

Sur la langue, on voit surtout des taches d'un blanc grisâtre, mat et non nacré, en partie dépapillées, lenticulaires, faiblement surélevées, parfois creusées de légers sillons, résistantes au toucher, isolées ou réunies en plaques à contours irréguliers, remarquables par la netteté de leur rebord où la coloration blanche fait place à une mince zone érythémateuse ; elles nous ont paru plusieurs fois comparables à des pains à cacheter blancs, tranchant sur la couleur rouge des parties voisines (1). Frèche, étudiant l'évolution de ces lésions, a noté, au début, une pâleur anormale des papilles avec augmentation de la profondeur et de la rougeur des sillons qui les entourent ; bientôt ces sillons sont comblés par des travées blanches circonscrivant chaque papille et s'élevant jusqu'à leur niveau ; leur coloration est d'un blanc plus clair que celle des papilles dont le sommet est lisse et aplati.

Les lésions des joues occupent surtout l'espace intermaxillaire. Ce sont d'abord des grains blancs acuminés, très fins, ne dépassant pas le plus souvent le volume d'une tête d'épingle, nettement limités, durs, formant comme un semis ; puis, ils se disposent en cordons minces et durs constituant un réseau comparable, soit à une fine dentelle, soit aux arborisations des feuilles de fougères (Gautier) ; dans nombre de cas, on voit coexister les grains acuminés avec des figures ramifiées qui rappellent des étoiles. Ces lésions peuvent aussi prendre, comme les lésions cutanées, une forme circinée. Nous avons déjà fait remarquer que ces stries sont tout à fait analogues à celles que l'on voit se dessiner avec une couleur opalescente dans les papules cutanées de ce lichen (Brocq, Wickham, H.).

Les lésions buccales ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel comparable au prurit ; les malades accusent parfois une sensation désagréable de sécheresse buccale, à laquelle s'ajoute une sensibilité anormale au contact des aliments excitants, et parfois aussi un peu de gêne dans les mouvements ; mais généralement ces symptômes font complètement défaut, et les sujets ignorent l'existence de leurs lésions buccales : on doit donc dans tous les cas les rechercher. Des lésions analogues peuvent se rencontrer sur le gland.

Le lichen de Wilson est habituellement *prurigineux*. L'intensité des démangeaisons varie du tout au tout : elles peuvent faire complètement défaut ou ne se manifester que passagèrement au moment des poussées éruptives ; d'autres fois, le prurit est continu, ou du moins il se reproduit journellement et constitue alors un phénomène pénible : on le voit enfin devenir atroce, empêchant complètement le sommeil et s'accompagnant de sensations de brûlure et d'élançements : son intensité et sa persistance peuvent alors être telles qu'il arrache des larmes à des malades courageux et les conduit à des

(1) HALLOPEAU, *Lichen plan buccal en pains à cacheter et en stries étoilées* (S. F. D., 1898).

idées de suicide (1). Ce n'est pas seulement dans la peau que se produisent les sensations douloureuses : elles peuvent également se manifester à l'intérieur du méat, au voisinage de l'anus et aussi, semble-t-il, dans le larynx.

Il n'est pas rare de noter en même temps une excitabilité anormale du système nerveux, de l'agitation et de l'insomnie.

Thibierge et Leredde ont vu coïncider le prurit avec de l'aménorrhée. On peut constater également, dans cette forme prurigineuse que nous venons de décrire, un amaigrissement rapide et de l'anurie.

Le grattage paraît être parfois disproportionné à l'intensité du prurit et mériter alors le nom de *cnomanie* (κνωω, je gratte) que l'un de nous (H.) lui a donné ; en général, ce grattage s'observe surtout au moment des poussées, mais il peut aussi être persistant. Dans un cas publié par l'un de nous (H.), il s'exerçait, depuis de longues années, sur des placards tubéreux localisés à la partie inférieure des jambes.

Ce grattage ne donne pas lieu à du prurigo au niveau des plaques éruptives ; exceptionnellement, cette éruption se développe au pourtour des papules, comme plusieurs moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et une observation de Dieulafoy et Déhu en ont foi (2).

Sederholm a noté qu'une piqûre d'épingle, ou même un simple atouchement, suffit à réveiller le prurit du lichen plan.

MARCHE. — Elle est d'ordinaire essentiellement chronique. La maladie évolue lentement ; l'éruption fréquemment se localise à une ou plusieurs régions dans lesquelles elle se reproduit indéfiniment, de nouveaux éléments se développant à mesure que d'autres rétrogradent ; cette marche appartient plus particulièrement aux variétés tubéreuses et végétantes et aussi à la variété scléreuse.

Dans certains cas cependant, cette dermatose affecte au contraire une marche aiguë : en pareil cas, la plus grande partie de la surface du corps se trouve envahie ; les éléments papuleux sont entourés d'aréoles érythémateuses qui se réunissent pour former de larges nappes ; c'est ainsi que la plus grande partie du tronc peut être le siège d'une rougeur diffuse sur laquelle se dessinent, à peine saillantes, les papules typiques du lichen plan (3). Nous avons observé plusieurs faits semblables. Les malades accusent alors une sensation pénible de cuisson ; la température peut s'élever. Cette forme aiguë peut s'accompagner d'adénopathies multiples. Nous l'avons vue donner lieu à une desquamation furfuracée qui a persisté pendant plusieurs semaines (H.) ; elle peut également laisser à sa suite des macules ambrées

(1) PAGE, *Lichen plan intense ; guérison rapide par l'hydrothérapie tiède* (Sem. médicale, 1893, p. 24).

(2) DIEULAFOY et DÉHU, *Lichen plan atypique avec placards de lichen acuminé* (S. F. D., 1899).

(3) Elle est figurée sur notre moulage 1062 du Musée de Saint-Louis qui remonte à 1885.

qui ne disparaissent pas sous la pression du doigt et témoignent d'extravasations sanguines en rapport avec l'intensité du processus phlegmasique (H.). Plus graves en apparence que les formes chroniques, ces poussées aiguës le sont moins en réalité, car leur durée est habituellement courte et il n'est pas rare de voir, en quelques semaines, la maladie disparaître entièrement. Ces formes aiguës peuvent s'accompagner d'éosinophilie.

Nous avons, à Saint-Louis, observé tous les intermédiaires entre ces formes aiguës, généralement passagères, et les cas où les lésions se reproduisent indéfiniment, quel que soit le traitement qu'on leur oppose; le plus habituellement cependant cette dermatose, après une lutte de quelques mois, parfois de quelques années, finit par rétrocéder d'une manière complète. Elle laisse souvent à sa suite des hyperpigmentations qui ne s'effacent que très lentement. Elles étaient très prononcées chez une négresse dont Thibierge et l'un de nous (Leredde) ont rapporté l'histoire.

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE. — Le lichen de Wilson a été particulièrement étudié à ce point de vue, par Kaposi, Török, Lukasiewicz, Leredde, Darier, Unna, Galewsky, Max Joseph, etc.; mais on peut noter entre les descriptions de ces auteurs de singuliers désaccords. C'est ainsi que Kaposi et ses prédécesseurs ont considéré la maladie comme localisée principalement dans les follicules pileux et le tissu périfolliculaire le plus immédiat. Joseph affirme, au contraire, que les follicules pilo-sébacés restent intacts.

D'après les travaux les plus récents, les altérations occupent simultanément le derme et l'épiderme; la région primitivement intéressée est le chorion: il s'y produit un exsudat cellulaire autour des vaisseaux. Ces cellules sont, d'après Joseph, des leucocytes; suivant Unna, des éléments conjonctifs. Selon Caspary et Robinson, on observe la formation de lacunes entre les papilles et la couche profonde du corps muqueux; ces lacunes sont elles-mêmes remplies par un exsudat dans lequel on retrouve des globules blancs, des débris de cellules et des filaments de fibrine; ces lacunes, nettement limitées en haut par le corps muqueux, s'étendent transversalement; les cellules dissociées par l'exsudat se détruisent peu à peu. Unna a vu le corps muqueux subir partiellement une dégénérescence colloïde.

Les papilles, très tuméfiées, sont le siège d'une infiltration œdémateuse qui amène d'abord la réduction, puis la disparition des cônes qui les séparent; on y trouve également, sur le trajet des capillaires, de nombreuses cellules regardées, par la plupart des histologistes, comme des leucocytes.

Les vaisseaux sont altérés, leurs parois épaissies; quelques leucocytes y sont infiltrés.

Une papule répond le plus souvent à plusieurs papilles.

Les lacunes passent d'ordinaire inaperçues macroscopiquement: elles seraient, d'après Joseph, la cause de l'ombilication centrale, tandis que Török l'attribue à ce fait que la partie médiane de la papule est retenue par un conduit, ordinairement sudoripare, parfois sébacé, alors que les parties voisines sont soulevées par la tuméfaction du corps papillaire; de nouvelles recherches devront être faites pour éclaircir cette pathogénie.

Ces lacunes expliquent également la formation de bulles dans certains cas de lichen: celles-ci ne sont que l'exagération de celles-là.

Les cas, signalés par l'un de nous (H.), dans lesquels des localisations palmaires étaient constituées exclusivement par des altérations des conduits sudoripares montrent que ces organes peuvent être le siège des altérations lichénieuses. Dans la forme acuminée, des saillies végétantes du corps muqueux et de la couche cornée viennent s'ajouter aux lésions précédentes: les lacunes sont moins marquées que dans le type classique, mais on peut les retrouver; l'infiltration cellulaire du chorion se fait autour des follicules pilo-sébacés en même temps qu'au pourtour des vaisseaux; l'exsudat se produit principalement entre les gaines internes et externes des racines; la localisation pilo-sébacée de Kaposi serait donc exacte, tout au moins pour cette forme.

L'exsudat comprend parfois des cellules géantes; on constate souvent l'existence simultanée de kystes glandulaires; les orifices sudoripares sont dilatés et oblitérés, soit par la prolifération de l'épiderme, soit par la formation des perles cornées.

Cette forme acuminée ressemble au pityriasis rubra pilaris par les altérations de la couche cornée; elle en diffère essentiellement par l'existence d'une infiltration néoplasique du corps papillaire et du derme.

Dans la variété verruqueuse, la couche cornée est considérablement hypertrophiée; elle est disposée en volumineuses lamelles stratifiées; le *stratum granulosum* est en voie de prolifération; on y compte quatre ou cinq couches de cellules plus volumineuses qu'à l'état normal; les couches épineuse et cylindrique sont également tuméfiées et infiltrées d'éléments migrants; les papilles sont allongées, et amincies. On rencontre dans le derme les mêmes infiltrats que dans les formes précédentes: on y note en abondance des mastzellen. Par places, les cellules sont disposées en séries linéaires; des masses cornées font saillie en même temps qu'elles s'enfoncent dans le chorion.

Lorsque cette forme verruqueuse est en voie de régression, la couche cornée reprend un aspect presque normal; une partie de ses éléments renferme cependant des noyaux. Les altérations que nous avons indiquées s'atténuent; il finit par se former des cellules fusiformes et un tissu analogue à celui des cicatrices (Geber).

Dans la variété scléreuse, les papilles sont atrophiées, la couche cornée et le *stratum granulosum* sont épaissis, le corps muqueux a au contraire diminué d'épaisseur; le derme est sclérosé, surtout dans ses couches sous-épidermiques.

Unna a cherché à expliquer par les lésions histologiques les caractères cliniques. Suivant ce dermatologiste, la couleur livide est due à l'épaisseur de la couche cellulaire formant comme un milieu trouble; la coloration noirâtre que prennent parfois les éléments est liée à l'infiltration pigmentaire des cellules; l'éclat brillant des papules est le résultat de la tension de la couche cornée et l'aspect nacré a pour cause l'épaississement de la couche granuleuse.

DIAGNOSTIC. — Le lichen de Wilson peut être confondu avec le pityriasis rubra pilaire (*lichen ruber acuminatus* de Kaposi), avec le psoriasis, avec une syphilide, cutanée ou buccale, avec des leucoplasies buccales, avec le lupus érythémateux.

Le *pityriasis rubra pilaire* s'en distingue par la forme acuminée de ses éléments, par la présence de squames précoces, par le siège surtout épidermique et pilo-sébacé des altérations. On peut, il est vrai, observer, dans le lichen de Wilson, des éléments très semblables, sinon identiques; mais ces caractères morphologiques n'ont, comme l'ont bien montré Besnier et Doyon, qu'une signification secondaire. Ce qu'il faut considérer surtout, ce sont les lésions — nous avons vu qu'elles diffèrent essentiellement — et les localisations des deux maladies: celles du pityriasis rubra pilaire, contrairement à celles du lichen, occupent en effet de préférence le visage, le dos des premières phalanges et les surfaces palmaires et plantaires où elles revêtent des caractères tout particuliers; les éléments y sont souvent distribués en séries régulières, répondant à celle des glandes pilo-sébacées; de plus, les lésions buccales font défaut dans cette dermatose. C'est donc à tort que l'Ecole viennoise veut rapprocher le pityriasis rubra pilaire, qu'elle appelle *lichen ruber acuminatus*, du lichen de Wilson: ce sont deux espèces morbides différentes malgré les ressemblances cliniques que peuvent présenter exceptionnellement leurs éléments éruptifs.

Lorsqu'il est squameux, le lichen de Wilson peut simuler le psoriasis ou l'*eczéma séborrhéique*. On le distingue de ces affections par les caractères de ses squames, qui sont fines et adhérentes, par le contour polygonal de ses éléments, par ses dépressions centrales, par le prurit généralement intense dont il s'accompagne, par ses manifestations buccales; en outre, sa surface ne saigne pas comme celle du psoriasis lorsqu'on la gratte légèrement après en avoir enlevé l'épiderme; enfin, l'on observe presque toujours concurremment des papules wilsoniennes typiques; ce dernier caractère permettra de ne pas confondre un lichen plan aigu généralisé avec une poussée érythrodermique de psoriasis; de plus, celle-ci laisse généralement des

îlots complètement sains dans l'aire des grandes nappes érythémateuses.

Pour ce qui est des *syphilides papuleuses*, leur couronne épidermique et l'absence de prurit mettront sur la voie.

C'est surtout le lichen plan buccal qui peut donner lieu à des erreurs; outre qu'il passe souvent inaperçu, il peut simuler une *syphilide* ou une *leucoplasie*. On le reconnaîtra, sur les joues, à son siège le plus souvent intermaxillaire, à ses grains acuminés, à ses stries et à ses figures étoilées; sur la langue, à sa manifestation sous la forme d'une large plaque assez régulièrement arrondie ou ovale, ressemblant à un pain à cacheter. Le plus souvent, il coexiste avec des éruptions cutanées typiques, mais celles-ci peuvent être réduites au minimum et ce n'est que par une investigation minutieuse que l'on trouve une ou deux papules caractéristiques.

Les altérations des lèvres peuvent parfois en imposer pour un *lupus érythémateux*: la coïncidence des autres lésions buccales et cutanées, ainsi que les stries grisâtres et l'absence habituelle de cicatrice permettront de l'en différencier.

PRONOSTIC. — Le lichen de Wilson est une maladie essentiellement bénigne, en ce sens qu'elle ne compromet pas la santé générale, si ce n'est exceptionnellement, dans sa forme ultra-prurigineuse et dans sa forme généralisée. Ce qui rend cependant le pronostic assez sévère, c'est que ce lichen constitue une affection pénible, généralement très persistante et difficile à guérir; nous avons vu que la forme aiguë est, à cet égard, moins grave que les formes vulgaires. Après guérison complète, les récurrences sont rares.

TRAITEMENT. — Il doit être général et local.

Comme traitement général, on a surtout recommandé l'arsenic donné aux doses tolérées et d'une manière prolongée. Kaposi l'a administré avec avantage sous la forme de liqueur de Fowler en injections hypodermiques. Il est utile, pour éviter de vives douleurs et la production de sphacèle, d'étendre cette liqueur de cinq fois son volume d'eau bouillie. Rille a vu survenir des améliorations après un traitement prolongé par les injections de cacodylate de soude à la dose de 0,04 à 0,10 centigrammes. Morin a traité avec succès la forme aiguë par le biiodate de mercure.

Cuttler et Bulkley ont recommandé le chlorate de potasse à la dose de 0^{sr},90 centigrammes après chacun des trois repas, associé à 10 gouttes d'acide nitrique dilué. On a vanté encore le traitement par l'acétate de potasse à la dose quotidienne de 5 grammes.

Comme on prescrit presque toujours, concurremment avec ces médications internes, un traitement local, il est difficile de déterminer quelle part leur revient dans les résultats obtenus.

Il faut considérer comme un traitement à la fois général et local

l'emploi des douches, dont Jacquet (1) a mis en évidence la puissante action : elles doivent être données à une température d'environ 35° et durer trois ou quatre minutes ; on peut les faire suivre d'une courte affusion froide. Cette médication a l'avantage de calmer presque immédiatement le prurit ; il en résulte un grand soulagement ; mais il n'est pas démontré qu'elle exerce une influence réelle sur l'évolution de la maladie.

Kaposi préconise aussi, contre le prurit, des badigeonnages avec l'acide phénique ou l'acide salicylique à 1/40° dans de l'alcool glycérolé.

Plusieurs topiques ont une action indiscutable sur les éléments éruptifs : tels sont le glycérolé tartrique à 1/20°, l'acide pyrogallique ou la chrysarobine à 5 ou 10 p. 100, et la préparation d'Unna qui renferme 4 p. 100 d'acide phénique et 1 p. 100 de sublimé. Nous nous sommes souvent bien trouvé de l'usage de collodion riciné contenant 1 p. 100 de biiodure de mercure (H.). Nous avons obtenu rapidement (L.), ces jours derniers, la guérison d'un lichen plan buccal par un petit nombre d'applications de collodion salicylé à 2/5. Besnier conseille l'emplâtre de Vigo, lorsque les lésions sont circonscrites ; Brocq, l'emplâtre rouge de Vidal. En cas de poussées aiguës, les bains d'amidon prolongés et la pommade à l'oxyde de zinc seront indiqués. Dans les formes bulleuses, on peut recourir au liniment oléo-calcaire additionné d'acide phénique à 1/200 ou simplement à l'application de vaseline boriquée.

LICHEN CIRCONSCRIT

Synon. : *Lichen simplex chronique. Lichen circonscrit.*

Le lichen circonscrit des anciens dermatologistes, lichen simplex chronique de Vidal, Brocq et Jacquet (2), représente, pour ces derniers auteurs, le type des lichénifications primitives qui se développent consécutivement au grattage d'une région prurigineuse.

SYMPTÔMES. — Pour Brocq et Jacquet, le début se fait par le prurit : la peau s'épaissit peu à peu, après une période dont la durée n'a rien de précis, soit en masse, soit sous forme de papules ; des plaques de lichénification circonscrite se constituent.

Ces plaques ont une forme allongée, ovale ; parfois, elles sont triangulaires ou figurent un croissant, un demi-cercle. Les régions d'élection sont, en première ligne, la partie postérieure et latérale du cou, puis la partie supérieure et interne des cuisses, la région périméale, qui est en général envahie en entier, la marge de l'anus, les organes génitaux, le creux poplité, les avant-bras, les aisselles, les

(1) JACQUET, *Un cas de lichen plan traité par l'hydrothérapie* (Semaine médicale, 1891, p. 302).

(2) BROCCQ et JACQUET, *Ann. de dermat.*, 1891.

parties latérales de l'abdomen, la région lombaire. Les paumes des mains, les plantes des pieds peuvent être également le siège du lichen circonscrit. *En somme, l'affection se développe surtout dans les points où la peau est tendue et sur les régions sudorales* (L.).

Les dimensions des plaques varient dans des limites assez étroites ; elles ont en moyenne de 5 à 15 centimètres de longueur.

Leur nombre est variable. Souvent, on ne trouve qu'une plaque de lichen circonscrit : elle est alors unilatérale ; il n'est pas rare cependant qu'on en observe plusieurs.

A l'état adulte, quand elle a atteint son complet développement, la plaque présente trois zones : une zone centrale ou d'infiltration, une zone moyenne ou papuleuse et une zone périphérique pigmentée.

Mais la réunion de ces lésions n'est pas nécessaire : il existe des formes qui ne se traduisent que par la pigmentation, d'autres par des papules isolées, d'autres par une infiltration prurigineuse.

Zone centrale. — Elle occupe la plus grande partie de la plaque et est allongée comme celle-ci : son grand axe mesure de 6 à 10 centimètres de long.

Sa couleur est rosée, ou rouge ; souvent, elle est foncée, rouge-bistre, rouge brun, rouge violacé ; elle peut même paraître noire au début. Plus la plaque est ancienne, plus elle tend à se pigmenter et, la teinte congestive disparaissant, elle prend des tons jaune foncé ou café au lait. Cette pigmentation n'est pas nécessaire, et, d'autre part, la coloration rouge peut disparaître peu à peu, au centre d'abord, lorsque les lésions tendent vers la guérison ; la peau reprend sa coloration normale, même lorsque l'infiltration persiste.

Du reste, la coloration n'est pas toujours uniforme. Tantôt le centre est plus coloré que la périphérie ou bien le centre est pigmenté et la périphérie rouge. En outre, certains points, saillants ou non, ont une coloration propre qui les distingue du fond ; en général, ils sont plus colorés, plus rouges, plus foncés que celui-ci.

La surface des plaques offre souvent des lésions dues au grattage, aux excoriations : ce sont des croûtelles sanguines.

Un des caractères les plus importants des plaques de lichen circonscrit est dû à la présence de fins sillons rectilignes, parallèles les uns aux autres. Presque toujours, ils forment deux séries qui se croisent, soit perpendiculairement, soit obliquement l'une à l'autre, en dessinant un quadrillage. Les mailles ainsi limitées sont par suite rectangulaires ou losangiques.

En quelques points, on peut trouver des papules saillantes, dures, arrondies ou ovalaires.

Lorsqu'on prend la zone centrale entre les doigts, on y constate une infiltration, un épaississement ; le derme y est résistant, difficile à plisser ; parfois, on a peine à le détacher des parties profondes. L'infiltration est constante, tantôt modérée, tantôt énorme, presque éléphantia-