

Théorie mécanique. — L'hypothèse d'un trouble d'ordre mécanique a été admise d'abord par Kaposi et par d'autres auteurs. Je l'ai admise autrefois avec mes collaborateurs Reblaub et Vasiliu, et expliqué les macules atrophiques post-papuleuses par une *dissociation mécanique* de la trame conjonctivo-élastique du derme produite par une infiltration cellulaire serrée. Krystalowicz conclut de ses recherches récentes que dans les exanthèmes de la syphilis le tissu élastique et le tissu conjonctif ne sont pas détruits par les infiltrats cellulaires; ils ne sont que dissociés, et leur destruction ne se produirait que dans les cas où les tissus se nécrosent. D'autre part pourtant on a fait observer que cette dissociation ne se produit pas dans des processus nombreux où il se forme dans le derme des infiltrations cellulaires non moins serrées et exerçant une pression également très forte. Je puis ajouter, du reste, que dès l'époque où je m'occupais de ces questions cette théorie ne m'avait satisfait qu'à moitié. A côté de l'élément mécanique nous nous demandions si la nature même des produits exsudés ne déterminait pas dans le derme des modifications capables d'en préparer la dissociation ou la rupture.

Phagocytose des fibres élastiques. — Unna a combattu cette hypothèse admise par Soudakiewitch en ce qui concerne les cellules géantes, et dans l'atrophie maculeuse de la peau idiopathique. Heuss refuse également d'admettre que les cellules rondes sorties des vaisseaux puissent jouer un rôle de dissolution, puis de destruction des fibres élastiques. Il se fonde surtout pour nier cette théorie sur l'évolution différente dans le temps et dans l'espace de la disparition de l'élastine et de l'infiltration cellulaire, et sur l'intégrité relative des fibrilles élastiques placées juste au milieu des foyers cellulaires, alors qu'elles disparaissent dans le voisinage. Je ne me permettrais pas, en l'absence d'examen personnels, de prendre position dans ce débat, mais le rôle joué par les cellules dans la destruction et l'absorption des fibres élastiques a été constaté par moi depuis longtemps dans l'évolution de la gomme cutanée, et il ne paraît pas impossible que ce rôle puisse également, dans une certaine mesure, s'exercer dans l'évolution des macules atrophiques post-papuleuses de la syphilis secondaire.

Mais cette réserve faite, je crois également avec Heuss, que la phagocytose ne joue sans doute dans la destruction des fibres élastiques qu'un rôle secondaire et qui ne se manifesterait sans doute qu'à la fin du processus pour en faire disparaître les derniers déchets. Heuss est même disposé à considérer le manchon cellulaire qui entoure les vaisseaux comme un rempart défensif qui n'est que lentement et peu à peu forcé par l'agent destructeur de l'élastine.

Origine hémotogène microbienne et toxique. — Il est assez rationnel d'admettre que la fonte des éléments élastiques soit le résultat d'une action directe exercée sur eux par les agents pathogènes qui ont déterminé la lésion inflammatoire prémaculeuse et qui ont été amenés dans la peau par le sang. Cette explication peut s'appliquer aux diverses dermatoses qui peuvent produire des macules atrophiques circonscrites. Elles présentent entre elles des analogies

évidentes malgré leur étiologie différente, et l'on peut supposer que c'est à l'invasion directe des microbes pathogènes amenés dans le derme par embolie, ou simplement à l'action de toxines amenées de la même façon, que sont dues les altérations qui préparent la fonte et la destruction de la trame élastique. La disposition le long des vaisseaux des lésions inflammatoires prémaculeuses, et de même la disposition de la lacune conique qui suit la disparition du tissu élastique, témoignent en faveur de cette explication. En somme, le complexe clinique et histologique rend probable l'idée d'une dermatose hémotogène due à une action toxique, et cette hypothèse semble se vérifier assez nettement pour les variétés les plus intéressantes de macules atrophiques, celles qui se produisent au cours de la syphilis ou d'affections tuberculeuses.

Théorie trophoneurotique. — Plusieurs affections qui, au point de vue clinique et histologique, présentent certaines analogies avec l'atrophie maculeuse de la peau, ont été rapportées à l'action du système nerveux, par exemple : l'urticaire, certains érythèmes, certaines syphilides et léprides. On peut citer aussi la sclérodémie, certaines pelades, l'hémiatrophie faciale, etc. Les faibles altérations vasculaires, dit Heuss, symétriques et circonscrites, les troubles de nutrition suivis d'une destruction si nettement spécifique, s'expliqueraient assez bien par l'hypothèse d'une trophonévrose centrale, due à une maladie des centres nerveux, ou d'origine réflexe.

Récemment Mibelli a défendu cette opinion à propos des macules atrophiques circonscrites observées dans un cas de syphilis et les a fait dépendre du système nerveux qui agirait en produisant une régression dans le processus de régénération cellulaire et empêcherait la reproduction des fibres élastiques. Mibelli les met en parallèle avec les neuro-syphilides de Unna. Heuss repousse cette opinion en faisant observer que les phénomènes inflammatoires qui, cliniquement et histologiquement, tiennent une grande place dans l'évolution des macules atrophiques, peuvent être considérées comme incompatibles avec l'hypothèse d'une trophonévrose. Les éléments d'érythème angionévrotique, les papules de l'urticaire, ne présentent que de la congestion et de l'œdème, sans l'accumulation des lymphocytes mononucléaires qui engainent les vaisseaux dans l'atrophie maculeuse de la peau, telle qu'il l'a observée. Enfin la tendance actuelle est d'invoquer moins souvent qu'on ne l'a fait l'action du système nerveux, obscure, banale et peu démontrée, et de croire plutôt à l'action directe des agents pathogènes, microbes ou toxines, amenés à la peau par la voie sanguine.

Étiologie. — Il y a une quinzaine d'années on ne citait guère que la syphilis et les érythèmes. Mais depuis, le nombre des affections qui peuvent donner lieu aux macules atrophiques circonscrites s'est notablement accru.

Il existe un certain nombre de cas groupés par les auteurs sous le nom d'*atrophie maculeuse idiopathique de la peau*, dans lesquels il est extrêmement difficile de se rendre compte de la nature de l'élément éruptif initial dont

l'évolution a précédé la macule atrophique. Une des premières observations a été publiée par mon maître E. Besnier, et j'ai été témoin du fait alors que j'avais l'honneur d'être son chef de laboratoire. Chez un jeune officier, indemne de syphilis et de toute autre affection cutanée, on constatait sur le tronc et l'abdomen un certain nombre de macules atrophiques, petites, arrondies, bleuâtres, à surface plissée. Elles s'étaient formées sans que le malade se fût aperçu d'aucun phénomène éruptif. Une biopsie fut pratiquée, mais l'examen histologique ne me donna aucun résultat intéressant, faute d'une bonne technique. Je n'avais pas encore imaginé à cette époque de traiter les coupes successivement par l'éosine et la potasse à 40 pour 100, et je ne fus pas frappé de la diminution du tissu élastique qui devait exister certainement. Quoi qu'il en soit, cette observation au point de vue clinique relatait un type d'atrophie maculeuse circonscrite de la peau survenue en apparence spontanément, ou du moins sans aucun phénomène éruptif prémonitoire visible.

Les faits de ce genre sont exceptionnels; si les malades ont été suivis ou s'ils se sont eux-mêmes bien observés, on trouve presque toujours dans leur observation une phase prémonitoire érythémateuse. C'est ce qui est à noter pour le cas de Galewski, que Heuss range avec ceux qu'il a observés personnellement dans les atrophies maculeuses idiopathiques. Il en avait été de même pour le cas publié par Jadassohn en 1892 au congrès allemand de dermatologie, pour le cas publié par Thibierge en 1891, et pour celui de Nielsen. A vrai dire, il est rationnel que dans aucun cas l'atrophie maculeuse de la peau ne puisse s'établir sans avoir été précédée d'un processus inflammatoire, si peu caractérisé qu'il soit, par lequel s'est opérée la destruction de la trame élastique de soutien du derme. Les faits de ce genre dans lesquels ne coïncide aucune dermatose nettement reconnaissable peuvent seuls, jusqu'à plus ample information, être acceptés avec la qualification d'atrophie maculeuse de la peau idiopathique.

Les observations d'atrophie maculeuse circonscrite consécutive à l'érythème ont été plusieurs fois signalées depuis le cas de C. Pellizzari, l'un des premiers publiés sous le nom d'érythème atrophiant. Je puis rappeler ici celui que j'ai publié quelque temps après avec Reblaub sous le nom d'érythème polymorphe dissociant et qui a servi également de base à la thèse de Vasiliu.

Pospelow a publié un cas intéressant d'atrophie maculeuse de la peau consécutive au *purpura*, chez un jeune homme qui avait été antérieurement atteint de maladie de Raynaud et d'œdème de Quincke (*purpura atrophicans*).

L'urticaire, ainsi qu'on pouvait le prévoir, peut être suivie dans certains cas d'atrophie maculeuse de la peau. Ces faits sont désignés sous le nom d'érythème ortié atrophiant. Dans ces dernières variétés l'atrophie maculeuse est évidemment *secondaire* à une dermatose dans laquelle on a pu observer les éléments prémaculeux.

Les choses peuvent encore se passer d'une autre manière : en apparence la macule atrophique circonscrite s'est produite sans avoir été précédée d'une lésion élémentaire bien caractérisée et reconnue, mais à côté d'elle coexiste

une dermatose dont le diagnostic peut jeter une certaine lumière sur sa pathogénie. On a vu ainsi les macules atrophiques circonscrites se produire chez des individus atteints de *lupus érythémateux*⁽¹⁾. Parfois il aurait été impossible d'établir une relation quelconque entre cette dermatose et l'atrophie maculeuse qui paraissait s'être développée d'une manière parfaitement indépendante et à l'insu du malade, comme dans le premier cas de Heuss. Du reste, dans les deux cas remarquables publiés par cet auteur, et dans le cas antérieur de Jadassohn, il s'agissait de sujets tuberculeux, et Heuss se demande si l'atrophie maculeuse de la peau ne peut pas être due parfois à l'action des toxines de la tuberculose, et si à ce titre elle ne mérite pas dans certains cas d'être classée dans le groupe des *tuberculides*. En somme, avant d'admettre une origine idiopathique pour un cas de macules atrophiques, il convient d'examiner avec soin le malade et de rechercher toutes les affections apparentes ou latentes qui peuvent provoquer chez lui le développement de toxines susceptibles d'être entraînées du côté de la peau, telles que toxines de la tuberculose ou toxines d'origine intestinale, etc.

La *syphilis* exerce sur le tissu élastique de la peau une influence très marquée. Aussi les observations publiées sont-elles nombreuses, depuis le cas de Wilson (1867), jusqu'aux cas successivement publiés par Nivet, Balzer, Vasiliu, Herscher, Fournier, Oppenheimer, Danlos, Mibelli, etc. Passarge a montré que dans les syphilides les fibres élastiques peuvent pendant un temps assez court perdre leur colorabilité. Dans certains cas l'infiltration cellulaire s'accompagne de lésions plus profondes du tissu élastique, même de destructions partielles, mais qui après la résolution des syphilides ne laissent pas de traces appréciables, soit qu'il y ait eu réparation, soit que les fibres détruites puissent être suppléées par leurs voisines dans leur rôle de soutien du derme. Mais dans d'autres cas, on voit persister des macules vergeturoïdes qui se présentent avec les apparences caractéristiques de l'atrophie maculeuse de la peau. Jusqu'à présent les recherches microscopiques ne sont pas nombreuses; elles ont été faites dans les faits observés par Danlos et Chibret, Darier, Thibierge, Mibelli, et n'ont pas montré les altérations de l'élastine disposées d'une manière toujours identique. Dans les premiers cas on a vu les fibres élastiques faisant défaut au centre de la macule et rétractées à sa périphérie, avec une disposition très analogue à celle que l'on peut voir dans les vergetures de la grossesse. Mais dans un cas récemment publié, Mibelli a vu à côté des vestiges de phénomènes inflammatoires, la disparition de l'élastine se faire comme dans les autres cas d'atrophie maculeuse de la peau, spécialement autour des foyers d'infiltration périvasculaires et périglandulaires. Il est vrai que Heuss, en se basant à la fois sur cette similitude de lésions qui existe entre le cas de Mibelli et ceux qu'il a observés lui-même en dehors de la syphilis, sur l'infiltration de cellules mononucléaires, et sur l'absence des

(1) Au sujet de sa malade, Thibierge a même posé la question de savoir s'il ne s'agissait pas d'une forme spéciale de *lupus érythémateux*.

lésions des endothéliums vasculaires remarquées par Mibelli, croit qu'il ne s'agit pas de macules atrophiques réellement dues à la syphilis, mais qu'elles dépendaient plutôt d'une autre cause et qu'elles se sont développées fortuitement au cours de la syphilis. Sans combattre cette opinion basée sur de bons arguments, il nous semble que plusieurs raisons plaident en faveur des conclusions de Mibelli : d'une part, la fréquence des macules atrophiques au cours de la syphilis ; leur développement insidieux à la suite d'éruptions parfois rapides ou très peu accentuées, qui n'ont été remarquées ni par le malade, ni par les médecins qui l'ont traité. Enfin il faut ajouter que le nombre est encore peu élevé des examens de macules atrophiques circonscrites pratiqués au cours de la syphilis et des autres dermatoses qui se compliquent d'atrophie maculeuse de la peau, et qu'il est peut-être encore difficile d'établir des catégories bien distinctes basées sur l'histologie, alors que les analogies sont si manifestes au point de vue clinique. Il existe certainement dans la syphilis secondaire une variété de syphilide papuleuse dont l'évolution se termine par la formation de macules atrophiques persistantes. Cette syphilide présente de grandes affinités avec celle qui produit les leucodermies simples ou atrophiantes si fréquentes au cou. Nous avons constaté leur coexistence avec la syphilide pigmentaire, fait qui a été relevé également par Mibelli et par Danlos. Elle mériterait une place à part dans la classification des syphilides, et on peut lui donner le nom qui a été proposé par Mibelli et par moi-même, de *syphilide papuleuse atrophiante*.

Heuss propose de ranger aussi dans les atrophies maculeuses de la peau secondaire : 1° Les *atrophies maculeuses cutanées consécutives à des tumeurs*, principalement à des tumeurs de nature conjonctive, notamment des chéloïdes, comme le cas de De Amicis, peut-être le cas de Plonski. 2° Les *atrophies maculeuses de la peau avec formation consécutive de tumeurs*, en particulier de chéloïdes. Ces cas observés par Jadassohn, Schwimmer, Schweninger et Buzzi (1), sont l'objet d'une discussion intéressante dans le mémoire de Heuss, mais ne peuvent pas être, non plus que ceux de la variété précédente, l'objet de conclusions fermes, à cause de la complexité des faits et de l'insuffisance des recherches histologiques. Il se peut que, dans quelques cas, à la suite de la disparition du tissu élastique, il se produise une prolifération secondaire du tissu conjonctif favorisée probablement par des agents d'irritation de nature inconnue et amenant la production de chéloïdes.

En résumé, un grand nombre des observations d'atrophie maculeuse de la peau publiées jusqu'ici sont ou très complexes, ou insuffisamment étudiées, et il faut admettre seulement les faits qui correspondent nettement à la définition de l'atrophie maculeuse de la peau.

Diagnostic. — Le type de la description que j'ai donnée appartient à

(1) Les chéloïdes ont été observées plusieurs fois après des syphilides, ainsi que l'ont constaté Herscher, Bövero et Peroni, et particulièrement dans des cas avec macule atrophique.

l'atrophie maculeuse circonscrite de la peau de nature dite *idiopathique*. Mais on peut le retrouver, avec des caractères parfois identiques, parfois un peu modifiés, dans les macules atrophiques secondaires, post-syphilitiques, post-érythémateuses, etc. La distinction entre ces variétés peut être impossible, et c'est une particularité qu'on ne doit pas oublier, au point de vue médico-légal, par exemple, dans les cas où l'on aurait à discuter l'éventualité d'une syphilis antérieure.

Les *vergetures linéaires*, outre la constance de leur topographie, présentent des formes qui indiquent leur origine mécanique, tandis que les macules atrophiques circonscrites dispersées à la surface de la peau, présentent une forme qui indique qu'elles ont succédé à des éléments éruptifs d'ordres divers.

Dans la *sclérodémie* arrivée au stade d'atrophie, on voit quelquefois la peau amincie, relâchée, plissée, comme dans la macule atrophique, mais la lésion ne se présente plus avec la forme et la limitation particulières à la macule atrophique. Il n'y a pas lieu d'établir non plus un rapprochement entre la *morpheé* et l'atrophie maculeuse de la peau.

Je ne parlerai pas ici des divers cas d'*atrophie diffuse* décrits par Buchwald, Touton, Elliott, Pospelow, Colombini, Kaposi, Rille, etc., et au sujet desquels je renvoie le lecteur à l'article de Thibierge (1). Actuellement nous ne sommes pas encore en état de bien classer les dermatoses atrophiques de la peau. Il suffit de lire les travaux récents de Heuss, Krystalowicz, Nielsen, pour saisir les divergences qui séparent les auteurs dans l'interprétation des faits. Il semble qu'il ne soit pas toujours juste de séparer les atrophies maculeuses limitées des atrophies diffuses en placards d'une certaine étendue, et on peut voir parfois ces dernières variétés coïncider chez le même sujet avec des îlots circonscrits d'atrophie maculeuse. Le groupe des atrophies idiopathiques circonscrites ou diffuses est destiné à se démembrer et les variétés recevront des dénominations plus précises basées sur l'étiologie.

Il faut rappeler enfin les analogies qui existent au point de vue anatomique entre les macules atrophiques et le *sycosis lupôide de Brocq* (*ulérythème sycosiforme* de Sacks). Dans cette affection, le processus détruit les fibres élastiques en respectant assez bien le tissu conjonctif. Mais le processus inflammatoire plus intense, avec lésions exsudatives aiguës, œdème marqué, diffère du processus superficiel qui préside à la formation des macules éruptives. Cette intensité des lésions correspond naturellement avec une évolution clinique beaucoup plus accusée dans le *sycosis lupôide*.

Traitement. — Il consiste à poursuivre autant que possible la résolution des infiltrations papuleuses qui précèdent l'atrophie maculeuse, au moyen de la balnéation, des pansements humides ou alcoolisés, des pâtes et des pommades, des emplâtres, etc. Les divers modes d'électrisation de la peau et

(1) THIBIERGE, *Pratique dermatologique*, t. I, p. 454.

du système nerveux central ne doivent pas être négligés. Ce traitement local, ainsi que le traitement général, variera suivant la cause reconnue ou présumée, pour le choix des médicaments à employer. Il doit être poursuivi jusqu'à ce qu'on ait acquis la condition que le processus atrophique a terminé son évolution. De même que la vergeture linéaire, la macule atrophique circonscrite arrivée à sa dernière période ne réclame aucun traitement.

Bibliographie :

- THIBIERGE, art. *Atrophies de la peau. Pratique dermatologique*, t. I. (Voir Indications bibliographiques.) — TROISIER et MÉNÉTRIER, Histologie des vergetures. *Arch. de méd. expér.*, 1889, p. 151. — KÜSTNER, Zur Anat. der Graviditätsnarben. *Arch. für path. Anat. von Virchow*, 1867, Bd. LXVII, p. 210. — LANGER, Ueber die Textur der sogenannten Graviditätsnarben. *Med. Jahrb. von Stricker*, 1880, p. 49. — KAPOSI, *Trad. Besnier et Doyon*, t. II, p. 247. — LAVERNE, Thèse de Paris, 1886. — BEAUJEAN, *Vergetures des membres*. Thèse de Paris, 1889. — TAYLOR, Linear atrophy of the skin. *New York med. Journal*, 1886. — LIVEING, Clin. obs. on maculae atrophicæ. *The Brit. med. Journal*, 1878. — BALZER, *Soc. des hôp.*, 1887, p. 404, et *France méd.*, 1888, p. 502. — BALZER et REBLAUR, Contrib. à l'étude des vergetures arrondies ou macules arrondies consécutives aux éruptions syphilitiques et non syphilitiques. *Ann. de dermat.*, 1890, p. 617. — VASILIC, *Contribution à l'étude des vergetures arrondies*. Thèse de Paris, 1890. — FÉRÉ et QUERMONE, *Progrès médical*, 1881, p. 857. — UNNA, *Histopathologie der Hautkrankheiten*, p. 1011 et bibliographie. — DUHRING, Morphœa with Maculae atrophicæ. *Amer. Journal of med. Sc.*, 1898, n° 5. — JADASSOHN, Ueber atrophia maculosa cutis. *Verhandl. der Deutsch. dermatol. Gesellsch.*, 1890. — MIBELLI, Macule atrofiche in un sifilitico. *Rendiconti dell' Associazione med.-chir. di Parma*, 1900, n° 4. — THIBIERGE, *Ann. de dermat.*, 1891, p. 1004. — KROMAYER, *Dermat. Zeitschrift*, 1896, p. 269. — NEKAM, *Ann. de dermat.*, 1895, p. 109. — GALEWSKI, *Comptes rendus du XII^e Congrès internat. de méd.*, vol. IV, p. 568. — NIELSEN, *Dermat. Zeitschrift*, 1899, p. 245. — NIKOLSKY, *XII^e Congrès internat. de méd.*, p. 515-522. — NIVET, *Ann. de dermat.*, 1887, p. 641. — OPPENHEIMER, *Arch. für Dermat.*, 1891, p. 561. — C. PELLIZZARI, *Giorn. ital. delle mal. della pelle*, 1884, p. 259. — DANLOS, *Ann. de dermat.*, 1897, p. 512. — NEUMANN, Ueber eine seltene Form von Atrophie der Haut. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1898, XLIV. — OHMANN-DUMESNIL, *Monatshefte für Dermat.*, 1890. — RILLE, Atrophia cutis idiopathica. *Wien. dermat. Gesellsch.*, 1898. — SHEPPARD, Atrophia maculosa et striata im Gefolge von Ileotyphus. *Amer. dermat. Assoc.*, 1890. — TAYLOR, *Journal of cut. and gen.-urin. diseases*, 1895. — UNNA, in *Festschrift f. Neumann*. — DANLOS, *Ann. de dermat.*, 1899, p. 1145 et 1900, p. 615. — HERSCHER, *Ann. de dermat.*, 1899, p. 1070. — HALLOPEAU et LERI, *Ibidem*, 1899, p. 641. — PASSARGE und KRÜSING, *Dermatologischen Studien*, 1894, H. 18. — BALZER, *Ann. de dermat.*, 1900, p. 406. — BALZER et FAURE-BEAULIEU, *Soc. de dermat.*, mars 1905. — BALZER et LECORNU, *Soc. de dermat. et de syph.*, juillet 1901. — HEUSS, Beitrag zur Kenntniss der Atrophia maculosa cutis (Anetodermia erythematodes Jadassohn). *Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1901, Bd. I. — KRZYSTALOWICZ, Ein Beitrag zur Histologie der idiopathischer diffusen Hautatrophie. *Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1901, Bd. XXIII, p. 569. — NIELSEN, Atrophodermia erythematosa maculosa cutis mit excentrischer Verbreitung. *Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1901, Bd. XXII, p. 283.

VERRUES.

Par W DUBREUILH.

VERRUES

Elym. : *verruca*, verrue.

Les verrues sont des tumeurs cutanées bénignes constituées par une hyperplasie papillaire et épidermique. Beaucoup d'auteurs les classent parmi les papillomes, mais il ne paraît pas que l'hypertrophie papillaire y joue le rôle primitif ou principal. D'autre part, Auspitz, attribuant tout à l'hyperplasie épidermique, en faisait des acanthomes.

Dans les papillomes que nous avons décrits à part, l'hypertrophie papillaire est manifeste et prédominante. Dans les verrues, le principal rôle appartient à l'épiderme, mais il est difficile de dire qu'il est unique, car l'épiderme et la couche papillaire du derme ont une vie pathologique commune.

On peut distinguer deux types de verrues vraies : la verrue vulgaire ou papillaire et la verrue plane juvénile. Ces deux formes, très voisines, ne se distinguent guère qu'au point de vue symptomatique. Nous y ajouterons la verrue sénile, tout à fait différente.

I

VERRUES VRAIES

Verrues vulgaires.

Description. — Les verrues vulgaires ont pour siège de prédilection les mains et les doigts, notamment leur face dorsale. Elles sont très communes au pourtour des ongles qu'elles peuvent décoller et déformer, ou à la pulpe des doigts; les faces latérales des doigts sont assez rarement atteintes, au moins celles qui sont contiguës aux doigts voisins, car on trouve très souvent des verrues sur les faces latérales des pouces, les faces radiale de l'index ou cubitale du petit doigt. Sur la face palmaire des mains et des doigts, les verrues sont un peu moins communes que sur la face dorsale. Des mains, les verrues peuvent s'étendre sur les poignets et même la partie inférieure des avant-bras. Après les mains, mais bien loin d'elles, dans l'ordre de fréquence viennent les verrues de la face, du cuir chevelu et des pieds. On a signalé des verrues en presque toutes les régions du corps, mais elles y sont infiniment plus rares, et, pour ma part, je n'ai jamais vu de verrues vulgaires sur le tronc ou les segments supérieurs des membres.

La verrue de la face dorsale de la main ou des doigts débute par une petite