

**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.

## ÉPHELIDES

**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

grossesse, et présente une intensité variable, généralement plus accusée chez les femmes brunes et chez celles qui ont dépassé 25 ans; le masque de la grossesse persiste souvent pendant l'allaitement jusqu'après le retour des règles.

Les anémies graves, quelle qu'en soit la cause, s'accompagnent parfois de chloasma.

**Anatomie pathologique et pathogénie.** — Le pigment dont l'accumulation constitue le chloasma occupe le derme et les cellules du corps muqueux de Malpighi.

Ce pigment est manifestement d'origine sanguine; sa production est favorisée par les altérations chimiques du sang sous l'influence des lésions viscérales ou des troubles de nutrition générale et est peut-être sous la dépendance de troubles du système sympathique.

**Diagnostic.** — Le chloasma se distingue des divers autres troubles de la pigmentation d'origine interne, et de la *maladie d'Addison* en particulier, par sa localisation spéciale ou prédominante sur le visage, et sur certaines régions déterminées du visage.

La concomitance de troubles de la santé générale et spécialement de troubles utérins, la disposition des taches pigmentées, la différenciation des *éphélides*.

La *syphilide pigmentaire* diffère du chloasma par la forme réticulée de la pigmentation, par son siège exclusif ou prédominant sur le cou.

**Traitement.** — On devra surtout traiter des affections qui tiennent le chloasma sous leur dépendance.

Localement, on pourra essayer les lavages avec une solution de sublimé à 2 ou 4 pour 1000, les applications d'emplâtre de Vigo, les badigeonnages avec l'eau oxygénée, alternant avec l'emploi de pommades à l'oxyde de zinc pour calmer l'irritation que provoquent ces topiques.

On parvient ainsi à atténuer la pigmentation et à en hâter la disparition, lorsque la cause qui en a provoqué le développement a cessé d'agir.

## VITILIGO

**Définition.** — Sous le nom de vitiligo (de *vitulus*, veau, peau tachetée comme celle du veau), on ne doit décrire que les modifications accidentelles de la pigmentation cutanée caractérisées à la fois par la disparition et par l'accumulation anormale du pigment dans les régions immédiatement adjacentes de la peau, c'est-à-dire par un mélange d'achromie et d'hyperchromie.

Le vitiligo diffère donc de la leucodermie, dans laquelle la disparition du pigment sur certaines zones cutanées coïncide avec une pigmentation normale de la peau du voisinage.

**Description.** — Les plaques blanches ou achromiques sont d'étendue assez variable, en moyenne larges comme une pièce de 50 centimes; de forme généralement arrondie, quelquefois irrégulière, sinueuse, elles sont répandues irrégulièrement et en nombre variable sur une surface de coloration grisâtre ou brunâtre, quelquefois presque noirâtre; cette surface hyperchromique offre une

étendue variable et une configuration irrégulière; elle est limitée par un bord net ou se confond insensiblement avec la peau normale.

Le vitiligo peut siéger sur les différentes parties du corps, sauf peut-être la paume des mains et la plante des pieds; il occupe cependant de préférence le cou, la face dorsale des mains et des poignets, les avant-bras, puis, par ordre de fréquence, les organes génitaux; il est ordinaire de le voir occuper simultanément plusieurs de ces régions; il offre le plus souvent une disposition symétrique. Lorsqu'il siège sur une région couverte de poils (cuir chevelu, barbe), ceux-ci se décolorent en général dans les points où la peau a perdu son pigment; les poils peuvent aussi tomber, au niveau des plaques achromiques, donnant lieu à une variété d'alopécie en aires qui rappelle la pelade et ne doit pas être confondue avec elle<sup>(1)</sup>, quoique Cazenave ait donné à la pelade le nom de vitiligo du cuir chevelu.

Le vitiligo ne s'accompagne d'aucune modification de la surface de la peau, d'aucune modification de sa consistance, d'aucune douleur, souvent d'aucun trouble de la sensibilité, parfois cependant d'un degré plus ou moins prononcé d'anesthésie ou d'hyperesthésie; ces troubles sensitifs n'ont pas de relation constante avec les zones achromiques ou hyperchromiques; il n'y a le plus souvent aucune modification de la sécrétion sudorale.

Débutant tantôt lentement, de sorte que ses premières phases passent complètement inaperçues, tantôt rapidement et recouvrant en quelques jours des surfaces étendues, le vitiligo, une fois développé, peut rester longtemps stationnaire; il tend généralement à s'étendre et peut envahir une grande partie de la surface cutanée; il peut se déplacer et parfois disparaître.

L'état général des malades atteints de vitiligo n'est pas influencé par cette dermatose.

**Anatomie pathologique.** — Les altérations cutanées du vitiligo consistent exclusivement dans l'irrégularité de la distribution du pigment: absence de granulations pigmentaires dans les couches profondes de l'épiderme au niveau des parties blanches, abondance excessive des mêmes granulations dans les parties de coloration foncée.

Les conditions qui président à la disparition du pigment au niveau des plaques achromiques ne sont pas déterminées.

En outre, Leloir<sup>(2)</sup>, Dejerine, Schwimmer, Kopp ont vu les nerfs qui se distribuent aux portions dyschromiques du tégument atteints de névrite parenchymateuse.

**Étiologie.** — Le vitiligo peut se développer, ou plus exactement paraît se développer parfois sans causes appréciables, chez des sujets jeunes, de bonne santé antérieure; mais le plus souvent il accompagne quelque altération plus ou moins manifeste du système nerveux; c'est ainsi qu'on le rencontre assez souvent chez les aliénés, qu'on peut l'observer à la suite de névralgies rebelles; qu'il accompagne parfois la sclérodermie, le tabès à sa période préataxique ou à une période avancée, la syringomyélie, le goitre exophtalmique<sup>(3)</sup>. Ces faits

<sup>(1)</sup> SENATOR, Combination von Alopecia areata und Vitiligo. *Charité-Annalen*. 1889, p. 541. — G. THIBERGE. Du vitiligo. *Semaine médicale*, 1891, p. 453.

<sup>(2)</sup> LELOIR, Recherches cliniques et anatomopathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse. Thèse de doctorat, Paris, 1882, p. 48.

<sup>(3)</sup> P. MARIE, Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. Thèse de doctorat, Paris, 1885.

sont assez fréquents pour que le vitiligo doive être considéré comme une véritable dermatoneurose indicatrice et pour que sa constatation nécessite toujours un examen attentif du malade au point de vue de l'existence possible d'une neuropathie causale.

On peut voir des plaques achromiques entourées d'une zone hyperpigmentée se développer au niveau des points soumis à des pressions, par un bandage herniaire, par exemple. Il n'est pas prouvé que ces lésions rentrent dans le cadre du vitiligo et reconnaissent comme celui-ci une origine nerveuse.

**Diagnostic.** — Les caractères du vitiligo sont assez nets pour que la confusion ne soit guère possible avec d'autres affections accompagnées de troubles de la pigmentation. Cependant, on a pu, à un examen incomplet, croire à une *maladie d'Addison*, au *pityriasis versicolore*.

La *lépre maculeuse* prête plus à l'erreur, mais les troubles de la pigmentation y sont moins nettement limités, il n'y a pas d'hyperchromie autour des taches achromiques, et les troubles de la sensibilité sont beaucoup plus profonds.

Dans quelques cas exceptionnels, des *cicatrices* anciennes très superficielles entourées d'une zone d'hyperpigmentation considérable peuvent simuler à première vue le vitiligo, mais à un examen attentif elles en diffèrent par l'état de leur surface.

La *syphilide pigmentaire*, outre son siège de prédilection au cou et la régularité de sa disposition, diffère du vitiligo en ce que les taches blanches réservées par la pigmentation pathologique ne résultent pas d'une décoloration réelle.

**Traitement.** — Basé sur les données étiologiques qui semblent en faire constamment le résultat d'une neuropathie, le traitement du vitiligo consiste dans l'emploi des nervins, de l'électricité et de la révulsion le long du rachis, auxquels on doit quelques succès. E. Besnier a obtenu des résultats satisfaisants des bains salés et des injections de pilocarpine.

#### ACANTHOSIS NIGRICANS

**Définition.** — On donne le nom d'acanthosis nigricans à une affection caractérisée à la fois par une exagération de la pigmentation cutanée et par le développement de saillies végétantes occupant certains sièges de prédilection<sup>(1)</sup>.

**Description clinique.** — L'altération principale est constituée par des saillies papillaires formant tantôt de simples élevures mamelonnées, tantôt de véritables papillomes, simples ou ramifiés, tantôt des excroissances minces, effilées ou renflées en massue. Ces lésions se réunissent généralement pour former des nappes d'étendue variable, d'aspect quadrillé ou chagriné, sur lesquelles on voit par places s'élever des groupes de villosités ou des masses végétantes.

Elles ont une coloration foncée, variant du gris brunâtre au gris de fer ou même au noir d'ébène; cette pigmentation déborde dans une étendue variable les placards papillomateux.

<sup>(1)</sup> Voir COUILLAUD, Dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis nigricans; ses relations avec la carcinose abdominale, *Thèse de Paris*, 1895-1896.

Ces lésions occupent les régions mammaire, ombilicale, ano-génitale, les grands plis articulaires, les mains et les pieds, la nuque; elles sont ordinairement symétriques. On les observe également sur les muqueuses.

Outre ces lésions primordiales, les poils sont altérés, ils peuvent tomber sur la totalité du corps; les ongles sont épaissis, striés et cannelés, secs et cassants; la peau est sèche.

L'état général des sujets atteints d'acanthosis nigricans est le plus souvent mauvais et dénote l'existence du cancer viscéral, qui coexiste presque constamment avec cette affection.

La marche est fatalement progressive, mais avec des périodes de rémission dans les troubles généraux, avec lesquelles coïncide une régression des lésions cutanées.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions cutanées de l'acanthosis nigricans consistent en un développement excessif des papilles cutanées, qui sont allongées et ramifiées; la couche cornée de l'épiderme est hypertrophiée; le pigment occupe le derme et le corps muqueux. L'existence de lésions des papilles est, ainsi que l'a fait remarquer Darier, en contradiction avec la dénomination d'acanthose, qui, d'après la définition d'Auspitz, s'applique à des lésions purement épidermiques. Aussi donc propose-t-il le nom de dystrophie papillaire et pigmentaire.

La pathogénie de ces lésions est complètement indéterminée: l'existence, constante ou à peu près constante, d'un cancer viscéral peut faire supposer qu'elles relèvent d'une auto-intoxication d'origine cancéreuse, ou d'une action directe du cancer sur le sympathique abdominal. Mais ce sont là des hypothèses. L'intégrité des capsules surrénales a été notée dans plusieurs autopsies.

**Diagnostic.** — La présence de saillies papillaires distingue cette affection des autres *mélanodermies* et en particulier de la *maladie d'Addison*.

Les *verruës séborrhéiques* en diffèrent par leurs moindres dimensions, leur limitation plus exacte, leur coloration plus pâle, leur siège en des points variés des téguments et loin des plis articulaires, leur absence à la paume des mains et sur les muqueuses.

**Traitement.** — La thérapeutique de l'acanthosis nigricans se réduit à maintenir la propreté de la surface cutanée et à exciser les lésions qui causent une gêne fonctionnelle.

#### X.

#### AFFECTIIONS DES GLANDES SUDORIPARES

La sécrétion sudorale peut être modifiée en quantité ou en qualité. Les modifications en quantité sont l'exagération (hyperhidrose), et la diminution ou la suppression (anhidrose). La seule modification en qualité qui mérite une mention est sa coloration anormale (chromhidrose).

À la description de ces troubles fonctionnels, nous joindrons celle de la miliaire sudorale, de l'hydrosyste et d'une affection dont les relations avec les glandes sudoripares ne sont pas encore établies, la dyshidrose.