

saillantes, de forme arrondie ou allongée transversalement, ont une coloration jaune chamois clair ou rosée; à leur niveau, la peau présente une exagération du quadrillage normal. Ces tumeurs, de consistance ferme, occupent la partie supérieure et antérieure du thorax; elles diminuent de nombre à mesure qu'on descend vers la région mammaire, qu'elles atteignent rarement. Elles sont toujours nombreuses et leur nombre augmente progressivement avec la durée de la maladie.

L'affection débute dans le jeune âge et semble persister pendant toute l'existence, sans menacer de subir la transformation maligne.

Elle s'observe aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Les **lésions anatomiques** sont constituées par des amas de cellules épithéliales rappelant l'aspect et la disposition des cellules des glandes sudoripares, avec des dilatations kystiques remplies de matière colloïde. L'interprétation de ces lésions a soulevé des hypothèses nombreuses. Darier et Jacquet ont pensé qu'il s'agissait d'adénomes des glandes sudoripares; Jacquet est revenu plus tard sur cette opinion pour admettre qu'il s'agit de tumeurs épithéliales développées aux dépens de débris para-épithéliaux erratiques. Quinquaud<sup>(1)</sup> les a désignées sous le nom de cellulome épithélial éruptif et les a attribuées à une altération congénitale ayant peut-être pour origine quelques cellules épidermiques aberrantes. Török<sup>(2)</sup> et Unna admettent un développement anormal des germes embryonnaires des glandes sudoripares et leur donnent le nom de syringocystadénomes. Kaposi en fait, sans preuves suffisantes, des lymphangiomes tubéreux.

Le seul **traitement** applicable à ces tumeurs est la cautérisation ignée.

## VIII

### LES HYPERKÉRATOSES

Dans le groupe des hyperkératoses nous ayons à étudier — l'ichtyose ayant été décrite au chapitre des dermatoses d'origine congénitale — les kératodermies symétriques des extrémités, la porokératose et les verrues.

#### KÉRATODERMIES SYMÉTRIQUES DES EXTRÉMITÉS

On donne le nom de kératodermies à des lésions caractérisées par un développement exagéré de l'épiderme corné occupant d'une manière diffuse et continue un territoire plus ou moins étendu. Les plus intéressantes de ces kératodermies occupent symétriquement les régions palmaires et plantaires, d'où leur nom de kératodermies symétriques des extrémités.

**Description clinique.** — Ce groupe, très complexe, est encore incomplètement connu.

Sans compter les localisations palmaires et plantaires de certaines dermatoses

<sup>(1)</sup> QUINQUAUD, Note sur le cellulome épithélial éruptif. *C. R. du Congrès international de Dermatologie*, Paris, 1889, p. 412.

<sup>(2)</sup> TÖRÖK, Das Syringo-Cystadenom. *Monatsch. f. prakt. Dermatol.*, 1889, t. VIII, p. 116.

kératosiques, telles que le pityriasis rubra pilaire, les eczémas, etc., ce groupe comprend notamment, comme l'a montré Besnier<sup>(1)</sup>:

1° Des lésions congénitales et familiales;

2° Des lésions se produisant dans la deuxième enfance, à caractère érythémateux, semblant en rapport avec un trouble nerveux;

3° Des lésions plus tardives, en foyers multiples, ne correspondant pas à l'intensité des pressions exercées et relevant également de troubles nerveux centraux.

Dans ces diverses affections, qui diffèrent surtout par leur marche, l'épiderme plantaire et palmaire est épaissi, dur, résistant, d'une coloration jaunâtre spéciale, parfois parcouru par des fissures plus ou moins profondes ou des dépressions dans lesquelles s'accumulent les poussières et la crasse.

L'épaisseur de l'épiderme hyperkératosique peut être la même dans toute l'étendue des régions intéressées; elle varie souvent dans leurs divers points, et atteint son maximum dans les points où s'exercent les pressions: aux éminences thénar et hypothénar ou au centre de la main, au niveau du talon ou de la tête des métatarsiens. Parfois ces points sont seuls atteints. Mais, quelle que soit leur topographie, les lésions sont, dans leur étendue et dans leur intensité, hors de proportion avec les pressions exercées.

Dans les différentes formes de kératodermies, il est habituel de voir les zones hyperkératosiques entourées d'une bordure rosée plus ou moins étendue.

La sécrétion sudorale est généralement conservée; dans certains cas même, elle est exagérée: cette hyperhidrose coïncide souvent avec une exagération des lésions au niveau des orifices des glandes sudoripares.

Les ongles sont presque toujours atteints en même temps que la région palmaire: ils sont tantôt augmentés d'épaisseur, tantôt et plus souvent amincis et exfoliés.

Les kératodermies symétriques des extrémités ne s'accompagnent généralement d'aucun trouble fonctionnel. Cependant les fissures qui se produisent sur leur surface peuvent être douloureuses et, lorsque l'épaississement de l'épiderme est très considérable, il peut gêner les mouvements et en particulier la marche. Dans quelques cas où l'érythème est très accusé, l'affection donne lieu à des douleurs vives<sup>(2)</sup>.

Les kératodermies congénitales sont essentiellement persistantes et ne subissent que de faibles modifications, en dehors de l'exagération par les pressions extérieures, surtout les pressions professionnelles.

Les kératodermies développées dans la deuxième enfance ou l'âge adulte sont sujettes à des exacerbations inflammatoires et douloureuses, à l'occasion de pressions extérieures, d'applications médicamenteuses, ou spontanément. Elles peuvent néanmoins rétrocéder.

**Étiologie.** — La kératodermie congénitale est une difformité cutanée, souvent familiale, s'observant chez un plus ou moins grand nombre de membres d'une famille.

Les kératodermies développées dans l'enfance ou l'âge adulte sont souvent exagérées par des causes extérieures. Mais leur disposition symétrique est en

<sup>(1)</sup> E. BESNIER, Kératodermie symétrique érythémateuse. *Atlas international des maladies rares de la peau*, 1889, II.

<sup>(2)</sup> BROOKE, Erythema keratodes of palms and soles. *British Journal of Dermatology*, 1891, p. 355.

faveur de l'intervention du système nerveux, bien que le mode de cette intervention ne puisse être précisé.

**Diagnostic.** — Les kératodermies symétriques des extrémités peuvent être prises pour de simples *durillons* produits chez les travailleurs par les pressions répétées; mais ceux-ci sont plus limités et leur siège correspond à celui des pressions qui les provoquent, alors que les points non comprimés restent indemnes.

Dans le *pityriasis rubra pilaire*, dans le *lichen plan corné*, on peut observer des lésions palmaires et plantaires très analogues à celles des kératodermies symétriques: la distinction ne peut quelquefois se baser que sur la coexistence des lésions caractéristiques de ces affections sur différents points du tégument.

Les *eczémas cornés* peuvent simuler les kératodermies symétriques, d'autant mieux qu'ils peuvent également être symétriques et se limiter aux régions plantaires et palmaires; ils en diffèrent cependant par une tendance plus nette à la desquamation, souvent par un certain degré de prurit, par le développement plus rapide et moins régulièrement symétrique.

Les *syphilides palmaires et plantaires* peuvent donner lieu à des squames cornées épaisses, mais elles sont généralement unilatérales et les productions cornées, à contours arrondis ou polycycliques, reposent sur une infiltration dermique manifeste.

Les *kératodermies d'origine arsenicale* occupent symétriquement les extrémités; leurs lésions prédominent en général au niveau des orifices des glandes sudoripares, mais cette localisation n'est pas d'une constance absolue; en réalité, les kératodermies d'origine arsenicale se distinguent des kératodermies essentielles moins par leurs caractères objectifs, qui peuvent être identiques à ceux de ces dernières, que par la connaissance des antécédents, de sorte que, en présence d'une kératodermie acquise, on doit toujours rechercher s'il n'y a pas des causes accidentelles, médicamenteuses ou professionnelles d'intoxication arsenicale.

**Traitement.** — Les médications internes sont complètement inefficaces contre les kératodermies.

Localement, on aura recours, pour ramollir la couche cornée, aux enveloppements humides, aux applications d'emplâtres adhésifs, et on en enlèvera les débris au moyen d'une curette. Les pommades à l'acide pyrogallique (8 à 10 pour 100), à l'acide salicylique (5 à 6 pour 100), à la résorcine (4 à 8 pour 100) peuvent être employées à la fois pour faciliter la chute de l'épiderme et pour empêcher ou au moins modérer la reproduction de couches cornées épaisses.

#### POROKÉRATOSE

**Définition.** — Mibelli <sup>(1)</sup> a donné le nom de porokératose (*πόρος*, canal) à une affection caractérisée par le développement de saillies cornées superficielles, arrondies ou disposées en figures irrégulières, affection à évolution très lente et persistant indéfiniment, qu'il considère comme ayant pour origine les conduits sudoripares.

<sup>(1)</sup> MIBELLI. Contributo allo studio dell'ipercheratosi dei canali sudoriferi « Porokeratosis ». *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1895, p. 545. — RESPIGHI. Di una ipercheratosi non ancora descritta. *Idem*, 1895, p. 556.

**Description clinique.** — La lésion initiale, rarement constatée, de la porokératose est une étroite saillie arrondie, acuminée, de coloration blanc grisâtre.

Cette saillie se transforme ultérieurement, par extension périphérique, en une bordure arrondie, saillante, sorte d'ourlet blanc sale, lisse ou légèrement squameux, d'aspect corné; cette bordure, de forme arrondie ou dentelée et polycyclique, ou irrégulière, est continue; elle est souvent entourée d'une étroite zone hyperémique et entoure une surface centrale de coloration normale ou rouge brunâtre, lisse ou légèrement squameuse, sur laquelle on voit ou non de petites saillies cornées disséminées.

Les lésions de la porokératose ont une étendue variable; tantôt elles sont très limitées, tantôt elles peuvent atteindre la largeur de la paume de la main. Elles s'étendent progressivement, mais très lentement, par leur périphérie.

Elles se réunissent en nombre plus ou moins grand sur une même région. Elles sont presque toujours disposées symétriquement.

Leurs lieux d'élection sont les régions découvertes: visage, cou, dos des mains et des pieds, puis les organes génitaux. On voit encore la porokératose à la partie inférieure des jambes, à la plante des pieds, à la paume des mains, aux poignets; on peut d'ailleurs l'observer sur toutes les régions du corps. Ducrey et Respighi <sup>(1)</sup> ont constaté sur la muqueuse buccale des lésions analogues à celles du tégument externe.

Cette affection ne s'accompagne d'aucune sensation anormale, d'aucun trouble fonctionnel. Aussi peut-elle facilement passer inaperçue.

Elle débute à un âge variable, le plus souvent dans l'adolescence ou l'âge adulte. Elle persiste indéfiniment sans entraîner aucun trouble de la santé générale.

**Diagnostic.** — La porokératose peut être confondue avec le *lichen de Wilson*, surtout avec ses formes atrophiques, mais elle en diffère par l'absence complète de prurit, l'extension très lente et fatalement progressive de ses lésions.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions de cette affection consistent en une hyperkératose localisée. Mibelli a placé le point de départ de l'hyperkératose dans les orifices des glandes sudoripares, d'où le nom qu'il lui a donné. Le siège glandulaire de la localisation initiale a été contesté par Ducrey et Respighi, qui n'ont pu le constater et qui ont d'ailleurs rencontré des lésions histologiques analogues à celles de la peau sur la muqueuse buccale où il ne peut être question de glandes sudoripares.

**Étiologie.** — La porokératose est une affection familiale: on en observe constamment un nombre plus ou moins considérable de cas dans une même famille. Elle ne se transmet jamais aux conjoints.

Le plus grand nombre des cas de cette affection ont été observés en Italie. Il en a été cependant publié des observations dans presque tous les pays, à l'exception de la France où elle n'est connue que par les descriptions des auteurs étrangers.

**Traitement.** — La porokératose ne paraît pas susceptible de rétrocession.

<sup>(1)</sup> DUCREY et RESPIGHI. Sur une singulière dermatose à localisations cutanées et muqueuses, l'hyperkératose figurée centrifuge atrophique (improprement appelée porokératose). *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 609 et 754.

On peut cependant avoir recours aux préparations d'acide salicylique, d'acide pyrogallique, d'acide chrysophanique, ou aux emplâtres, en particulier à l'emplâtre de Vigo, pour obtenir la chute des productions kyperkératosiques.

### VERRUES

**Définition.** — On donne le nom de verrues à des excroissances papillaires de la peau, généralement arrondies et plates, quelquefois acuminées, ordinairement multiples et occupant presque uniquement les parties découvertes du tégument.

**Description.** — Les verrues sont constituées par des saillies de forme arrondie, ordinairement sessiles, quelquefois cependant un peu rétrécies à leur base. Leur surface est irrégulière, rugueuse, ressemblant à un velours ras, parsemée de saillies de volume variable correspondant à des papilles hypertrophiées; entre ces saillies, on voit des dépressions plus ou moins profondes, tantôt très superficielles, d'autres fois très accusées et entamant jusqu'au derme. Leur coloration est généralement grise ou jaunâtre, quelquefois noirâtre.

Lorsque les verrues sont volumineuses, on les voit souvent se réunir pour former des surfaces bourgeonnantes.

Si on coupe une verrue horizontalement, on voit nettement sa structure papillaire. Après qu'on l'a arrachée, sa base saigne assez abondamment.

Les verrues persistent généralement pendant un temps fort long et ne disparaissent qu'à la suite d'un arrachement accidentel ou d'un traitement régulier.

Parfois uniques pendant un temps plus ou moins long, elles finissent par devenir multiples, en raison de la facilité avec laquelle elles se réinoculent.

Les verrues peuvent occuper les différentes régions de la peau. Elles ont pour siège ordinaire la face dorsale des mains et des doigts, assez fréquemment aussi leur face palmaire, le poignet. Autour des ongles, elles sont particulièrement gênantes, douloureuses et rebelles. A la plante des pieds, elles affectent une forme spéciale<sup>(1)</sup>, ressemblent à un durillon légèrement saillant, dont les couches superficielles sont dures et semblables à l'épiderme corné normal et dont la partie profonde est molle, comme feuilletée, laissant après son ablation une perforation profonde dans l'épais épiderme plantaire.

Au visage, les verrues sont souvent pédiculées, effilées à leur extrémité. Au cuir chevelu, elles forment une saillie nettement limitée, rétrécie à sa base, composée de nombreux prolongements cornés, minces et effilés, qui peuvent atteindre un centimètre de long.

Sur les muqueuses, où elles peuvent également s'inoculer<sup>(2)</sup>, elles revêtent un aspect analogue, mais les prolongements sont moins longs.

Les végétations des organes génitaux ne sont peut-être que des verrues modifiées par leur siège spécial, car elles coïncident très souvent avec des verrues du tégument.

On voit assez fréquemment chez les jeunes sujets une forme spéciale de verrues que E. Besnier a décrite sous le nom de *verruës planes juvéniles*<sup>(3)</sup>. Ces

(1) W. DUBREUILH, Contribution à l'étude clinique et anatomique de la verrue plantaire. *Annales de Dermatologie*, 1895, p. 441.

(2) RASCH, Note sur 2 cas de papillomes bénins de la muqueuse buccale. *Annales de Dermatologie*, 1895, p. 6.

(3) J. DARIER, Verrues planes juvéniles. *Annales de Dermatologie*, 1888, p. 617.

lésions occupent la face dorsale des mains, les différentes régions du visage et sont toujours en nombre extrêmement considérable. Elles sont constituées par des saillies du volume d'une tête d'épingle à celui d'une petite lentille, aplaties, ne faisant qu'un très léger relief, de coloration rosée ou jaunâtre, souvent peu intense; leur surface présente un quadrillage irrégulier qui semble dû à une exagération des plis épidermiques plutôt qu'à une augmentation de volume des papilles. Ces lésions ont une très longue durée, mais disparaissent sans laisser de traces et parfois spontanément.

**Diagnostic.** — Les verrues sont faciles à reconnaître.

La *tuberculose verruqueuse* s'en distingue par la plus grande étendue de ses placards, leur longue durée, leur revêtement corné plus développé et surtout la présence à la périphérie d'un bourrelet rouge ou violacé qui fait complètement défaut dans les verrues.

Les *papillomes simples* sont extrêmement rares et leur existence est même douteuse; la plupart des lésions décrites sous ce nom appartiennent à la tuberculose verruqueuse.

Les *verruës séborrhéiques* se distinguent des verrues simples par leur surface aplatie, sans productions cornées isolées, ou avec un revêtement corné uniforme, leur coloration généralement jaune ou brunâtre, quelquefois foncée et même noire, leur pédiculisation plus ou moins nette, leur multiplicité, leur siège sur les parties couvertes aussi bien que sur les parties découvertes, souvent même en plus grand nombre sur les parties couvertes, enfin leur développement chez des sujets âgés.

Les verrues planes juvéniles pourraient être confondues avec les *adénomes sébacés*, mais ces derniers occupent surtout les joues et les sillons naso-géniens, renferment une gouttelette de liquide et coïncident ordinairement avec des télangiectasies.

**Étiologie.** — Les verrues s'observent surtout chez les sujets jeunes. Elles sont plus fréquentes chez les campagnards que chez les citadins. Elles se transmettent manifestement par contagion: très fréquemment les enfants en sont atteints après l'arrivée dans la famille de domestiques porteurs de lésions semblables.

L'étiologie des verrues planes juvéniles est discutable: cependant leur coïncidence fréquente avec des verrues vulgaires doit les faire rapprocher de ces dernières.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions de la verrue vulgaire consistent en une hyperkératose localisée; l'hyperplasie épidermique se produit à la fois en surface et en profondeur et détermine mécaniquement l'allongement des papilles. Les lésions diffèrent suivant les régions occupées par les verrues<sup>(1)</sup>.

Les verrues planes juvéniles se distinguent des verrues vulgaires par le moindre développement et la moindre densité du revêtement corné.

Majocchi et Kuhnemann ont décrit dans la couche épineuse des verrues un bacille spécial, le *bacterium porri*, que les recherches ultérieures (Neisser, Jadassohn, W. Dubreuilh) n'ont pas permis de retrouver.

(1) W. DUBREUILH, Des hyperkératoses circonscrites. *Annales de Dermatologie*, 1896, p. 1158.

**Traitement.** — Le traitement des verrues consiste dans leur destruction par les caustiques, chimiques ou thermiques.

Les divers acides (nitrique, chromique, acétique, etc.) sont employés couramment dans ce but. La cautérisation thermique doit être préférée, parce qu'elle est à la fois plus rapide, plus efficace et moins douloureuse, et que son action peut être mieux limitée : pour être efficace, elle doit atteindre la partie profonde de la verrue.

Lorsque les verrues sont nombreuses, peu volumineuses et peu saillantes, on peut provoquer leur exfoliation au moyen du collodion salicylé ou d'emplâtres salicylés. On a encore recours dans ces cas aux applications d'emplâtre de savon mou de potasse. Ces topiques amènent la dessiccation de la verrue et son racornissement; l'exfoliation de ses couches superficielles se fait facilement et, en renouvelant les applications, on finit par détacher la verrue tout entière.

Divers médicaments internes ont été proposés contre les verrues (magnésie calcinée, thuya, etc.), mais semblent sans efficacité réelle.

## IX

## LES DYSTROPHIES PIGMENTAIRES

Les troubles de la pigmentation cutanée peuvent être constitués par une diminution ou par une exagération de la pigmentation normale.

La diminution de la pigmentation, ou *leucodermie*, ne présente pas d'intérêt clinique.

L'exagération de la pigmentation ou hyperchromie, ou *mélanodermie*, peut être partielle ou générale et reconnaître des causes très diverses : maladie d'Addison, troubles nerveux et névroses, telles que la maladie de Basedow, phthiriose, intoxication arsenicale, action locale de traumatismes, d'affections cutanées antérieures, etc. Ces diverses variétés de mélanodermie ont été signalées à propos des causes qui peuvent les produire. Une étude détaillée de la séméiologie des mélanodermies généralisées ferait double emploi avec le diagnostic différentiel de la maladie d'Addison, qui sera exposé dans un volume ultérieur de ce *Traité*.

Nous étudierons dans ce chapitre les éphélides, le chloasma et la dystrophie pigmentaire caractérisée par la présence simultanée de l'achromie et de l'hyperchromie, le vitiligo; ainsi qu'une affection encore mal classée, l'acanthosis nigricans.

D'autres affections caractérisées, à titre principal ou accessoire, par des troubles de la pigmentation ont déjà été l'objet de descriptions dans des chapitres précédents : les nævi pigmentaires, le lentigo, le xeroderma pigmentosum.

## ÉPHÉLIDES

**Définition.** — On donne le nom d'éphélides à des troubles de la pigmentation caractérisés par le développement, sur les parties exposées aux rayons solaires, de taches brunes diffuses.

**Description.** — Les éphélides succèdent à des érythèmes des parties découvertes ou se produisent sans altération préalable des téguments.

Elles consistent en une coloration brune, variant du gris pâle au brun rouge ou jaunâtre, parfois même allant presque au noir. Cette coloration forme des plaques à bords diffus, d'étendue variable, sur lesquelles elle est répandue en nappes uniformes, ou parsemées de petites taches plus foncées. Ces plaques occupent les parties exposées aux rayons solaires, principalement le visage où elles sont surtout développées à la région frontale et sur les joues; elles se voient également sur les parties découvertes du cou, sur la face dorsale des mains, sur la partie inférieure des avant-bras.

Les éphélides s'exagèrent par la continuité d'action de la cause qui les a produites; elles s'atténuent lorsque cette cause cesse d'agir et peuvent disparaître complètement pour se reproduire ultérieurement si cette cause vient à agir de nouveau.

**Étiologie.** — La cause efficiente des éphélides est l'action des rayons solaires auxquels il faut ajouter celle de la chaleur et du vent. Aussi les observe-t-on chez les sujets que leur profession oblige à vivre en plein air : elles sont un des éléments du hâle des campagnards.

Elles se rencontrent aussi chez des sujets qui ne vivent qu'accidentellement à l'air, à la suite de coups de soleil répétés.

Elles s'observent fréquemment chez des convalescents, à la suite de séjours prolongés à l'air et au vent.

**Traitement.** — Le traitement des éphélides consiste surtout à protéger par des moyens appropriés les parties exposées au soleil.

## CHLOASMA

**Définition.** — On donne le nom de chloasma à des pigmentations diffuses, occupant principalement les régions découvertes, et liées à des troubles viscéraux divers, surtout à des troubles utérins.

**Description.** — Le chloasma est constitué par des taches d'étendue variable, à bords tantôt nets et tantôt diffus, à contours irréguliers; leur coloration, assez uniforme, varie du gris sale, rappelant celle d'une couche légère de crasse, au jaune brun, ou même au brun presque noir.

Il siège principalement au front, où il est limité par un bord net et séparé par une étroite zone claire de la ligne d'implantation des cheveux, et où sa coloration décroît jusqu'au voisinage de l'implantation des sourcils, aux tempes, sur les parties latérales des joues, sur les pommettes. On peut l'observer sur la totalité du visage, même sur le cou et la partie supérieure du tronc.

**Étiologie.** — Le chloasma peut s'observer dans un grand nombre d'états pathologiques très divers.

Il est surtout fréquent dans les troubles utérins, dans les métrites internes, dans les diverses lésions utéro-ovariennes, accompagnées d'aménorrhée. Il constitue le masque des femmes enceintes, qui apparaît à une époque variable de la