

elles en diffèrent par ce caractère fondamental d'être le résultat d'un processus qui détermine l'atrophie. La vergeture, au contraire, n'est ni précédée ni suivie d'aucun processus qui la prépare ou qui la répare; les influences d'ordre mécanique ont seules présidé à son développement.

**Traitement.** — Il est préventif et palliatif. Pendant la grossesse et pendant les affections qui produisent un développement considérable de l'abdomen, il faut soutenir la paroi abdominale au moyen d'appareils convenablement disposés (ceintures, corsets de grossesse, etc). Après l'accouchement, il faut appliquer un bandage de corps qui sera modérément serré, mais qui aidera pourtant les tissus à retrouver autant que possible leur disposition normale.

Chez les personnes dont la peau est flasque, sillonnée de nombreuses vergetures, le port habituel d'appareils contentifs est indiqué.

## II

## VERGETURES RONDES

**Synonymie.** — Macules atrophiques circonscrites; leuco-atrophie cutanée (Fournier); atrophie maculeuse de la peau (*atrophia maculosa cutis*); atrophodermie circonscrite; atrophie cutanée partielle circonscrite (Mibelli); atrophodermie érythémateuse en plaques à progression excentrique (Thibierge); pseudo-atrophies ou atrophies dégénératives de la peau (Kromayer); anéto-dermie érythémateuse (Jadassohn); vergetures rondes, post-éruptives, post-syphilitiques (Balzer); macules vergeturoïdes, etc.

**Définition.** — La division des matières adoptée dans le principe par la *Pratique dermatologique* m'a amené à conserver encore le terme de *vergeture ronde* en tête de cet article. Mais ce terme médiocre ne peut être justifié que par un certain nombre d'analogies d'ordre clinique et anatomique qui existent entre les vergetures linéaires et les vergetures rondes. Les altérations du tissu élastique qui leur sont communes leur impriment un air de famille qui ne suffit pas à justifier une terminologie à peu près identique. Au cours de cet article nous emploierons donc à peu près constamment les termes de *macules atrophiques circonscrites* ou d'*atrophie maculeuse circonscrite de la peau* qui nous paraissent les plus convenables pour caractériser la dermatose que nous allons décrire. N'oublions pas toutefois que, dans plusieurs traités de dermatologie, les deux affections sont toujours décrites dans le chapitre commun des atrophies de la peau, tellement les analogies extérieures ont frappé les premiers observateurs. Ce rapprochement paraît moins admissible si l'on examine de près l'évolution des deux affections. Dans la vergeture linéaire, comme nous l'avons vu, il n'y a pas d'atrophie de la peau, mais un simple amincissement limité au point où s'est produite l'éraillure du derme; il n'y a pas en réalité de destruction du tissu élastique. Au contraire, dans la vergeture ronde ou macule atrophique circonscrite, l'amincissement de la peau est consécutif à la destruction d'une portion plus ou moins étendue du

réseau élastique. Ce fait est capital dans la description des macules atrophiques, telle qu'elle est comprise aujourd'hui.

L'atrophie maculeuse circonscrite de la peau peut être définie de la manière suivante : *affection chronique limitée au derme et au corps papillaire sous forme de macules flasques et circonscrites, ordinairement arrondies, avec phénomènes inflammatoires peu intenses, amenant une disparition circonscrite du tissu élastique, sans réparation consécutive, et traduite par l'existence dans le derme d'une lacune cupuliforme facilement perceptible au doigt.*

**Historique.** — Les premiers observateurs qui ont décrit les macules atrophiques les confondirent parfois avec les cicatrices; plus tard ils les rapprochèrent des diverses formes d'atrophie de la peau. On décrivait encore tout récemment dans le même chapitre les macules atrophiques et les vergetures linéaires.

A cette période antérieure à l'intervention du microscope se rattachent les travaux de Kaposi, Taylor, Liveing, Wilson, E. Besnier, etc. La confusion devait encore durer quelque temps malgré les premières investigations histologiques; elle ne devait cesser que lorsque ces investigations portèrent sur l'étude du tissu élastique dans les diverses formes d'atrophie de la peau.

Pourtant, avant même que les premiers examens fussent faits dans cette voie, Wilson (1867) avait pensé que les amas de cellules qui existent dans les syphilides devaient porter leur action sur le tissu élastique et lui faire subir des altérations principalement d'ordre mécanique. Plus tard vinrent les observations de Pellizzari, celles de Nivet, Balzer, Balzer et Reblaub, Vasiliu, etc. Bien que n'ayant pas démontré à cette époque, faute d'occasion de le faire, les altérations du tissu élastique dans les macules atrophiques ou vergetures rondes, je crois pouvoir dire que j'en avais établi d'avance l'existence. J'avais montré dans les vergetures rondes l'absence du tissu inodulaire qui les sépare nettement des cicatrices, en affirmant que la disposition caractéristique des vergetures rondes était due à des altérations du tissu élastique comparables dans une certaine mesure à celles que Troisier et Menetrier venaient de décrire dans les vergetures linéaires. De plus, avec Reblaub, j'avais étendu cette conception aux vergetures rondes consécutives à certains érythèmes.

Dans la période qui se déroule actuellement, la réalité des altérations du tissu élastique dans les macules atrophiques a été reconnue d'abord par Jadassohn, et leur importance capitale a été établie par une série de travaux que nous citerons plus loin à propos de la pathogénie et de l'étiologie. Le travail critique et original de Heuss<sup>(1)</sup> montre bien quels ont été les progrès récemment accomplis.

**Division.** — Les atrophies maculeuses de la peau sont divisées par les auteurs récents en deux groupes principaux :

(1) Je dois remercier ici mon excellent interne et ami Faure-Beaulieu auquel je dois la traduction des importants mémoires de Heuss et de Krzystalowicz.



1° *Atrophie maculeuse circonscrite de la peau idiopathique.* — Cette variété n'est encore connue que par un petit nombre d'observations. Elle comprend les cas dans lesquels l'atrophie maculeuse de la peau se produit chez des sujets indemnes de toute autre dermatose reconnue comme capable de produire par elle-même une lésion semblable de la peau. C'est un groupe dont l'autonomie ne sera probablement que passagère. Nous renvoyons le lecteur pour les *atrophies diffuses* à l'article *Atrophie* de Thibierge où sont relatées les principales observations.

2° Les *atrophies maculeuses circonscrites de la peau secondaires* ou symptomatiques de dermatoses diverses dans lesquelles des éléments éruptifs papuleux ou maculeux ont évolué vers l'atrophie (syphilis, tuberculose, érythème, etc.).

Les macules atrophiques circonscrites appartenant à ces deux groupes, bien que présentant parfois des différences d'aspect assez marquées, sont cependant comparables entre elles et offrent même parfois des apparences identiques, quelle que soit leur nature.

**Description.** — Les vergetures rondes, ou mieux macules atrophiques circonscrites, sont assez nombreuses chez certains malades, tandis qu'elles se trouvent chez d'autres seulement au nombre de deux ou trois. On les trouve surtout sur le thorax, le dos, les flancs, les épaules, l'abdomen, à la partie supérieure des bras et des cuisses; elles se voient aussi au cou, et quelquefois à la face. Elles sont ordinairement distribuées sans ordre ni symétrie à la surface de la peau. Pourtant, sur le thorax, leur disposition rappelle quelquefois celle des syphilides qui ont précédé leur formation.

La *forme* des macules atrophiques circonscrites est assez régulière : arrondie ou elliptique avec des contours bien nets, quelquefois elle est un peu allongée, surtout chez les sujets gras dont la peau a subi une tension par le fait de la polysarcie. On peut toujours cependant les distinguer des vergetures linéaires.

Les *dimensions* varient beaucoup, depuis la macule presque punctiforme, jusqu'à la macule large comme une pièce de un franc. Les macules atrophiques peuvent présenter à leur début une *coloration* rouge ou même rouge brunâtre qui peut dépendre de l'éruption prémaculeuse. Ce cas est facilement reconnaissable, car on retrouve encore l'infiltration de la papule à la périphérie de la macule atrophique. La coloration rouge peut persister longtemps, dans les cas où la macule tend à s'agrandir à la périphérie. Mais parfois, alors même qu'elle est bien limitée, la macule atrophique présente une coloration rosée ou rouge, indépendante du processus éruptif initial et qui persiste pendant assez longtemps. Cette coloration rose est analogue à celle que l'on observe par transparence dans les vergetures linéaires de fraîche date. Plus tard cette coloration rosée disparaît et fait place à une coloration blanchâtre ou bleuâtre, et plus tard encore brillante et nacréée, semblable à celle des vergetures linéaires anciennes.

Les transformations dans la coloration des macules atrophiques varient

suivant la nature des éléments papuleux qui ont provoqué leur formation. La décoloration peut être plus rapide s'il s'agit de macules post-érythéma-teuses ou post-urticariennes. Au contraire, un peu de pigmentation peut parfois persister dans le cas de macules d'origine syphilitique. Mais il n'y a là rien de constant, et il n'est pas rare de voir chez des syphilitiques des macules atrophiques circonscrites semblables à celles qui peuvent survenir après des éruptions de causes bien différentes. Du reste, la dépigmentation, bien qu'habituelle, n'est pas la règle absolue dans les macules atrophiques; Krzystalowicz a observé dans un cas d'atrophie maculeuse idiopathique diffuse des macules riches en pigment, à côté de macules complètement dépigmentées, mais arrivées, il est vrai, à un stade plus avancé.

L'exploration avec le doigt permet de reconnaître l'amincissement de la peau au niveau de la macule atrophique circonscrite. Il la déprime facilement, et s'enfonce dans une sorte de cupule limitée, lâche et molle à son centre. Le doigt reconnaît les bords plus fermes de cette *cupule* et a la sensation d'un vide, d'une perte de substance, d'une éraillure du derme, comme dans la vergeture linéaire. La profondeur de cette cupule est variable, tantôt très superficielle, tantôt comprenant manifestement toute l'épaisseur du derme. Souvent à la surface de la macule récente l'épiderme paraît plissé légèrement et saillant; mais cette saillie cède facilement sous le doigt qui pénètre dans l'éraillure dermique. Ce *plissement* s'observe aussi pour les macules anciennes à la surface desquelles la peau amincie et trop large se fronce en petits plis saillants et parallèles. Le plissement disparaît dès que l'on tend la peau dans le voisinage des macules.

Les pores glandulaires et les poils peuvent paraître diminués, mais peuvent être aussi en nombre normal. Pas de troubles de la sensibilité, pas de symptômes subjectifs. Krzystalowicz remarque que par l'application du froid, au moyen de l'éther, le phénomène de la chair de poule ne se produit que dans les parties environnantes et manque au niveau de la macule atrophique.

**Marche.** — Le début est obscur, insidieux; on ne peut sûrement savoir en suivant l'évolution d'un érythème, d'une urticaire, d'une syphilide, ou de toute autre éruption capable de produire des macules atrophiques circonscrites, si celles-ci se produiront au moment de la résorption de l'infiltration papuleuse. Parfois on croit assister à la formation de la macule, l'élément papuleux persistant se déprime à son centre, et le doigt perçoit une cupule en voie de formation. Mais on ne peut malgré cela affirmer que la macule se formera, parce que la réparation du tissu élastique du derme peut suivre l'évolution de la papule. Dans d'autres cas, au contraire, cette réparation n'a pas lieu, et des macules se produisent alors que l'éruption avait paru insignifiante. Quelquefois même elle a pu être inaperçue, ce qui n'est pas exceptionnel, notamment dans la syphilis.

Lorsqu'on peut revoir les malades plusieurs mois ou plusieurs années après la formation des macules atrophiques circonscrites, on voit que celles-ci



conservent à peu près les mêmes dimensions. Quelques-unes peuvent s'agrandir un peu dans les points où la peau est sujette à des tensions plus marquées.

On peut distinguer, en somme : 1° un stade papuleux ou d'infiltration ; 2° un stade intermédiaire dans lequel la dépression cupuliforme se perçoit au centre de l'élément en voie de régression. Ce stade même dans des cas où la lésion semble très avancée est encore capable de se terminer par la réparation de la peau ; 3° un stade d'atrophie définitive dans lequel la macule d'abord rosée ou violacée légèrement, devient progressivement plus blanche, nacrée et prend enfin l'apparence d'une vergeture indélébile. Il faut remarquer que dans un certain nombre de cas la limitation de la macule atrophique a été tardive et les auteurs qui ont pu suivre leurs malades ont noté une progression excentrique très lente des macules pendant longtemps.

**Anatomie pathologique.** — Les macules atrophiques circonscrites examinées à leur *stade initial*, encore rouges, rosées ou violacées, après ou pendant la disparition de la lésion papuleuse prémaculeuse, présentent une *infiltration de petites cellules* autour des glandes, des follicules pileux et surtout autour des vaisseaux du derme, principalement dans sa couche supérieure, moins autour de ceux du corps papillaire (1). L'épiderme est peu altéré dans ses différentes couches. Au début les altérations du tissu élastique sont peu marquées, elles prédominent autour des vaisseaux qui sont le plus atteints par l'inflammation, c'est-à-dire au centre même de la papule ; en ce point les fibres élastiques sont en voie de disparition. Le tissu conjonctif présente aussi des altérations d'atrophie commençante ; les papilles commencent à s'aplatir.

Quand la macule atrophique bien limitée est arrivée au *stade d'atrophie définitive* et qu'elle est devenue blanche et comparable à une vergeture arrondie, on constate une raréfaction plus marquée du tissu élastique qui pourtant ne disparaît pas complètement. L'infiltration cellulaire périvasculaire tend à diminuer progressivement et quelquefois ne se voit plus qu'à la périphérie. La diminution du tissu élastique est accusée surtout au centre de la lésion d'après Jadassohn, Heuss, Mibelli, et dans les points où il persiste de l'infiltration cellulaire. La zone dépourvue de tissu élastique a une forme à peu près conique dont la base est du côté de l'épiderme. Le point le plus dépourvu d'élastine se trouve au-dessous du chorion papillaire dans les parties supérieure et moyenne du derme. Le chorion papillaire conserve mieux et plus longtemps son réseau élastique qui peut cependant disparaître aussi en partie. Fait à remarquer, les fibres élastiques conservées ont gardé les réactions normales de l'élastine, et ne présentent pas les réactions de l'élastine.

Les fibres conjonctives ont leur apparence normale ainsi que les fibres

(1) Dans les cas qu'ils ont observés, Heuss et Mibelli n'ont trouvé que des petites cellules rondes mononucléaires, tandis que Krzystalowicz, dans un cas où l'atrophie diffuse idiopathique coïncidait avec des macules disséminées, a rencontré en abondance des plasmazellen, ainsi que l'avaient vu déjà Unna et Huber.

musculaires lisses, lesquelles seraient également normales dans certains cas, très altérées dans d'autres. L'épiderme est aplati et aminci. Jusqu'à présent aucun auteur n'a déterminé des altérations des nerfs périphériques, ni des centres.

En résumé, les altérations débutent par une infiltration de cellules dans le derme, autour des vaisseaux, des glandes et des follicules, et provoquent une perte plus ou moins étendue du tissu élastique du derme. La forme de l'espace vide au centre de la macule s'explique par la direction ascendante des vaisseaux, point de départ du processus destructeur du tissu élastique.

La forme de ce processus inflammatoire constant varie suivant la nature de la lésion papuleuse initiale. En plusieurs cas on peut voir aussi les altérations des tuniques vasculaires aboutir à une oblitération des vaisseaux qui augmente les troubles de nutrition. La disparition du tissu élastique semble partir des vaisseaux et s'étend progressivement aux régions voisines, et cela à une certaine distance, en des points dépourvus d'infiltration cellulaire et où le tissu conjonctif est parfaitement normal. Il faut ajouter que cette destruction n'est pas suivie de réparation ; il ne se produit pas de néoformation de fibres élastiques, une fois la macule bien constituée, et son évolution finale à ce point de vue est comparable à celle de la vergeture.

La disparition du tissu élastique explique l'affaissement et la dépression de la macule à son centre contenu désormais d'une manière insuffisante par le tissu conjonctif ; elle explique aussi le flottement, le froncement en plis de la surface épidermique. Suivant Mibelli la coloration blanche des macules est due plus à la raréfaction de l'élastine qu'à la diminution du pigment qui est encore assez abondant.

Ainsi que Heuss le fait justement remarquer, ce qui donne à l'atrophie maculeuse de la peau un caractère spécial, et pour ainsi dire unique, c'est la destruction élective et circonscrite du tissu élastique avec des phénomènes inflammatoires très peu accusés, souvent inaperçus, jointe à l'absence définitive de restauration de ce même tissu.

Il est difficile de dire à quel moment les macules doivent cesser de s'accroître en étendue, et quand le processus atrophique a complété son évolution. Jusqu'à présent les examens qui ont été faits, même dans les cas où les macules étaient déjà anciennes, ont toujours révélé des infiltrations de cellules persistant autour des vaisseaux. C'est une particularité intéressante pour le clinicien qui ne doit pas trop tôt conclure à l'achèvement du processus d'après l'aspect blanchâtre des macules et qui doit poursuivre le traitement pendant un temps assez long, notamment quand il s'agit de macules d'origine syphilitique. Nous savons d'ailleurs depuis les recherches de Neumann et de Hjelmann que leurs lésions histologiques persistent fort longtemps après la disparition de leurs symptômes cliniques.

**Pathogénie.** — Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer le développement des macules atrophiques circonscrites.