

probantes ont établi qu'elles peuvent se produire en son absence, mais que l'arsenic joue indubitablement un rôle adjuvant. En dehors de ces cas de lichen avec dyschromie exagérée, dans lesquels le diagnostic de vitiligo associé serait tout à fait injustifié, il en existe cependant où la coïncidence est réelle (1).

Si l'on s'en tenait au titre des observations publiées et des présentations faites aux sociétés dermatologiques, étrangères surtout, on pourrait croire que le vitiligo se voit communément au cours ou à la suite du psoriasis; c'est que des auteurs de la valeur de Kaposi (2) n'ont pas craint d'étiqueter vitiligo la dyschromie qui succède assez souvent à la guérison des placards de psoriasis. A la suite du traitement par la chrysarobine surtout, il est habituel de trouver des taches blanches nettement circonscrites, marquant les emplacements qu'occupaient les éléments de l'éruption, et tranchant au milieu d'une nappe hyperchromique, d'un rouge brun, à contours diffus dont la coloration résulte de l'action du médicament réducteur sur la peau saine. D'après Ehrmann, il n'y a là qu'une sorte de précipité chimique tout à fait superficiel. L'acide pyrogallique, et même l'huile de cade, peuvent produire un résultat semblable, n'offrant avec le vitiligo qu'une analogie grossière. En réalité, il ne me semble pas que le vitiligo se rencontre fréquemment chez les psoriasiques; il est remarquable que les thèses si riches en observations de Bourdillon et de Bonnet, sur les psoriasis arthropathiques et anormaux, n'en renferment pas un seul exemple.

Dans la sclérodémie progressive, on a signalé depuis longtemps qu'il peut y avoir soit de l'hyperchromie simple, soit du vitiligo véritable (3). Ce dernier se montre parfois avant l'induration des téguments, mais beaucoup plus fréquemment lui succède; il consiste en plaques achromiques entourées d'une zone brune, ou naissant au milieu de nappes antérieurement hyperpigmentées, symétriquement distribuées souvent sur la face et les mains, de même que sur les régions où existent des saillies osseuses, aux trochanters, à l'épine de l'omoplate; au lieu de grandes plaques, on peut rencontrer un semis de petites taches rapprochées donnant à la peau un aspect tigré.

Quelques cas de coïncidence avec la sclérodémie en plaques ou morphée ont également été rapportés (4), les deux affections occupant des régions différentes et paraissant évoluer indépendamment l'une de l'autre.

L'association avec le *mycosis fongoïde* est relevée notamment dans un cas de Scholtz (5), les lésions des deux maladies étant réunies dans la même région, mais sans affecter les unes avec les autres de rapports fixes. L'auteur pense que la pigmentation, assez fréquente dans le mycosis, est une cause d'appel pour le vitiligo.

(1) Voir article *Lichen*, t. III, p. 198.

(2) KAPOSI, Vitiligo nach Psoriasis. *Arch. f. Dermat.*, 1900, t. LII, p. 405.

(3) BOUTTIER, La sclérodémie. *Thèse de Paris*, 1886, p. 55.

(4) DARIER et RIOCREUX, *Ibid.*, Obs. V. — G. H. FOX, *Journal of cut. diseases*, 1899, p. 580. — NIELSEN, *Soc. danoise de dermat.*, 5 mai 1899.

(5) SCHOLTZ, *Archiv f. Dermat.* Bd., 53, p. 594.

En dehors des dermatoses, le vitiligo se présente avec une fréquence particulière dans diverses maladies nerveuses, ainsi que le rapporte Leloir dans sa thèse (1). Beigel, Morselli, Adrien Fèvre avaient noté le fait pour l'*aliénation mentale*, la *démence*, et particulièrement pour l'*épilepsie*. Il n'est pas rare que les vitiligneux soient porteurs de nombreux stigmates de *dégénérescence*. Il existe des cas de coïncidence avec la *pachyméningite cervicale*, la *syringomyélie*, les *névralgies rebelles*, etc.

Le vitiligo est remarquablement commun dans le *goitre exophtalmique*, ainsi que l'ont signalé Raynaud, Rolland, Dujardin-Beaumetz, Möbius et d'autres. Marfan l'a constaté dans un cas curieux de *myxœdème* par thyroïdite rhumatismale, et a vu la dyschromie céder, ainsi que les autres manifestations, à la médication thyroïdienne. Decastello l'a vu dans l'*anémie perniciouse*.

Je rappelle ici que, si un certain nombre de ces coïncidences peuvent être considérées comme fortuites, il en est d'autres, plus communes, dont il y a lieu de tenir compte dans l'appréciation de la nature du vitiligo.

**Anatomie pathologique et pathogénie.** — Dans les taches blanches du vitiligo, le pigment, qui normalement existe au sein des cellules de la couche

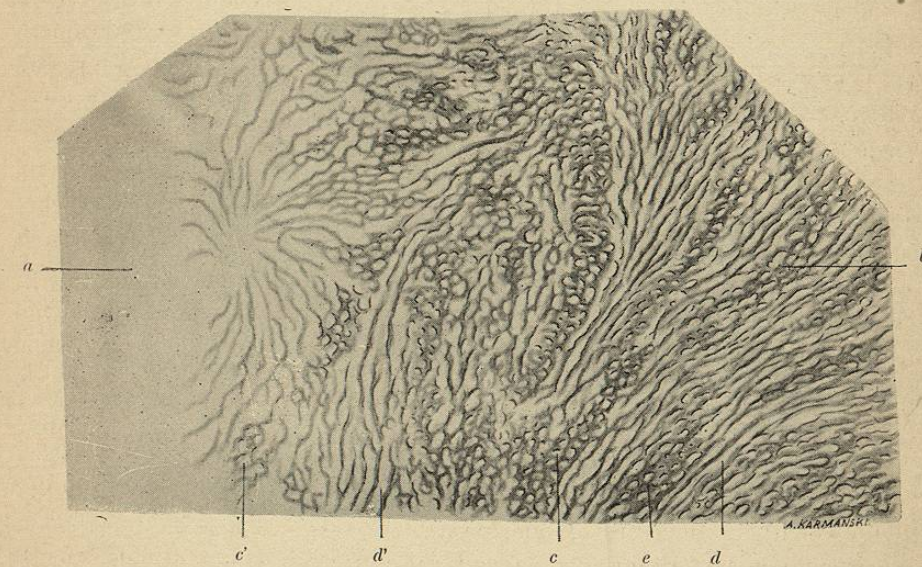


FIG. 199. — Vitiligo. — Portion de la peau du prépuce vue à plat, à un faible grossissement, 8/1. — La pigmentation, étant beaucoup plus accentuée dans les espaces interpapillaires, dessine les papilles et les bourrelets papillaires.

a, portion d'une tache achromique. — b, zone hyperchromique où les saillies papillaires c, c', d, d' apparaissent en blanc et les espaces interpapillaires sous forme de réseau coloré e.

basale ou germinative de l'épiderme, fait totalement défaut. Il est au contraire très abondant dans la couche basale de la zone de bordure; on trouve aussi dans cette zone une pigmentation très marquée du derme, où se voient en

(1) LELOIR. Affections cutanées d'origine nerveuses, *Thèse de Paris*, 1882.

grand nombre des cellules rondes, fusiformes ou étoilées, chargées de granulations mélaniques, dans le corps papillaire, autour des vaisseaux, des follicules et des glandes. En dehors de cette ataxie pigmentaire on ne constate aucune autre altération de la peau.

Telles sont les données sur lesquelles sont d'accord tous les histologistes qui ont étudié la question. Personnellement, je n'aurais à y ajouter que deux détails, bien mis en lumière par les figures ci-jointes : 1° le fait que la pigmentation de l'épiderme est beaucoup plus accentuée dans les espaces interpapillaires qu'au sommet des papilles (Fig. 200), en sorte que, sur la peau vue à

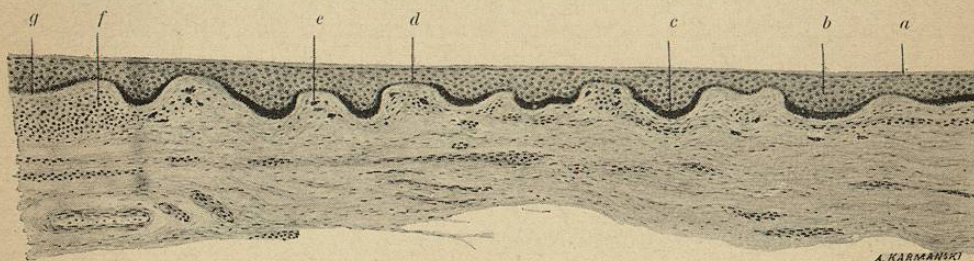


FIG. 200. — Vitiligo. — Coupe de la peau du prépuce, bord de la plaque de vitiligo représentée fig. 199 (alcool, carmin aluné, résine dammar).

a, couche cornée et stratum granulosum très minces. — b, corps muqueux. — c, pigmentation très accentuée de la couche germinative de l'épiderme au niveau des espaces interpapillaires. — d, couche germinative du sommet des papilles à peu près dépourvue de pigment. — e, cellules pigmentaires répandues dans le corps papillaire. — f, infiltrat cellulaire abondant au niveau du bord de la zone pigmentée. — g, point limite de la zone hyperpigmentée et de la zone dépigmentée.

plat (Fig. 199), les papilles ou élevures papillaires apparaissent dessinées en clair; 2° la présence, que j'ai constatée dans ce cas de vitiligo du prépuce, d'un infiltrat de cellules au niveau de la limite entre la zone achromique et la zone hyperchromique.

Quelques points particuliers restent litigieux : trouve-t-on des cellules pigmentaires dans le derme des taches achromiques? J'en ai aperçu deux ou trois; Wermann et Ehrmann insistent sur leur présence. Le fait a une certaine importance au point de vue de la pathogénie de la dépigmentation, mais peut à la vérité être interprété diversement.

En effet, il y a lieu de rechercher ce qu'est devenu le pigment des taches achromiques. Il est certain qu'il ne peut pas avoir été refoulé vers les bords, comme pourrait le faire croire la grossière apparence clinique. L'hyperpigmentation du bord des taches est considérée, par les uns comme le vestige d'une hyperchromie qui a préexisté à l'apparition de la tache blanche, par les autres comme un effet de même ordre, mais opposé, produit par la cause dont résulte l'achromie. En réalité, il n'y a que trois hypothèses plausibles : le pigment a été transporté de l'épiderme dans le derme, où il est repris par la circulation centripète, c'est ce que soutiennent Riehl et Jarisch; ou bien il a cessé d'arriver à l'épiderme, étant retenu en deçà par un obstacle quelconque, ainsi que le voudrait Blaschko; enfin, selon Æby et Karf, il peut avoir été

consommé par les éléments cellulaires, comme j'ai été conduit à le supposer ailleurs<sup>(1)</sup>. La question est impossible à trancher actuellement, étant donné que l'énigme de l'évolution du pigment en général attend encore sa solution.

Quant à la mise en jeu du processus de dépigmentation dans le vitiligo, Leloir a pensé avoir contribué à en éclairer le mécanisme par sa découverte d'altérations atrophiques dans les nerfs cutanés se rendant aux taches; cette donnée a été confirmée dans un cas par Déjerine. Ces recherches remontent, il est vrai, à une époque où l'on ignorait la présence de tubes dégénérés dans les nerfs à l'état presque physiologique ou tout au moins sous des influences très variées. Leur valeur est donc des plus douteuses.

Il n'en reste pas moins établi de par la clinique : 1° que les perturbations nerveuses, qu'elles soient organiques ou dynamiques, centrales ou périphériques, jouent un rôle prépondérant dans la pathogénie du vitiligo; 2° que l'abondance préalable du pigment, qu'elle soit héréditaire ou acquise, diffuse ou régionale, constitue une prédisposition à son éclosion.

Pour Gaucher<sup>(2)</sup>, le vitiligo vrai pourrait être rapporté à une auto-intoxication agissant par l'intermédiaire des nerfs.

**Diagnostic.** — Si l'on veut bien s'en tenir exactement aux termes de la définition du vitiligo, telle que je l'ai énoncée au début de cet article, son diagnostic sera des plus faciles dans l'immense majorité des cas.

Avant tout, il faut être certain qu'il s'agit bien d'une dyschromie pure, sans aucune modification de la structure de la peau.

Le *pityriasis versicolor*, avec ses placards parfois très sombres et ses réserves de peau normale, peut en imposer à distance pour un vitiligo; l'erreur serait grossière, car l'épiderme coloré envahi par le microsporion furfur se détache en copeau sous un coup d'ongle, et les taches claires ne sont pas achromiques.

Certaines cicatrices, notamment celles de syphilides ulcéreuses, de pustules d'ecthyma, de chancre mou, ou de plaies quelconques, sont parfois décolorées et entourées d'un halo pigmenté très accentué; il en est de même des macules d'un psoriasis traité par les agents réducteurs. Avec un peu d'attention on reconnaîtra une différence de structure de la peau à leur niveau, tout au moins une altération du « grain », et du plissement de l'épiderme, permettant un diagnostic formel, même si les commémoratifs faisaient défaut.

Les taches de  *sclérodémie* , les  *morphées*  même très superficielles, se distinguent de même par une modification dans la consistance et l'épaisseur de la peau et dans le plissement de sa surface; elles ont en outre souvent un  *lilac ring* . Les placards de  *névrodermite circonscrite*  sont caractérisés par une lichénisation très apparente du tégument. On n'oubliera pas la coïncidence possible de vitiligo véritable.

Dans d'autres circonstances il s'agit bien d'une dyschromie pure, mais l' *hyperchromie*  ou l' *achromie manquant* , ou ne sont qu'apparentes.

<sup>(1)</sup> *Pratique dermatologique*, t. I, p. 76, note 1, et t. III, p. 465.

<sup>(2)</sup> GAUCHER, *Étiologie du vitiligo. Congrès de dermat. et de syphil.*, Paris, 1900.

C'est ainsi que dans la *pelade*, de par la décoloration des taches déglabrées, ou plutôt encore de par la repousse en blanc des poils ou cheveux qui peuvent persister indéfiniment à l'état de mèches blanches, une difficulté très réelle se présente parfois. Il faut se rappeler que, dans le vitiligo vrai du cuir chevelu, la zone de pigmentation périphérique n'est souvent pas appréciable, que l'association pelado-vitiligineuse n'est pas très exceptionnelle, et l'on en conclura que le meilleur critérium est fourni par l'examen des téguments au pourtour du cuir chevelu; le vitiligo ne reste guère cantonné exclusivement à ce dernier et la présence sur la nuque, les oreilles ou la face, d'aires leucodermiques à bordure hyperchromiée tranchera la question.

Dans un grand nombre des dyschromies que j'ai étudiées ailleurs<sup>(1)</sup> on voit quelquefois, au sein des nappes de pigmentation plus ou moins symétriques, une ou plusieurs taches blanches, assez nombreuses parfois pour donner à l'ensemble un aspect aréolaire. On en peut citer comme exemples typiques la *syphilide pigmentaire du cou*, qui est susceptible de se généraliser, les mélanodermies aussi, parfois si analogues, qu'on observe dans la *tuberculose*, la *chlorose*, la *grossesse*, les *maladies utéro-ovariennes* et dans l'*arsenicisme*. On enseigne que dans ces cas la coloration des taches est normale et ne paraît blanche que par contraste; il est certain qu'elle n'est pas totalement achromique, et partant de teinte laiteuse ou crayeuse comme dans le vitiligo.

Dans la *maladie bronzée*, selon une remarque due à Addison, et dans l'*arsenicisme* on peut rencontrer des taches véritablement achromiques; dans la *syphilis* cette combinaison est désignée sous le nom de *leuco-mélanodermie* et j'y ai fait allusion dans un autre article.

Il est bon de mentionner aussi que parfois des taches de *chloasma*, à limite nette et à bordure concave, ont pu être difficiles à distinguer d'avec un vitiligo arrivé à la période de diffusion des taches blanches avec réserve de quelques îlots pigmentés.

Les diverses dyschromies que je viens d'énumérer peuvent donner lieu à des diagnostics très délicats.

Il est encore deux questions plus importantes que j'ai réservées jusqu'ici: celle du vitiligo lépreux et celle du vitiligo congénital.

Au cours de la *lèpre* des taches ou des nappes pigmentées et des taches achromiques peuvent coexister, donnant naissance à un aspect qui reproduit parfois absolument celui d'un vitiligo<sup>(2)</sup>. En pays lépreux ou chez un sujet qui a séjourné dans une contrée infectée, on doit toujours, en présence d'une dyschromie de ce genre, songer à la possibilité de la *lèpre* et pousser l'enquête aussi loin qu'il est nécessaire. Le symptôme différentiel fondamental consiste dans les troubles de la sensibilité qui accompagnent dans la règle la dyschromie lépreuse, dont les taches sont très souvent anesthésiques, rarement hyperesthésiques, alors que dans le vitiligo simple la sensibilité est normale ou à peine émoussée.

<sup>(1)</sup> Voir l'article *Mélanodermies* de la *Pratique dermat.*, t. III, p. 456.

<sup>(2)</sup> Voir *Pratique dermatologique*, art. *Lèpre*, t. III, Pl. I, et p. 21 et 81

A la question des achromies lépreuses se rattache celle de la *leucodermie endémique du Turkestan* et celle de l'*albinisme partiel* des nègres et des autres races colorées. D'après Munch<sup>(1)</sup>, on observe au sud de la Russie et dans le Turkestan une maladie non contagieuse, quelquefois héréditaire, se manifestant, sans prodromes, par des taches blanches plus ou moins symétriques, qui grandissent et se multiplient, persistent toute la vie ou peuvent s'étendre à tout le corps en trois ou quatre ans, les épaules étant les premières envahies et la face en dernier lieu. La peau n'offre aucun autre changement. Pour l'auteur, cette maladie est un vitiligo achromateux et n'aurait aucun rapport avec la *lèpre*. Besnier fait remarquer que le pourtour des taches n'est pas hyperchromique et conclut à un *pseudo-vitiligo*. Peut-être, en effet, s'agit-il d'une maladie spéciale.

On est aussi embarrassé pour classer les achromies des « nègres pies »; quand elles sont congénitales et fixes elles rentrent dans l'*albinisme partiel*; acquises et progressives elles se rattachent probablement tantôt à la *lèpre*, tantôt au vitiligo, tantôt à une autre maladie, pseudo-vitiligo.

Pour en revenir à ce qui s'observe dans nos contrées, il me reste à citer les *dyschromies congénitales* qui sont de l'ordre des *nævi pigmentaires*. On en voit, et j'en ai rencontré personnellement, dans lesquelles une mélanodermie régionale, qui peut être symétrique et plus ou moins étendue, s'accompagne de taches blanches simulant le vitiligo. Les taches sont achromiques en partie seulement, la mélanodermie est habituellement bigarrée; le fait capital est que ce trouble de la pigmentation est congénital ou très précoce, peut changer de teinte avec l'âge, mais non de configuration. Dans un de mes cas, 5 frères et sœurs présentaient le même trouble dyschromique.

**Traitement.** — Le vitiligo n'est pas une de ces maladies sur laquelle on peut agir par des moyens directs. Il importe donc au plus haut degré de faire dans chaque cas particulier une étude approfondie du patient, de rechercher ses tares nerveuses ou organiques, de scruter ses antécédents héréditaires et personnels, d'analyser les circonstances étiologiques qui peuvent avoir concouru à faire naître la dyschromie; puis, l'enquête achevée, de répondre aux indications qui découlent de ces divers ordres de renseignements.

Lorsque la *syphilis* paraît en jeu, le traitement mercuriel s'impose; il est indiqué encore, mais peut être moins efficace, quand il existe des signes confirmés de *tabes*.

Souvent on devra s'adresser aux agents capables de modifier les troubles nerveux divers, et l'on aura à prescrire les bromures, la valériane, ou quelque autre des médicaments nervins. Les préparations arsénicales, souvent administrées d'une façon trop banale, méritent une attention spéciale en raison de leur action propre sur les pigmentations qui peut s'exercer dans les deux sens: c'est une arme à double tranchant. L'hydrothérapie sous les formes

<sup>(1)</sup> Cité par BESNIER et DOYON, Note de la *Traduction du Traité des maladies de la peau*, de Kaposi, 2<sup>e</sup> édit., t. II, p. 156.

sédatives (douches en rosée, tièdes et prolongées, piscine froide, bains tièdes prolongés) ou toniques (douche froide, douche écossaise, bains sulfureux ou salins) suivant les cas, aura souvent à intervenir. On a conseillé aussi le bain d'électricité statique, les courants continus, la haute fréquence.

Il est vraisemblable que l'opothérapie, ovarienne, thyroïdienne (cas de Marfan), peut être orchitique ou surrénale, selon les conditions du malade, pourrait être appelée à jouer un rôle.

Quant à la thérapeutique locale, elle est fréquemment réclamée lorsque le vitiligo siège aux parties découvertes et crée une difformité déplaisante pouvant nuire à l'exercice de certaines professions; elle est délicate et en somme peu efficace. On agira sur les zones hyperchromiques par les agents décolorants indiqués à propos des mélanodermies, l'eau oxygénée, les mercuriaux, les acides dilués; on pourra tenter de provoquer une pigmentation des taches achromiques par les rubéfiants, notamment par l'acide acétique et le chloroforme.

En tout cas médecin et malade ne sauraient trop s'armer de patience et de persévérance.

VITILIGOIDEA. — Syn. : de xanthome, xanthelasma, etc. — Étym. : de *vitulus*, peau tachetée comme celle d'un veau.

Ce terme, sous lequel Addison et Gull décrivent d'abord la maladie appelée par Rayner « plaques jaunes des paupières » et ensuite par Wilson « xanthelasma », a été composé par ses auteurs en raison des analogies plus ou moins éloignées de cette dermatose avec le vitiligo tuberculeux de Willan, et non avec le vitiligo de Celse, complexe et mal défini.

Voir l'article : *Xanthome*, t. IV, p. 859.

XANTHELASMA. — Étym. : de *ξανθός*, jaune.

Voir l'article : *Xanthome*, t. IV, p. 859.

XANTHOMES. — Voir l'article ci-après.

## XANTHOMES.

Par E. BODIN.

### XANTHOMES

Étym. : *ξανθός*, jaune.

Syn. : Plaques folliculeuses; Plaques jaunâtres des paupières (Rayer). — *Vitiligoidea* (Addison et Gull). — *Molluscum sebaceum*; *Xanthelasma* (Erasmus Wilson). — *Molluscum cholestérique* (Bazin). — *Xanthoma* (W. F. Smith). — *Molluscum lipomatodes*; *Fibroma lipomatodes* (Virchow).

### HISTORIQUE

Les premiers travaux sur le xanthome ont été publiés en Angleterre par Addison et Gull<sup>(1)</sup> dont le premier mémoire date de 1851 et dont le second parut en 1869 après quelques observations données par Erasmus Wilson<sup>(2)</sup>, Smith<sup>(3)</sup>, Pavy<sup>(4)</sup> et Hilton Fagge<sup>(5)</sup>. Il faut reconnaître toutefois que si l'honneur d'un premier travail d'ensemble revient aux auteurs anglais, c'est Rayer<sup>(6)</sup> qui, seize ans avant Addison et Gull, figura les premiers cas de xanthome dans son traité sur les maladies de la peau, sous la dénomination de plaques jaunes folliculeuses développées sur la paupière supérieure.

Quoi qu'il en soit, les travaux d'Addison et Gull avaient attiré l'attention sur cette curieuse maladie qu'est le xanthome et dès lors les recherches se multiplièrent, mais jusqu'en 1877 du moins elles appartiennent à l'Allemagne et surtout à l'Angleterre : observations et recherches anatomiques de Waldeyer<sup>(7)</sup>, de Virchow<sup>(8)</sup>, de Kaposi<sup>(9)</sup>, de Geber et Simon<sup>(10)</sup>; observations de Murchinson<sup>(11)</sup>, de Moxon<sup>(12)</sup>, de Smith<sup>(13)</sup>, de William Legg<sup>(14)</sup>; importants

(1) ADDISON et GULL, *Guy's hosp. Reports*, 2<sup>e</sup> série, vol. VII, p. 268. London, 1851, et *Journal of cut. med.*, t. III, p. 517. London, 1869.

(2) ERASMUS WILSON, *On the dis. of the skin*, sixth ed. London, 1867. Glossary, p. 917.

(3) SMITH, *On Xanthoma or Vitiligoidea*. *Journal of cut. med.*, 1869, t. III, p. 241.

(4) PAVY, *On a case of vitiligoidea*. *Guy's hosp. Rep.*, 1866, 5<sup>e</sup> série, t. XII.

(5) HILTON FAGGE, *Two cases of vitiligoidea associated with chronic jaundice and enlargement of the liver*. *Trans. Lond. Path. Soc.*, 1868, vol. XIX, p. 454.

(6) RAYER, *Traité des mal. de la peau*. Atlas, Pl. VIII, n° 46 et Pl. XXII, fig. 45. Paris, 1855.

(7) WALDEYER, *Xanthelasma palpebrarum*. *Virchow's Archiv*, 1871, t. LII.

(8) WIRCHOW, *Ueber xanthelasma multiplex*. *Virchow's Archiv*, 1871, t. LII.

(9) KAPOSI, *Xanthoma*. *Wiener med. Woch.*, 1872, n° 8.

(10) GEBER et SIMON, *Zur anatomie des Xanthoma palpebrarum*. *Arch.f. Dermat. u. Syph.*, 1872.

(11) MURCHINSON, *Journal of cut. med.*, t. III. London, 1869.

(12) MOXON, *Simple stricture of hepatic duct causing chronic jaundice and xanthelasma*. *Trans. path. Soc. London*, 1872-1873, vol. XXIV.

(13) SMITH, *Trans. path. Soc. London*, 1872-1873, vol. XXIV, p. 250.

(14) WILLIAM LEGG, *Xanthelasma multiplex jaundice from Gallstone*. *Trans. path. Soc. London*, 1873-1874, vol. XXV.