

TROISIÈME PARTIE

DERMATOSES ARTIFICIELLES

I

ÉRUPTIONS PROVOQUÉES PAR LES AGENTS ATMOSPHÉRIQUES

La chaleur, le froid, les radiations électriques peuvent provoquer des lésions cutanées.

ÉRYTHÈMES PROVOQUÉS PAR LA CHALEUR RAYONNANTE ET LA LUMIÈRE SOLAIRE

Les éruptions provoquées par la lumière solaire se confondent avec celles provoquées par la chaleur.

Elles consistent le plus ordinairement en un érythème intense, avec tuméfaction de la peau, qui est le siège d'une sensation de cuisson souvent douloureuse; l'épiderme est lisse et brillant. Cet érythème a des contours diffus ou nettement arrêtés suivant la configuration des vêtements qui ont protégé la peau contre l'action de la chaleur ou du soleil. L'érythème peut s'accompagner de la production de vésicules ou de phlyctènes. Au bout de quelques jours il y a une desquamation à lambeaux généralement peu étendus. Chez certains sujets, l'érythème est peu accusé, et il se produit des vésicules nombreuses, dures, acuminées, qui se terminent par desquamation au bout de plusieurs semaines.

Ces diverses lésions laissent après elles une coloration rouge brunâtre de la peau; lorsqu'elles se répètent, la pigmentation s'accuse et devient permanente, telle est l'origine du hâle des marins et des campagnards.

L'érythème solaire (coup de soleil) s'observe sur les joues, le cou, les oreilles, la nuque, les mains, etc.

L'érythème calorique occupe les parties qui sont exposées professionnellement à l'action de la chaleur, le visage et les mains. Chez les femmes qui se servent de chaufferettes, il se développe aux mollets et à la face interne des cuisses.

Étiologie. — Les érythèmes caloriques se développent à la suite de l'exposition à un foyer calorique rayonnant, résultant de la combustion du bois ou du charbon, ou de la fusion des métaux; on l'observe chez les boulangers, fondeurs en métaux, forgerons, souffleurs de verre, porcelainiers, chauffeurs, etc.

L'érythème solaire résulte de l'action prolongée des rayons solaires, souvent aidée par celle du vent. Les rayons solaires n'agissent pas seulement lorsqu'ils atteignent directement la surface cutanée, mais aussi par réflexion; aussi le coup de soleil est-il fréquent après un séjour en bateau, alors même que la tête est couverte d'un chapeau.

Les lésions cutanées produites par la lumière électrique reconnaissent les mêmes causes et présentent les mêmes caractères que le coup de soleil, aussi les a-t-on décrites sous le nom de *coup de soleil électrique*; elles s'observent chez les ouvriers des usines électriques, chez ceux des ateliers de travail électrique des métaux.

Bouchard, pour la lumière solaire, et plus récemment Widmark⁽¹⁾, pour la lumière électrique, ont montré que les rayons les plus nocifs sont ceux de la portion violette du spectre, ou rayons chimiques.

Diagnostic. — L'érythème solaire peut être confondu avec l'érysipèle du visage, d'autant mieux qu'il s'accompagne d'une sensation de chaleur locale et parfois de phénomènes généraux. Il en diffère non seulement par sa cause, mais encore par l'absence de bourrelet périphérique et par la limitation des lésions qui n'ont aucune tendance à envahir les parties indemnes.

Traitement. — Dans les cas légers, des applications de poudre d'amidon et des lotions avec des solutions anti-prurigineuses, eau blanche ou eau de Cologne étendue d'eau tiède, suffisent à calmer les troubles fonctionnels de l'érythème solaire et à en modérer les lésions.

Dans les cas plus intenses, on aura recours aux pommades adoucissantes à l'oxyde de zinc ou au bismuth; s'il y a des vésicules ou des phlyctènes, on emploiera le même traitement que dans les brûlures, en particulier les pansements au liniment oléo-calcaire.

HYDROA VACCINIFORME

Définition. — L'hydroa vacciniforme de Bazin est une affection récidivante, à prédominance estivale, caractérisée par le développement de vésicules ombilicées suivies de cicatrices varioliformes.

Description. — L'élément de l'hydroa vacciniforme est une vésicule, d'aspect perlé, variant de la dimension d'un grain de mil à celle d'une lentille, entourée d'une zone rouge. La vésicule peut se rompre, ou se dessécher, et être remplacée par une croûte; mais elle subit le plus souvent une transformation particulière: son centre se déprime en prenant une coloration brun foncé ou noirâtre, tandis que la périphérie reste saillante, remplie de sérosité transparente; ainsi ombilicée, la vésicule est toujours entourée d'une zone rouge; son centre se recouvre d'une croûte brune, dont la chute laisse une cicatrice fortement déprimée et indélébile.

Les lésions sont isolées ou confluentes; elles se reproduisent par poussées laissant les surfaces atteintes couvertes de cicatrices.

Elles se développent sur les régions découvertes, principalement le visage, les oreilles, la nuque, le dos des mains, parfois les avant-bras et la partie inférieure des jambes.

Étiologie. — L'hydroa vacciniforme s'observe surtout chez les enfants; il diminue, puis disparaît à l'âge adulte.

⁽¹⁾ WIDMARK, De l'influence de la lumière sur la peau. *Biologika Föreningens Förhandlingar*, 1889

Les poussées se montrent à intervalles variables, souvent très rapprochés. Elles sont surtout nombreuses et intenses pendant l'été, et après l'exposition prolongée au soleil, d'où le nom de *Summer eruption* sous lequel cette affection a été décrite par Hutchinson.

Il s'agit bien manifestement d'une éruption de cause externe, provoquée par l'action directe des rayons solaires, comme le démontrent ses conditions étiologiques et son siège.

Cette affection est rare; elle a été surtout observée en Angleterre par Hutchinson, Brooke, R. Crocker. En France, Brocq¹ et Dubreuilh en ont rapporté des cas.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'hydroa vacciniforme sont constituées par une nécrose des parties profondes de la couche cornée et des portions sous-jacentes de l'épiderme, ainsi que de la plus grande partie du derme (Bowen).

Traitement. — Le traitement de l'hydroa vacciniforme consiste dans l'emploi des topiques émollients et des poudres inertes.

Le seul moyen de prévenir le retour des poussées éruptives est de ne pas s'exposer aux rayons solaires et de protéger contre eux toutes les parties découvertes au moyen de voiles suffisamment épais.

ÉRYTHÈME PERNIO

Définition. — On donne le nom d'érythème pernio ou d'engelures à une affection caractérisée par des taches érythémateuses susceptibles de s'ulcérer, occupant les extrémités, et survenant sous l'influence du froid extérieur.

Description clinique. — Une tache d'un rouge violacé, luisante, à contours souvent mal définis, accompagnée d'un gonflement sous-cutané mollassé, caractérise l'engelure; des douleurs intenses et des démangeaisons violentes l'accompagnent, et ont pour caractéristique d'augmenter et de devenir intolérables lorsque les parties malades sont exposées à une température un peu élevée.

La plaque érythémateuse peut se terminer par résolution, ou aboutir à la formation de bulles qui se rompent et laissent à leur place des ulcérations à bords déchiquetés, à fond sanieux, recouvert de bourgeons charnus pâles et saignants: ces ulcérations s'accompagnent souvent de lymphangite, d'adénite et se réparent difficilement.

Les engelures revêtent parfois la forme papuleuse: elles sont alors constituées par une saillie arrondie, plane ou acuminée, limitée, ne dépassant pas le volume d'une lentille, de coloration rouge violacée⁽²⁾.

Les engelures siègent le plus ordinairement à la face dorsale des mains, puis des pieds, aux faces latérales des doigts et des orteils, plus rarement au nez, aux joues, aux oreilles.

Lorsqu'elles ont duré un certain temps et se sont répétées fréquemment, elles produisent une tuméfaction générale des extrémités qui parfois, surtout aux

(¹) BROCCO, De l'hydroa vacciniforme. *Annales de Dermatologie*, 1894, p. 1155.

(²) DUBREUILH et SABRAZÈS, De quelques formes anormales d'engelures. *Bull. Soc. franç. Dermat.* 1891, p. 300.

mains, offre une certaine analogie avec l'acromégalie; aux oreilles, elles laissent souvent des cicatrices apparentes.

Plus rarement, on peut voir survenir à la suite des engelures de petites taches punctiformes, rouges, sur lesquelles se développent ultérieurement des saillies cornées et verruqueuses: à leur période d'entier développement ces lésions, décrites par Mibelli⁽¹⁾ sous le nom d'*angiokératome*, sont constituées par une sorte de verrue de coloration gris jaunâtre ou violacé, du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de chènevis; les éléments, de nombre variable, occupent principalement la face dorsale et les faces latérales des doigts.

Étiologie. — Les engelures se rencontrent surtout chez les sujets jeunes; plus rares chez les adultes, elles s'observent encore assez fréquemment dans la vieillesse chez les sujets artérioscléreux. Dans l'enfance surtout, elles sont presque uniquement l'attribut des sujets lymphatiques ou strumeux; elles sont particulièrement fréquentes chez ceux dont, en toutes saisons, les extrémités sont le siège d'une stase sanguine plus ou moins marquée. Tous les troubles circulatoires et nerveux des extrémités facilitent d'ailleurs leur développement, ainsi que toutes les causes d'affaiblissement général et en particulier l'alimentation insuffisante.

Elles sont plus fréquentes chez les femmes.

Elles se développent en hiver, sont d'autant plus intenses et plus persistantes que l'hiver est plus rude. Le long séjour à l'air froid, dans la neige, ou l'immersion prolongée des mains dans l'eau froide, suivis de l'exposition trop rapide à la chaleur, agissent souvent comme causes occasionnelles.

Diagnostic. — Ordinairement faciles à reconnaître, les engelures peuvent cependant être confondues avec l'*érythème polymorphe*, surtout dans ses formes papuleuses, mais en diffèrent par leurs conditions étiologiques et par leur localisation aux extrémités.

Certaines variétés de *lupus érythémateux* ont une grande analogie avec les engelures et ne s'en distinguent guère que par leur longue durée.

Les *tuberculides nécrotiques* ont été longtemps confondues avec les engelures, lorsqu'elles sont limitées aux extrémités elles s'en distinguent par leur apparition brusque, leur limitation exacte, leur coloration plus pâle, l'absence des sensations de chaleur et de prurit réveillées par l'exposition à la chaleur.

Les différents troubles trophiques des extrémités que l'on observe dans la lèpre, la sclérodermie, la syringomyélie, les névrites périphériques peuvent présenter l'aspect des engelures, à tel point que la distinction ne repose que sur la constatation de lésions trophiques anciennes et sur la considération de l'époque de l'année à laquelle les altérations se développent.

Traitement. — Chez les sujets jeunes et lymphatiques atteints d'engelures, on administrera l'huile de foie de morue, les sirops d'iodure de fer et iodotannique, les phosphates, etc.; chez les sujets âgés et artérioscléreux, on donnera les diverses préparations iodurées. Chez tous, on fera faire des inspirations d'oxygène et on prescrira des frictions simples ou alcooliques sur le tronc et la partie supérieure des membres.

(¹) V. MIBELLI, Di una nuova forma di cheratose « Angiocheratoma ». *Giornale italiano delle malattie veneree*, 1889, p. 285.

Le *traitement local* consiste, dans les formes érythémateuses, en bains astringents (feuilles de noyer, feuilles d'eucalyptus, écorce de chêne) et, si le prurit est intense, en applications de pommades camphrées ou mieux mentholées (oxyde de zinc 20 gr., menthol 1 gr., vaseline 50 gr.).

Lorsque les engelures sont ulcérées, on les lavera avec des solutions antiseptiques faibles, on les saupoudrera de poudres antiseptiques ou légèrement astringentes (sous-nitrate de bismuth, dermatol, sous-carbonate de fer, etc.), ou on les pansera avec un emplâtre occlusif; si elles sont très irritées, on les pansera au liniment oléo-calcaire; si elles sont torpides, avec le baume styrax ou au nitrate d'argent, en pommades ou en badigeonnages.

Les sujets prédisposés préviendront le développement des engelures en recourant à des bains astringents, en portant des chaussures suffisamment larges et en évitant l'exposition à toutes les sources directes de calorique.

ÉRYTHÈMES RADIOGRAPHIQUES

Les rayons Röntgen, employés dans un but expérimental, diagnostique ou thérapeutique, déterminent des lésions cutanées variées et parfois graves.

Description clinique. — Ces lésions consistent en plaques érythémateuses parfois très étendues, d'un rouge généralement vif, avec tuméfaction de la peau, qui est le plus souvent très douloureuse. Les lésions peuvent en rester là, être suivies seulement, au bout de quelques jours, d'une desquamation épidermique et de la chute des poils, et laisser après elles des taches pigmentées persistantes. Très souvent, il survient quelques jours plus tard des vésicules, des phlyctènes plus ou moins étendues, suivies ou non de la formation de croûtes; parfois des eschares, douloureuses ou indolentes, de profondeur variable, mais se détachant toujours lentement, succèdent à ces diverses lésions.

L'érythème radiographique ne succède pas immédiatement à l'action des rayons Röntgen, il se produit seulement au bout de quelques jours, souvent après plusieurs séances d'exposition aux rayons. L'exposition nouvelle d'une région déjà atteinte d'érythème provoque des lésions plus graves.

Chez les sujets qui, professionnellement⁽¹⁾, sont exposés fréquemment à l'action plus ou moins diffuse de ces rayons, la peau prend parfois un aspect brillant, lisse, rouge violacé analogue à celui des engelures, avec état parcheminé, épaissement léger du derme, exagération des plis et rides, desquamation de l'épiderme, chute des poils. Ces lésions s'observent surtout sur le dos des mains.

Étiologie et pathogénie. — L'érythème radiographique occupe les régions qui ont été soumises à l'action directe des radiations; il se développe aussi bien à la suite d'une seule exposition, même de courte durée, qu'à la suite de plusieurs expositions. On les observe surtout lorsque l'ampoule est placée à une faible distance de la peau. Il semble que certaines ampoules provoquent plus que d'autres l'apparition de l'érythème et il y a lieu de penser que, parmi les

⁽¹⁾ P. RICHER et A. LONDE, Sur des cas d'érythème radiographique des mains. *C. R. Acad. des sciences*, 31 mai 1897.

diverses radiations auxquelles donnent naissance les ampoules de Crookes, certaines soient plus nocives que d'autres.

Le rôle des diverses espèces de rayons, produits par les ampoules employées en radiographie, dans la production de ces lésions, n'est pas établi. Lorsque les caractères physiques de ces divers rayons et leur mode de production auront été élucidés, il sera peut-être possible d'éviter les accidents cutanés. Actuellement, les notions sur ces points sont trop rudimentaires, et les causes exactes des lésions consécutives trop mal déterminées, pour qu'on puisse, sans danger, appliquer ces rayons, comme on l'a proposé, au traitement de certaines dermatoses.

L'apparition tardive des lésions de l'érythème radiographique le différencie de toutes les autres variétés d'érythèmes de cause externe et montre qu'il doit reconnaître une pathogénie spéciale. On peut supposer qu'il résulte de modifications chimiques des tissus évoluant à long terme. Oudin et Barthélemy l'attribuent à une névrite produite par les rayons Röntgen, névrite dont les effets cutanés se produisent non pas par action directe périphérique, mais par réflexion centrifuge⁽¹⁾.

Anatomie pathologique. — Les recherches expérimentales de Darier montrent que, chez le cobaye, les rayons Röntgen déterminent une hyperkératose considérable et une alopecie avec atrophie de la portion bulbair des poils.

Traitement. — Le traitement de l'érythème radiographique est celui des brûlures.

II

DERMATOSES PRODUITES PAR LE CONTACT DE SÉCRÉTIONS ALTÉRÉES

A cette catégorie appartiennent l'intertrigo et les érythèmes des nouveau-nés.

INTERTRIGO

Définition. — On donne le nom d'intertrigo à des lésions cutanées occupant les surfaces d'adossement des grands plis de la peau et caractérisées par le développement de placards d'abord érythémateux, plus tard suintants et d'apparence eczémateuse⁽²⁾.

Description. — Dans sa forme la plus simple, l'intertrigo débute par une plaque rouge, prurigineuse, au niveau de laquelle l'épiderme conserve son aspect normal ou devient brillant et comme vernissé.

⁽¹⁾ OUDIN, BARTHÉLEMY et DARIER, Accidents cutanés et viscéraux consécutifs à l'emploi des rayons X. *France médicale*, 1898.

⁽²⁾ Telle est la définition classique; mais il conviendrait, suivant l'opinion de E. Besnier, de n'attacher à la dénomination d'intertrigo qu'une acception purement topographique: le fait même du siège dans les grands plis modifie toutes les lésions cutanées quelles qu'elles soient et leur donne des caractères communs. Il y aurait lieu de décrire un érythème intertrigo, un eczéma intertrigo, un psoriasis intertrigo, un lichen intertrigo.