

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).

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



## HYPERHIDROSE

L'hyperhidrose ou sécrétion exagérée de sueur peut être généralisée ou localisée.

L'hyperhidrose généralisée se produit dans des états morbides divers, tantôt dans des maladies aiguës, soit dans leur cours, soit comme phénomène critique, soit pendant leur convalescence, tantôt dans le cours des maladies chroniques cachectisantes, traduisant alors la cachexie ou succédant aux accès de fièvre qui les accompagnent. L'hyperhidrose généralisée survient encore sous l'influence de la chaleur extérieure.

Elle s'accompagne parfois d'éruptions cutanées qui seront décrites plus loin. Elle rentre presque entièrement dans la séméiologie des maladies internes.

Sauf lorsqu'elle est due à une influence thermique externe, l'hyperhidrose généralisée nécessite le plus souvent un traitement tonique; en outre, par l'emploi de la belladone, de l'atropine, du tannin, de l'agaric, on peut faire cesser les flux sudoraux. Les poudres inertes additionnées d'une faible quantité d'acide salicylique peuvent en modérer l'abondance.

L'hyperhidrose localisée (éphidrose) est souvent sous la dépendance d'une altération du système nerveux central (myélopathies en général et en particulier syringomyélie, maladie de Morvan, etc.) ou périphérique (névrites, névralgies, traumatismes des nerfs, etc.). Elle peut alors porter sur des territoires variés de la surface cutanée, être unilatérale (hémihyperhidrose) ou occuper le visage exclusivement. Son étude relève de la symptomatologie des affections du système nerveux.

Outre ces éphidroses manifestement névropathiques, on peut voir l'hyperhidrose se localiser en certaines régions bien déterminées et ordinairement symétriques, par exemple dans les plis axillaires, mais surtout aux extrémités des membres, à la face palmaire des mains et à la face plantaire des pieds.

L'hyperhidrose palmaire et plantaire peut s'accompagner, lorsqu'elle est prononcée, de macération de l'épiderme qui parfois se détache en lambeaux irréguliers et laisse voir la peau lisse et rouge; d'autres fois, l'épiderme est augmenté d'épaisseur, forme des couches jaunâtres et adhérentes. Par suite de la macération épidermique, la peau devient douloureuse à la pression.

Ces hyperhidroses s'accompagnent souvent de bromhidrose.

Elles se montrent surtout en été, chez des sujets anémiques ou lymphatiques; elles peuvent également survenir à l'occasion d'émotions soudaines. Les marches prolongées avec des souliers serrés provoquent souvent l'hyperhidrose plantaire.

Le traitement des hyperhidroses locales consiste, outre le régime tonique que peut comporter l'état général des malades, en soins locaux: propreté absolue de la région obtenue au moyen de lavages répétés et de bains de préférence dans des liquides astringents (décoction de feuilles de noyer, solution faible d'alun ou de borax), et dans les applications larges de poudres absorbantes (talc et amidon additionnés de 2 à 5 pour 100 d'acide salicylique). Dans les cas intenses, on aura recours aux badigeonnages avec une solution de perchlorure de fer au 1/4, ou avec une solution de permanganate de potasse au 500<sup>e</sup>.

## BROMHIDROSE

La bromhidrose accompagne souvent les hyperhidroses axillaires et plantaires; elle est due à la fermentation butyrique des sécrétions cutanées, sous l'influence de parasites existant à la surface de la peau (Thin). L'odeur très fétide qu'exhalent ces sécrétions est une gêne considérable pour les sujets qui en sont porteurs.

Le traitement de la bromhidrose se confond avec celui de l'hyperhidrose localisée qui la produit.

## ANHIDROSE

La sécrétion sudorale peut être supprimée par suite de la présence de lésions cutanées multiples.

Cette suppression est générale dans certaines grandes dermatoses, telles que le pityriasis rubra, la dermatite exfoliatrice et l'ichtyose. Les cas d'anhidrose généralisée congénitale sans altérations appréciables de la peau doivent être considérés comme des formes frustes d'ichtyose. L'anhidrose est également une des caractéristiques de la peau sénile. On l'observe à la phase cachectique du diabète et du cancer.

L'anhidrose locale s'observe dans les lésions inflammatoires de la peau, dans l'aplasie lamineuse, dans la sclérodermie, etc.

Les bains de vapeur, les exercices énergiques, plus encore que les médicaments comme le jaborandi, peuvent provoquer une sécrétion sudorale qui reste toujours peu considérable chez les sujets anhidrotiques.

## CHROMHIDROSE

On voit, chez certains sujets, la peau prendre dans des régions déterminées une coloration anormale et variable suivant les cas, qui a été considérée comme produite par des modifications de la sueur.

On a rapporté un certain nombre d'observations, généralement recueillies chez des hystériques, de sueurs colorées en jaune, en bleu, en vert, en noir, en rouge, se produisant soit à la face et en particulier à la paupière inférieure, soit au thorax ou à l'abdomen. Le plus grand nombre de ces faits sont des exemples de simulation due au simple désir de se rendre intéressant; d'autres cependant paraissent incontestables et la coloration de la sueur peut être due à des composés organiques résultant de transformations du pigment sanguin.

Sous le nom de sueurs de sang ou d'hématidrose, on a décrit d'une part des faits dans lesquels la coloration était rouge, sans qu'on puisse y trouver de globules rouges en nature, d'autre part des hémorragies véritables se produisant chez des névropathes, par l'intermédiaire des glandes sudoripares. Il ne s'agit dans ces divers faits que de simples curiosités, bien étudiées surtout par Le Roy de Méricourt<sup>(1)</sup> et Parrot.

(1) FOURÉ, De la chromhidrose; chromocrinie partielle et cutanée de M. Le Roy de Méricourt. *Thèse de Paris*, 1890-1891. (Bibliographie très étendue.)



La sueur des aisselles peut présenter, chez des sujets non hystériques et plus particulièrement chez les femmes rousses, une coloration rouge ou jaune due à la présence de parasites étudiés par Balzer<sup>(1)</sup>, Babès, etc., formant quelquefois des concrétions à la surface des poils; ces sueurs rouges sont souvent fétides.

#### MILIAIRE SUDORALE

On voit parfois survenir, à la suite de transpirations abondantes, physiologiques ou pathologiques, de très petites vésicules miliaires remplies de liquide transparent. Ces vésicules constituent la miliaire sudorale, acquièrent parfois alors des dimensions plus considérables, et forment à la surface des téguments des saillies incolores ayant l'aspect de gouttelettes transparentes; elles portent plus spécialement le nom de sudamina.

La miliaire peut reposer sur la peau de coloration normale (*miliaire blanche*) ou sur une base érythémateuse plus ou moins nette (*miliaire rouge*). Elle se termine par rupture des vésicules et desquamation.

Parfois la vésicule est très peu apparente et semble faire défaut, la tache érythémateuse, de forme arrondie, qui l'entoure attire seule l'attention. L'éruption mérite alors plus spécialement le nom de *roséole sudorale*.

C'est encore à la miliaire qu'il faut rapporter certaines éruptions d'origine sudorale constituées par des vésicules de petites dimensions, généralement acuminées, groupées en grand nombre sur des placards rouges de forme irrégulière: ces éruptions, décrites parfois sous le nom défectueux d'*eczéma sudoral*, se terminent rapidement par desquamation. Elles se développent, à la suite de transpirations abondantes, sur des surfaces qui, au moment de la poussée sudorale, étaient recouvertes d'une substance imperméable ou soumises à une pression extérieure prolongée empêchant l'évaporation cutanée; leur configuration reproduit la forme des surfaces sur lesquelles s'exerce la pression ou le contact.

Les vésicules de miliaire sont dues à l'épanchement, dans les couches épidermiques, de la sueur arrêtée dans son cours par l'obstruction de l'orifice glandulaire.

Les miliaires ne réclament aucun **traitement**. Dans les cas de roséole sudorale ou de placards pseudo-eczémateux, des applications de poudre d'amidon ou quelques bains d'amidon suffisent à calmer le léger prurit qui peut exister.

#### HIDROCYSTOME

Robinson (de New-York)<sup>(2)</sup> a décrit le premier sous ce nom une affection qui avait été jusqu'à lui confondue avec la dyshidrose et qui est constituée par de petits kystes résultant de la dilatation des glandes sudoripares.

**Description.** — Les lésions de l'hydrocystome se présentent sous l'aspect de petites saillies arrondies, hémisphériques ou légèrement acuminées, de volume variant de celui d'une pointe d'épingle à celui d'un très petit pois. Elles ont l'aspect de grains de plomb enchâssés dans le derme, ou de grains de sagou, de

<sup>(1)</sup> BALZER et BARTHÉLEMY, Contribution à l'étude des sueurs colorées, *Annales de Dermatologie*, 1884, p. 517.

<sup>(2)</sup> ROBINSON, Hydrocystome. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1895, p. 295.

tapioca cuts. Leur coloration est blanchâtre ou grisâtre, quelquefois légèrement violacée. Elles sont dures et résistantes. Cependant, lorsqu'on les perce avec une épingle, on en fait sortir une gouttelette de liquide clair et absolument incolore, semblable au contenu des sudamina. Elles ne se rompent jamais et disparaissent par résorption de leur contenu liquide. Les éléments sont d'abondance variable, parfois très discrets et disséminés, d'autres fois confluents.

Le siège de l'hydrocystome est exclusivement le visage, principalement le pourtour des yeux: front, espace intersurcilier, paupières, nez, quelquefois les lèvres.

L'affection a une marche paroxystique. Elle apparaît généralement au printemps, ou au commencement de l'été, ses éléments sont d'autant plus nombreux et développés que la chaleur est plus intense et que le visage est le siège d'une transpiration plus abondante; lorsque vient la saison froide, ils deviennent moins apparents, parfois même disparaissent complètement, pour reparaitre l'année suivante. Une fois développée, l'affection persiste, se reproduit chaque année pendant toute l'existence.

**Étiologie.** — L'hydrocystome est une affection assez rare qui se développe surtout chez les sujets adultes et hyperhidrosiques exposés à l'action directe de la chaleur: Robinson en a observé de nombreux exemples chez des cuisinières et des blanchisseuses. Cependant l'intervention de cette dernière cause déterminante n'est pas nécessaire<sup>(1)</sup>.

**Anatomie pathologique.** — Les recherches de Robinson, Darier, Adam ont montré que l'hydrocystome est en rapport avec une altération des glandes sudoripares: chacun des éléments est un kyste à parois épaisses revêtues d'épithélium cubique et développé soit par dilatation du conduit excréteur de la glande à la partie inférieure du chorion (Robinson, Darier), soit aux dépens de la glande elle-même (Adam).

Cette dilatation canaliculaire ou glandulaire se fait sous l'influence de l'hyperhidrose, vraisemblablement en raison de la gêne apportée à l'excrétion sudorale par une oblitération partielle du conduit sudorifère.

**Diagnostic.** — L'hydrocystome ne peut être confondu avec aucune autre affection.

Il diffère de l'*eczéma* par sa longue persistance, la dureté des kystes, leur permanence sans tendance à la rupture.

Il diffère des *sudamina* également par la consistance des lésions, leur longue durée.

Il se distingue de la *dyshidrose* non seulement par sa localisation spéciale à la face où cette affection n'a jamais été observée authentiquement, mais encore par la dureté de ses éléments, par leur longue persistance, la reproduction annuelle des lésions beaucoup plus régulière que dans la dyshidrose.

**Traitement.** — On peut essayer de modérer par une médication interne l'hyperhidrose qui accompagne l'hydrocystome et provoque la distension de ses éléments; mais il y a peu à compter sur son action préventive, car il faudrait en prolonger l'emploi d'une façon exagérée.

<sup>(1)</sup> THIBERGE, De l'hydrocystome. *Annales de Dermat.*, 1895, p. 978. — BASSAGET, De l'hydrocystome. *Thèse de Paris*, 1895-96.