurs de la fossette, rarement sa partie supérieure ; elles peuvent exceptionnellement en dépasser les limites et s'étendre à toute la partie supéro-interne de la cuisse ; leur limite inférieure est le plus souvent nettement tranchée par un rebord assez saillant. Le dessin de l'éruption est variable : le plus souvent triangulaire, il peut être aussi quadrilatère ou former des traînées irrégulières que séparent des intervalles de peau saine ; dans ce dernier cas, qui correspond, d'après Brocq et L. Bernard, à l'état de repos, on distingue des sillons sinueux peu profonds, irrégulièrement parallèles, dirigés obliquement d'avant en arrière sur une longueur qui varie de quelques millimètres à 2 ou 3 centimètres ; ils s'effacent d'ordinaire quand on les distend et leur fond présente une couleur rosée ; entre eux, Brocq et L. Bernard signalent des plateaux qui en suivent la direction et sont eux-mêmes le siège de sillons très superficiels : on voit en outre souvent, disséminées sur ces mêmes parties, de petites saillies folliculaires.

Les plaques érythémateuses sont le siège d'une pigmentation d'autant plus prononcée que la femme est plus brune.

Lorsque, le plus souvent sous l'influence d'une blennorrhagie ou de syphilomes vulvaires en activité, ces lésions passent à l'état aigu, la rougeur devient plus vive, les sillons se creusent davantage, les saillies intermédiaires aux plis deviennent des crêtes saillantes.

On peut observer concurremment l'intertrigo vulgaire des plis inguinaux et de la face externe des grandes lèvres.

Les zones triangulaires de frottement sous-jacentes aux fossettes de Brocq et Bernard peuvent descendre inférieurement, suivant les cas, jusqu'au quart supérieur, à la moitié ou aux trois quarts de la partie interne des cuisses : leur base est habituellement séparée de la fossette par une zone à concavité supérieure moins pigmentée qui forme comme un croissant autour de la partie inférieure et postérieure de cette fossette.

On distingue, sur les plaques de frottement, de nombreux petits

sillons, dirigés obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, entre lesquels la peau paraît finement chagrinée et sillonnée plus superficiellement ; on peut enfin y constater la présence de nombreuses petites facettes brillantes, d'aspect lichénoïde.

Au pourtour de l'anus, les lésions intertrigineuses peuvent former une cocarde : Brocq et L. Bernard y décrivent en effet, d'abord, au niveau même de l'anus et de ses plis radiés, une première zone pigmentée assez foncée, en dehors une zone plus claire, sauf les cas d'inflammation accidentelle, plus en dehors enfin, une troisième zone correspondant à la limite externe de contact des fesses suivant une courbe à concavité antérieure et supérieure : elle est beaucoup plus vivement colorée que la précédente.

D'une manière générale, l'affection est essentiellement caractérisée par une rougeur diffuse avec sensation de cuisson ; il s'y ajoute le plus souvent du suintement ; il y a, en outre, accumulation de produits de sécrétion sudoripare et sébacée sous la forme d'enduits fétides ; il n'est pas rare de voir survenir secondairement des pustules d'ecthyma ou même des furoncles.

Ces altérations ne dépassent pas, en général, le territoire cutané où elles se sont développées.

On peut les voir survenir et durer longtemps pendant les saisons chaudes.

DIAGNOSTIC. — Cette éruption offre des caractères communs avec l'eczéma ; cependant, elle n'est pas primitivement vésiculeuse, mais bien érythémateuse ; on n'y observe pas les croûtes de l'eczéma ; elle n'a aucune tendance à se propager ; son évolution reste purement locale.

L'érythrasma siège habituellement à la partie interne des cuisses qui est également un des lieux d'élection de l'intertrigo : il en diffère par la netteté de ses contours et par l'absence complète de suintement, ainsi que par sa couleur d'un brun sombre : dans le doute, la recherche du *Microsporon minutissimum*, agent pathogène de cette dermatose, jugerait la question.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous ne possédons sur cette question que les données fournies par Brocq et Bernard dans leur étude sur l'intertrigo de la femme : dans l'épiderme, les cellules de la couche génératrice et celles du corps muqueux sont multipliées et le volume de chacune d'elles est augmenté ; on y distingue deux zones, « une endoplasmique répondant à la lame claire des cellules normales, une exoplasmique sombre, granuleuse, dessinant un réseau intercellulaire où se trouvent, par places, des cordons striés scalariformes ».

Les cellules du stratum granulosum sont également multipliées ; elles sont chargées de kératohyaline ; la couche cornée est notablement augmentée d'épaisseur ; elle dessine des incisures répondant aux sillons macroscopiques. Dans le derme, on constate l'allongement des

papilles; on trouve en outre à sa superficie, surtout entre les papilles, des cellules conjonctives chargées de granulations volumineuses.

PRONOSTIC. — Cette affection est pénible par les sensations désagréables qu'elle provoque, ainsi que par la fétidité qu'elle exhale et sa longue durée chez les sujets qui négligent les soins hygiéniques.

TRAITEMENT. — Il doit avant tout être prophylactique : tout individu chez lequel entrent en jeu les causes indiquées ci-dessus doit recourir à des soins de propreté encore plus minutieux qu'un sujet sain ; matin et soir, il doit laver toutes les régions où la peau se trouve en contact avec elle-même, d'abord avec de l'eau savonneuse, puis avec une solution antiseptique telle que l'eau boricuée ou le laurénol ; des bains fréquemment renouvelés sont indispensables.

Les parties vulnérables du tégument sont isolées à l'aide d'ouate ou tout au moins largement saupoudrées avec le talc mélangé d'un dixième d'oxyde de zinc.

Quand la maladie est déclarée, ces mêmes soins de propreté doivent être nécessairement continués ; on y joint des applications permanentes de compresses de tarlatane aseptique pliées en douze et imprégnées d'un liquide antiseptique tel qu'une solution biborquée, boricuée et salicylée; elles sont recouvertes de taffetas-chiffon et renouvelées plusieurs fois par jour. Brault a obtenu les meilleurs résultats avec la solution d'acide chromique à 3 p. 100 et des onctions avec l'airiol.

Dans des cas rebelles, un attouchement avec une solution au huitième de nitrate d'argent peut rendre des services; on les renouvelle, comme dans le cas d'*eczéma podicis sec*, tous les deux ou trois jours.

S'il se produit une lichénification secondaire, l'emplâtre rouge de Vidal pourra être utilement employé.

### LICHEN DE WILSON

Synon. : *Lichen ruber*; *Lichen plan*.

On doit à Erasmus Wilson d'avoir le premier, en 1872, décrit une espèce morbide caractérisée surtout par la production, comme lésions élémentaires, de papules irrégulièrement polygonales, lisses, brillantes, non squameuses au début, généralement prurigineuses, présentant souvent une ombilication, susceptibles de se modifier considérablement dans leur forme, leur saillie et leur couleur, et coïncidant, dans beaucoup de cas, avec des altérations analogues de la muqueuse buccale; elle a été, à tort, rattachée par l'auteur lui-même au *lichen ruber* de Hebra, type confus dans lequel sont réunies des éruptions papuleuses incomplètement caractérisées et des érythrodermies généralisées.

La définition, purement symptomatique, que nous venons de donner de la maladie, indique que nous ne sommes pas encore en mesure de

dire quelle en est la cause prochaine; nous avons proposé (H.), jusqu'au jour où cette cause sera déterminée, d'appliquer à cet état morbide, qui constitue un type clinique nettement différencié, le nom du médecin qui a su le discerner, de préférence aux étiquettes généralement adoptées de *lichen plan* et *lichen ruber* : en effet, l'éruption est loin d'être toujours plane, et, d'autre part, nous verrons qu'elle peut être décolorée.

ÉTILOGIE. — Les principales données que nous possédons relativement aux causes de cette maladie sont les suivantes : on l'observe chez les individus des deux sexes et à tous les âges; elle peut affecter plusieurs enfants d'une même famille; elle se développe parfois chez des sujets en proie à une vive irritation nerveuse et à la suite d'émotions; ses localisations peuvent être provoquées par l'irritation que produisent des contacts réitérés : c'est ainsi que nous avons relaté un cas de lichen plan en cravate limité aux parties qui se trouvaient en contact avec le col de chemise (H.) (1); on peut interpréter de même la fréquence des localisations axillaires, lombaires, en ceinture et antibrachiales, ainsi que celles qui se font sur la muqueuse buccale, particulièrement au niveau des espaces intermaxillaires et sur le dos de la langue.

PATHOGÉNIE. — Les théories nerveuse, dyscrasique et parasitaire ont été invoquées pour expliquer le développement de cette dermatose.

La théorie nerveuse a été soutenue surtout par Koebner, Besnier et Jacquet. Elle s'appuie sur les antécédents nerveux des sujets, sur l'apparition, dans certains cas, des lésions à la suite de perturbations psychiques, sur l'intensité du prurit, sur la production de lichénifications après le grattage, sur l'action bienfaisante de l'hydrothérapie, enfin sur la localisation possible de l'éruption suivant la sphère de distribution d'un même nerf ou réseau nerveux.

Aucun de ces arguments ne peut être considéré comme ayant une valeur décisive : l'état névropathique n'est pas constant, et, quand il existe, il est parfois consécutif au trouble provoqué par l'intensité du prurit (2).

Les localisations suivant des trajets nerveux sont authentiques : les faits publiés par Djélaléddin-Moukhtar (3), Danlos, Lindström et l'un de nous (H.) avec Gardner, ne peuvent laisser de doute à cet égard. Leur siège le plus fréquent est le membre inférieur. La bande commence au milieu de la fesse, descend d'abord directement, puis, au niveau du pli fessier, décrit une courbe à concavité interne, descend ensuite verticalement jusqu'au creux poplité; à la jambe, elle

(1) HALLOPEAU, *Lichen plan en cravate* (S. F. D., 1896).

(2) HALLOPEAU, *Du lichen de Wilson* (Semaine médicale, 1897).

(3) DJÉLALÉDDIN-MOUKHTAR, *Lichen plan unilatéral ne dépassant pas la ligne médiane et suivant le trajet des nerfs* (Semaine médicale, 1891, p. 60.)