

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. — LAVERNHE, 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<sup>e</sup> Congrès internat. de méd.*, vol. IV, p. 568. — NIELSEN, *Dermat. Zeitschrift*, 1899, p. 245. — NIKOLSKY, *XII<sup>e</sup> 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



élevure hémisphérique, grosse comme une tête d'épingle, dure, ne différant pas de la couleur normale de la peau. Par l'examen à la loupe on voit que cette papule est finement mamelonnée, les mamelons arrondis, larges de  $\frac{1}{3}$  à  $\frac{1}{2}$  millimètre, occupent les mailles d'un réseau formé de traînées grisâtres. Chez les individus à peau fine et à épiderme mince, on peut distinguer un point rose au centre de chacun de ces mamelons.

Quand la verrue est adulte, elle atteint 5 à 10 millimètres de diamètre et fait une saillie abrupte de 1 à 5 millimètres sur la peau saine qui ne présente aucune altération à son voisinage. Il y a cependant quelquefois un léger anneau hyperkératosique formant un talus autour de la tumeur et que nous verrons bien plus développé dans la verrue palmaire ou plantaire. Le sommet de la verrue forme une surface à peu près plane ou arrondie plus ou moins crevassée et fendillée, de couleur grisâtre ou noirâtre par suite de la pénétration des poussières, dure, indolente, sans aucune rougeur ou signe d'inflammation, mobile sur les parties profondes. Les fissures, qui correspondent au réseau grisâtre de la première phase, divisent le sommet de la verrue en prismes de  $\frac{1}{2}$  à 1 millimètre d'épaisseur correspondant à autant de papilles et qui sont l'exagération des mamelons du début. On peut, du reste, observer toutes les transitions entre un état mamelonné et un état franchement papillomateux où de hautes colonnes papillaires sont divisées par un réseau de profondes fissures. On peut quelquefois observer sur les côtés de la verrue des lignes noires verticales qui se traduisent au sommet de la colonne papillaire par un point noir. Ces points noirs occupant le centre de la colonne papillaire deviennent plus évidents si l'on abrase le sommet de la verrue. Si l'on continue à enlever des tranches successives, on voit le sang couler abondamment par les capillaires des papilles décapitées dont les lignes noires sont le prolongement. On en peut donc conclure de par le seul examen clinique que la papille se prolonge depuis le derme jusqu'à la surface libre, mais que le capillaire sanguin, vivant et perméable à la base de la papille, est thrombosé et desséché dans la partie superficielle.

Les verrues périonyxiques sont fréquentes et siègent le plus ordinairement dans un des sillons latéraux, elles peuvent pénétrer sous l'ongle et le soulever. Les verrues du sillon rétro-unguéal ont une forme en croissant, elles peuvent déformer l'ongle si elles atteignent la matrice, ce qui est rare. Enfin celles qui siègent sous le bord libre de l'ongle peuvent envahir le lit sur une certaine étendue, décollant l'ongle et le soulevant. Les verrues périonyxiques sont souvent douloureuses sous l'influence des pressions s'exerçant sur l'ongle.

La verrue palmaire présente un aspect particulier en raison des pressions auxquelles elle est soumise et de l'épaisseur de l'épiderme en cette région. Elle a la forme d'un tronc de cône surbaissé et elle est très peu saillante. La partie centrale, qui seule constitue la verrue proprement dite, est aplatie, grisâtre, mamelonnée ou superficiellement fissurée. Tout autour le talus est formé par un anneau brunâtre d'épiderme corné normal fourni par la peau

voisine et différant de la masse cornée pathologique par son homogénéité et sa demi-transparence ambrée.

Ces particularités de la verrue palmaire se retrouvent bien plus développées dans la verrue plantaire. Celle-ci siège généralement à l'avant-pied au niveau de la tête des métatarsiens ou sous le talon. Elle présente au premier abord l'aspect d'un large durillon particulièrement douloureux, au point de rendre la marche impossible. La douleur est un peu diminuée par le port de chaussures serrées qui empêchent le pied de s'étaler sous le poids du corps. Quand on examine ce durillon d'un peu plus près, on constate qu'il est perforé au centre d'un trou par lequel se montre un tissu blanchâtre, mou et résistant. L'abrasion de la couche cornée superficielle montre que le trou s'élargit dans la profondeur et que le tissu mou du centre se laisse difficilement couper, il

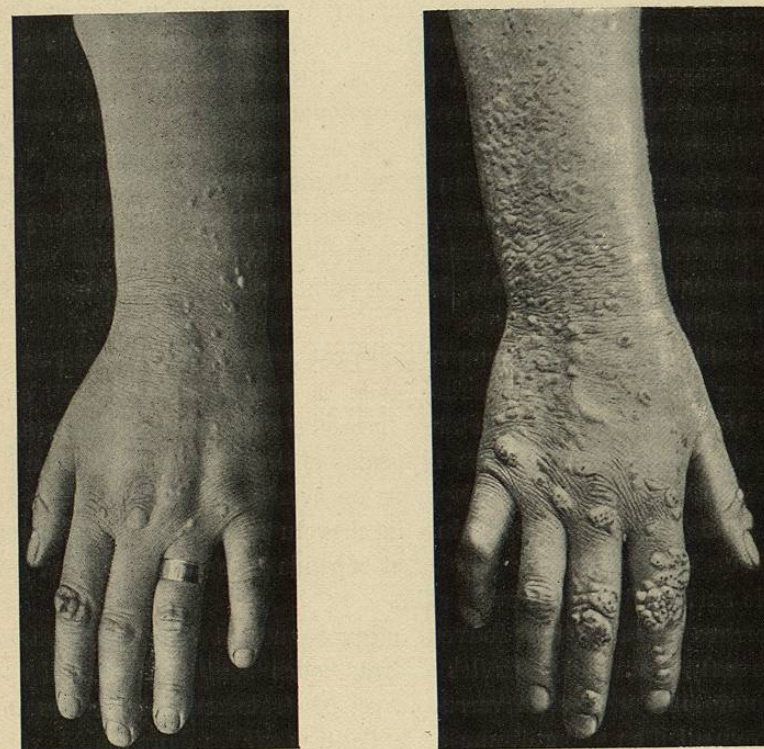


FIG. 182. — Verrues vulgaires. (Malade de L. Jacquet.)

résiste comme de l'étoffe mouillée; cette abrasion qui atténue la sensibilité d'un cor ou d'un durillon ne diminue en rien les douleurs de la verrue plantaire. La curette pénètre difficilement dans ce tissu mou, mais, une fois qu'elle a pénétré, elle en arrache sans difficulté des masses blanchâtres, d'apparence fibreuse, formées de cordons mous, agglutinés parallèlement en faisceaux et dirigés du fond vers la surface : ce sont des colonnes papillaires de la verrue. On évacue ainsi une cavité arrondie plus large au fond qu'à l'orifice, ayant une profondeur qui peut atteindre 2 centimètres et logée dans l'épaisseur de



la plante du pied. La verrue ne pouvant faire saillie au dehors à cause des pressions s'est creusée une loge dans les tissus, et l'anneau hyperkératosique qui l'entoure arrive presque à la recouvrir.

La verrue vulgaire de la face rencontre des conditions de développement diamétralement opposées : une peau fine, très vasculaire et pas de pressions extérieures ; aussi se développe-t-elle tout en saillie et le caractère de papillome y est-il très accusé. La verrue vulgaire de la face est d'ailleurs peu fréquente, mais j'ai pu voir deux ou trois fois chez des enfants des éruptions abondantes consécutives à des verrues des mains et l'on en trouve quelquefois d'isolées chez les adultes. Elles ont la forme d'un bouquet de papilles effilées mesurant 1, 2 ou 3 millimètres de base et haut de 3 à 6 millimètres, s'élevant brusquement de la peau saine et sans la moindre trace d'anneau hyperkératosique. La base est un cylindre rose, mou, couvert d'un épiderme mince, qui se divise en un pinceau de papilles filiformes épaisses de 1/2 à 1 millimètre, effilées en pointe, dures et cornées. Ces verrues en pinceau débutent tout à fait comme celles des mains par une petite éleveure grosse comme une tête d'épingle, hémisphérique, mamelonnée, avec un point rose à chaque mamelon. Ces verrues en pinceau siègent quelquefois sur le bord des paupières, ou même sur la muqueuse, notamment sur la caroncule lacrymale ou dans la bouche. Elles offrent alors une parfaite identité avec les végétations papillaires des régions génitales, tant au point de vue de la forme extérieure que de la structure histologique.

Sur le cuir chevelu, la verrue vulgaire est assez fréquente, soit en coïncidence avec des verrues des mains et de la face, soit isolément, chez des adultes. D'une surface d'implantation large de 2 à 5 ou 6 millimètres, s'élève un bouquet divergent de papilles filiformes effilées, longues de 2 ou 3 millimètres. Elles sont quelquefois disposées en éventail et revêtent alors l'aspect d'une crête de coq. Les verrues du cuir chevelu sont souvent traversées par des cheveux normaux, ils y paraissent cependant moins nombreux que sur une égale surface de cuir chevelu sain.

Les verrues vulgaires sont souvent uniques, surtout chez les adultes, mais plus souvent, et surtout chez les enfants, elles sont multiples. Il apparaît d'abord une seule verrue, la verrue mère, généralement sur une main, puis successivement il en apparaît une série d'autres sur les deux mains, voire à la face. Il peut en venir ainsi 10, 20, 40 et davantage, disséminées sans ordre. Les verrues voisines arrivent à confluer et à former de grosses verrues de 1 et 2 centimètres de large, de forme irrégulière. Leur accroissement est assez rapide pendant les premières semaines ou les premiers mois, puis elles restent stationnaires et peuvent persister des années sans changement ; on ne les voit guère diminuer de volume, mais un beau jour on s'aperçoit que quelques-unes d'entre elles ou toutes ensemble ont disparu sans laisser aucune trace.

Les verrues sont d'habitude tout à fait indolentes quand elles ne sont pas soumises à des pressions ; cependant les très grosses verrues du dos de la

main peuvent être douloureuses quand elles sont coupées de profondes fissures. Celles de la plante sont très douloureuses au point de rendre la marche impossible ; sur la face palmaire de la main et des doigts elles peuvent gêner la préhension des objets, étant douloureuses par la pression des corps durs.

*Anatomie pathologique.* — La verrue vulgaire est formée de deux parties étroitement unies : de longues papilles vasculaires et une masse de tissu épithélial qui les recouvre et les englobe. En général et sauf pour la verrue en pinceau de la face, le tissu épithélial est de beaucoup le plus abondant, et les papilles y sont comme noyées.

Dans la verrue récente, les papilles sont allongées, recouvertes par un épiderme épaissi dans toutes ses parties, mais formé de cellules normales.

Quand la verrue est volumineuse et d'ancienne date, surtout quand elle siège à la paume de la main, on trouve une structure sensiblement plus compliquée qu'il faut étudier sur des coupes perpendiculaires et parallèles à la surface de la peau.

Les papilles sont très longues, très minces, filiformes, réduites à quelques capillaires sanguins entourés d'un peu de tissu conjonctif fin et lâche, sans fibres élastiques et contenant beaucoup de cellules fixes étoilées et ramifiées. Ces papilles sont divergentes à leur base, puis se redressent et deviennent parallèles et perpendiculaires à la surface. Dans leur trajet elles se ramifient en branches suivant la même direction.

La partie épithéliale de la verrue forme une masse dans laquelle les papilles sont noyées. Sur la coupe perpendiculaire elle forme des colonnes épaisses séparant les minces colonnes papillaires, mais on voit bien sur les coupes tangentielles que l'épithélium forme un réseau à travées très épaisses dont les mailles très petites sont occupées par les papilles. Les bourgeons interpapillaires du centre (j'emploie ce mot, faute de mieux) sont à leur partie profonde larges et carrés sur la coupe perpendiculaire. Ceux de la périphérie sont étirés, effilés en pointe, fortement obliques et comme couchés à leur base, avec leur pointe dirigée vers le centre de la lésion. Dans leur partie supérieure, ils se confondent avec leurs voisins, se redressent et forment des colonnes parallèles entre elles et perpendiculaires à la surface. Cette obliquité de leur partie profonde est due à l'accroissement en épaisseur des bourgeons interpapillaires du centre qui refoule excentriquement les parties voisines. Ce refoulement excentrique se fait surtout sentir au voisinage de la surface et la partie profonde des bourgeons épithéliaux périphériques se trouve déviée. La verrue s'accroît donc en largeur, moins par l'envahissement de la peau saine voisine que par sa propre augmentation de volume. Ce refoulement est encore confirmé par la déviation identique des conduits excréteurs sudoripares, dont l'abouchement normal se trouvait au voisinage de l'endroit où est née la verrue : la partie supérieure du conduit est déviée par suite du déplacement de l'orifice.



grande vacuole persiste et paraît vide ou remplie d'une substance homogène ;

L'épithélium qui constitue la plus grande partie de la verrue présente une série d'altérations intéressantes. La couche génératrice est peu modifiée, elle tapisse les papilles d'un revêtement de cellules à peu près normales.

La partie profonde des bourgeons épithéliaux présente une couche génératrice épaisse formée de plusieurs rangées de cellules petites irrégulièrement disposées ; dans les bourgeons étirés de la profondeur, les cellules génératrices ne sont plus en palissade mais allongées dans le sens de la traînée cellulaire qu'elles constituent. Elles ont un noyau fortement coloré et très peu de protoplasma clair.

La couche épineuse est très épaissie, car elle constitue presque toute la

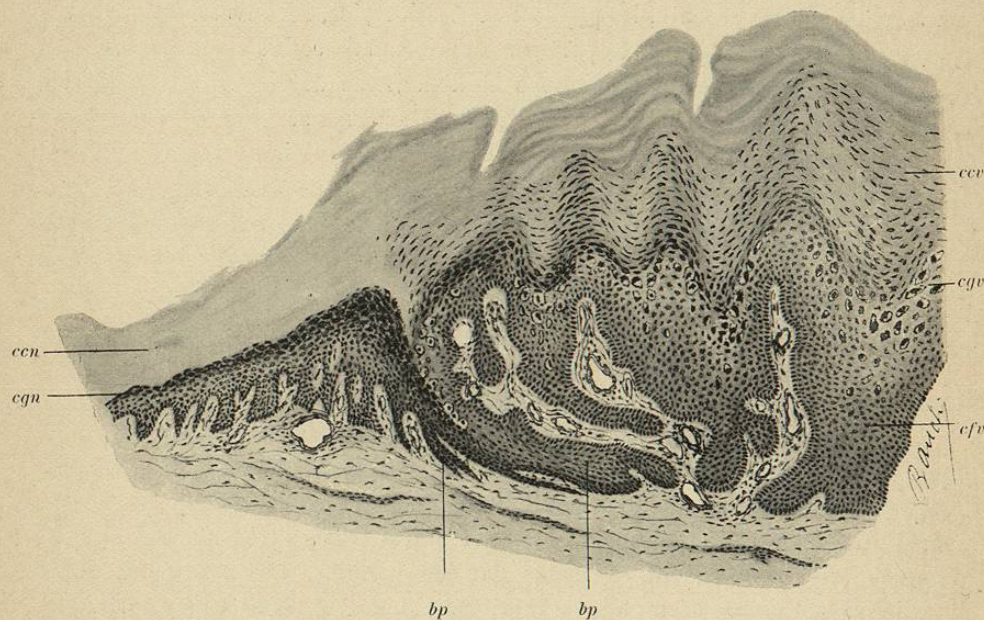


FIG. 183. — Verrue vulgaire de la main.

ccn, couche cornée normale devenant plus épaisse au voisinage de la verrue. — cgn, couche granuleuse normale devenant hypertrophique au voisinage de la verrue mais en restant formée de cellules normales. — bp, bourgeons épithéliaux interpapillaires refoulés et couchés par le développement excentrique de la verrue. — cfv, couche filamenteuse hypertrophique constituant la verrue. — cgv, couche granuleuse anormale avec quelques cellules surchargées de kératohyaline. — ccv, couche cornée anormale peu compacte et avec noyaux.

partie profonde de la verrue. Dans les verrues jeunes et dans les formes saillantes comme celles de la face, elle est presque normale, mais dans les verrues plus anciennes et surtout à la paume de la main, un certain nombre des cellules épineuses présentent une vacuole claire qui distend la cellule et refoule ou entoure le noyau. Dans la vacuole se trouvent des blocs irréguliers parfois très volumineux présentant toutes les réactions colorantes de la kératohyaline. Quelquefois la plus grande partie des cellules présente cette altération qui se montre immédiatement après la couche génératrice. L'évolution ultérieure de ces cellules est toute spéciale : la membrane se kératinise, la

le noyau persiste volumineux, rond ou ovalaire, fortement coloré et homogène. Quand cette altération vacuolaire est très accusée et atteint la majorité des cellules, toute la zone cornée de la verrue a l'aspect d'un réseau formé par les membranes cellulaires adossées ; chacune des larges mailles polygonales contient un gros noyau homogène bien coloré. Dans ce tissu réticulé sont des traînées irrégulières de tissu corné normal formé de cellules aplaties et sans noyau provenant des cellules qui ont subi la kératinisation normale. Quelquefois ces cellules vacuolées sont peu nombreuses, isolées ou en groupes dans les couches épineuse ou cornée normales ; d'autres fois elles en forment la presque totalité et comme ces cellules, au lieu de



FIG. 184. — Verrue vulgaire de la main. Coupe tangentielle. (Photographie d'après nature.)

s'aplatir comme dans la kératinisation normale, conservent un volume égal ou supérieur à celui des cellules épineuses, il en résulte que cette couche cornée anormale s'accroît très vite mais présente peu de consistance.

Sur les coupes parallèles à la surface d'une verrue vulgaire compacte, comme celles de la paume, on voit le réseau cellulaire ci-dessus décrit, formant une dentelle dont chaque maille contient un gros noyau cellulaire. Un réseau formé par des bandes de tissu corné normal partage cette surface en aires arrondies au centre de chacune desquelles se trouve le vestige de la papille représentée le plus souvent par la coupe de deux ou trois capillaires remplis de sang coagulé avec quelques cellules conjonctives momifiées, mais encore reconnaissables. Quand on descend plus profondément, la papille est représentée par des capillaires perméables entourés de tissu conjonctif vivant et d'une couche génératrice de cellules vivantes et normales.

Les verrues digitées ou en pinceau de la face présentent un aspect très différent. Les papilles vasculaires sont beaucoup plus volumineuses et plus riches en tissu conjonctif. L'épiderme forme à ces papilles des gaines individuelles et la couche cornée quoique épaissie ne forme pas un massif compact comme dans les verrues des mains. Les altérations vacuolaires des cellules sont à peine indiquées et comme la verrue est tout en saillie, on n'y trouve