

articulations et des poignets. Les extrémités présentent des craquelures circulaires, les doigts peuvent être unis (syndactylie) ou malformés, atrophiés, les ongles sont peu développés. Par suite des mouvements, les différents sillons de la peau peuvent se transformer en surfaces saignantes. Leur longueur est variable comme leur largeur; variables aussi les dimensions des plaques épidermiques qu'ils circonscrivent. Ces plaques sont isolées le plus souvent, très rarement imbriquées.

Ainsi conformé, l'enfant ne saurait vivre longtemps; il succombe dans les premiers jours ou les premières semaines de sa naissance.

Le traitement est impuissant; on donnera des bains antiseptiques (sublimé à 1 pour 10 000) et l'on placera l'enfant dans la couveuse à 50 ou 55 degrés.

III

XÉRODERMIE PILAIRE

Comme suite à la description générale de l'ichtyose et des kératodermies, nous devons dire quelques mots de la *xérodermie pilaire* (E. Besnier). Cette affection a été encore décrite sous les noms de *dystrophie des follicules* (Tilbury Fox, *Brit. med. Journ.*, 1879), de *folliculite rouge* (Erasmus Wilson), de *ichtyose ansérine des scrofuleux* (Lemoine, *Ann. de dermat.*, 1882), de *kératose pilaire* (Hyde, 1888; Brocq, *Ann. de dermat.*, 1890).

Étiologie. — La xérodermie pilaire est plus commune dans le sexe féminin que dans le masculin; elle débute d'ordinaire dans la seconde enfance, s'accroît au moment de la puberté, se prolonge à l'âge adulte, et ne le dépasse pas. Elle se rencontre chez les sujets lymphatiques, et coïncide fréquemment avec le lupus, la tuberculose cutanée, l'adénopathie tuberculeuse. L'hérédité de l'affection est habituelle; on l'observe souvent chez les frères et sœurs, et pendant qu'elle évolue chez plusieurs membres jeunes de la même famille, elle va s'éteignant chez leurs ascendants (père et mère).

Quoiqu'il y ait des rapports indéniables entre l'ichtyose et la xérodermie pilaire, il n'est pas permis de les confondre dans leur étiologie et dans leur essence. Toutes les deux sont des *dyskératoses* (E. Besnier); mais la xérodermie est une dyskératose localisée, spéciale, qui évolue, qui a un commencement et une fin; l'ichtyose, au contraire, héréditaire comme l'autre, est généralisée et n'a pas de fin.

Anatomie pathologique. — La kératose se localise dans l'infundibulum pilaire, le dilate, le déforme. C'est un *globe corné*, composé de stratifications fines et régulières, vitreuses, dispersées autour du poil, et englobant quatre ou cinq poils rudimentaires courbés et enroulés. La papille est saine, ainsi que le fond du follicule du poil normal. Les espaces interfolliculaires sont relativement intacts, les altérations régressives de la peau sont limitées au périmètre des follicules, le pannicule graisseux n'est pas atrophié.

Dans les espaces inter-infundibulaires, le *réseau* contient quelques

petites masses cornées entourant un poil rudimentaire et ne formant pas de saillie (E. Besnier). Autour et au-dessus des globes kérato-pilaires, lésions banales d'hypergénèse épidermo-dermique secondaires, dues à l'irritation produite par le corps étranger kératosique; accroissement simple du *réseau*; élargissement et déformation des papilles, cellules lymphatiques à leur intérieur, dans le derme sous-papillaire et autour des follicules (E. Besnier et Doyon, *Notes de la traduction de Kaposi*).

Le comédon kératosique de la xérodermie pilaire se distingue du cône corné du pityriasis pilaire par la multiplicité des poils inclus, autour de chacun desquels se reproduit la stratification des couches cornées.

Symptômes. — Au point de vue clinique, M. E. Besnier distingue plusieurs variétés de xérodermie pilaire :

1° *Ichtyose pilaire*, ou ichtyose avec kératose pilaire: elle se rencontre chez des sujets ichtyosiques, au moment de la puberté, et se manifeste par une accumulation cornée au niveau des orifices pilaires et par des lésions folliculaires;

2° *Xérodermie pilaire simple*, ou commune, xérodermie érythémateuse: il y a hyperkératose de l'infundibulum pilaire, le réseau papillaire sanguin est congestionné soit au niveau de la lésion, soit dans les espaces interfolliculaires, le derme s'altère secondairement, la papille pilaire se détruit, on note des atrophies, des cicatrices dermiques. Les sujets, sans être ichtyosiques, ont la peau sèche, par insuffisance de sécrétion sudorale et sébacée.

« Sur le côté postéro-externe des bras et des avant-bras, au niveau des surfaces iliaques latérales, trochantériennes, fessières, à la région postéro-externe de la cuisse et de la jambe, sans qu'il y ait de limites absolues, la peau, de coloration normale, ou plus souvent rosée, rouge, livide, salie par les poussières ou les matières tinctoriales des vêtements, apparaît sèche — *xérodermie* — légèrement pityriasique, comme chagrinée par des saillies miliaires développées au niveau des follicules pilaires — *ansérine*. Elle est rude au toucher, râpeuse, présentant, isolées ou associées, des saillies miliaires, dures, du volume d'une tête de petite épingle, lisses, squamuleuses, érodées, montrant, ou non, un point noir central correspondant à un poil enroulé ou cassé, emprisonné dans le corps feuilleté qui constitue la saillie pathologique. »

Parfois le point folliculaire est déprimé et marqué seulement par une petite squame ichtyosique. Les saillies pilaires sont de coloration variable, espacées, esquissant parfois des groupements, des lignes, etc. Tous les points rouges ne sont pas de volume égal; à la face, il faut beaucoup d'attention pour reconnaître le granité qu'ils forment. Parfois ce ne sont que de petites taches rouges centrées par un poil, et très désobligeantes pour les filles.

Toutes les parties à peau fine lubrifiée par la sécrétion sudorale et sébacée (tronc, aisselles, paume des mains, plante des pieds, plis inguinaux, plis de flexion) restent indemnes. A la face, les altérations sont presque constantes, et leur aspect permet de deviner la participation des organes cachés par les vêtements: la partie externe des sourcils est glabre, la branche montante du maxillaire est rouge et grenue, etc.;

5° *Xérodémie érythémateuse*, progressive, cicatricielle, dépilante, des régions velues. Saillies pilaires très petites, rapprochées, cohérentes, devenant rouges, formant des nappes inégales, marbrées, etc.

Dans les cas moyens, ordinaires, les malades ne se plaignent pas, et ne viennent pas consulter le médecin. Ce n'est que dans les formes intenses, dépilantes, rubéfiées, qu'on s'inquiète de la dermatopathie. « Beaucoup de jeunes femmes ou de jeunes filles, dit E. Besnier, exposent souvent, sans avoir l'air d'y prendre garde, des bras gravement déparés par la xérodémie pilaire rouge ou grise, et peuvent en subir préjudice. A la face, l'existence des états rouges granités, l'alopecie sourcilière constituent, pour peu qu'ils aient d'intensité, une difformité réelle; il y a intérêt à les discerner, à les combattre de bonne heure chez les enfants dont les parents portent les stigmates de la même affection. »

Le pronostic est donc assez sérieux.

Diagnostic. — Il est en général facile de reconnaître la xérodémie pilaire, de la distinguer de l'*ichtyose* dont le début précoce, la généralisation, la permanence, la desquamation abondante sont si caractéristiques.

Le granité fin de la xérodémie ne se retrouve ni dans la *syphilis*, ni dans l'*acné*, ni dans le *lupus érythémateux*. Mais il ne faut pas oublier la possibilité de la coïncidence de plusieurs dermatoses chez le même sujet.

Traitement. — Le traitement doit être précoce pour prévenir les suites fâcheuses de la maladie, quand elle est méconnue et négligée : dépilation, cicatrices. On a vu que les sujets étaient presque tous lymphatiques ou scrofuleux. On leur donnera donc les dépuratifs et reconstituants généraux, tels que l'huile de foie de morue, l'arsenic, le sirop iodo-tannique, etc.

« Localement, dit E. Besnier, les bains, les douches tièdes pulvérisées, l'avulsion mécanique par les frictions avec les savons ponce, les lotions savonneuses de toute espèce, les applications huileuses, grasses, glycérinées, constituent des moyens de traitement qui, employés de bonne heure et avec persévérance, peuvent apporter un obstacle considérable au développement des masses kératosiques, et prévenir la production des altérations secondaires du derme et de l'appareil pilaire. »

Les lésions étant bien développées, on fera : au cuir chevelu, des savonnages avec les savons de Panama, de goudron, d'ichtyol, des onctions huileuses ou grasses, salicylées (lanoline additionnée de 1 pour 100 d'acide salicylique); à la face, des applications modérées de savon mou de potasse, de pâtes à la résorcine; au corps, des frictions de savon noir, des bains, des onctions grasses (glycérolé d'amidon salicylé à 1 ou 2 pour 100).

IV

KÉRATODERMIE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS

On confondait autrefois avec l'ichtyose certains épaissements épidermiques circonscrits, que MM. E. Besnier¹, Unna² ont eu le mérite d'en

(¹) Traduction du livre de Kaposi, 1891, t. II, p. 40.

(²) Ueber das Keratoma palm., etc. *Viertel. f. Derm. u. Syph.*, 1885.

distinguer sous le nom de *kératodémie*. Cette affection, purement locale, occupant surtout la plante des pieds et la paume des mains, a quelques analogies avec les callosités, les cors, les durillons, le tyloma ou tylosis. Elle en diffère toutefois par son étendue plus grande et par sa symétrie.

Suivant E. Besnier, on doit en distinguer quatre variétés :

1° KÉRATODERMIE CONGÉNITALE

La kératodémie symétrique des extrémités peut être congénitale et héréditaire, avec ou sans nævi disséminés sur d'autres points du corps. Il en existe un type au musée de l'hôpital Saint-Louis (n° 961); dans ce cas, la mère du malade, trois oncles maternels et deux sœurs étaient atteints de la même affection, trois autres frères restant indemnes. Neumann (*Soc. des méd. de Vienne*, 1897) en a observé une série de cas dans une famille de la Dalmatie. Cette *kératose héréditaire* s'était transmise depuis 70 ans des parents aux enfants, avec ses caractères d'épaississement corné de l'épiderme, de localisation palmaire et plantaire. Cependant, chez un malade, la kératose avait envahi l'avant-bras, les coudes, les genoux, qui présentaient quelques îlots cornés. Kaposi en fait une ichtyose localisée.

Aux pieds, toute la surface qui entre en contact avec le sol est doublée d'épiderme épaissi et corné (kératose), et ses limites sont marquées par un liséré érythémateux.

Aux mains, même lésion occupant toute la face palmaire, et pouvant empiéter sur une partie de la face dorsale des phalanges. Les plis de la peau sont exagérés et forment une sorte de mosaïque.

Telles étaient les lésions kératodermiques du malade de M. E. Besnier; les autres surfaces étaient saines : ongles intacts, dents normales, cheveux abondants, pas trace d'ichtyose en aucun point. On a remarqué que les parties kératosées prenaient une teinte foncée en rapport avec la profession des malades, et les poussières plus ou moins dures auxquelles ils sont exposés.

Cette altération, torpide, indolente, nullement inflammatoire, gêne par son volume et par son épaisseur, elle peut rendre les sujets malhabiles. Cependant, M. E. Besnier a vu un ouvrier, habile dans le bronze et l'orfèvrerie, exécuter, malgré sa kératodémie, les travaux les plus délicats. Quelquefois, sous l'influence d'un travail excessif, il peut se faire quelques fissures plus ou moins douloureuses. Mais, en somme, cette affection est peu grave, quoique pour ainsi dire incurable.

2° KÉRATODERMIE ACQUISE COMMUNE

Cette forme est également symétrique, mais elle n'est pas congénitale; elle se développe dans la seconde enfance; elle affecte les extrémités comme la forme précédente, mais elle est plus irritable et présente l'aspect érythémateux.

Là encore, les lésions prédominent aux points qui subissent des pressions

habituelles, mais sans que l'enfant ait été soumis à un travail manuel quelconque. Procédant par poussées, la kératodermie est sujette à exacerbations, à rechutes, surtout pendant l'hiver. Ces exacerbations peuvent bien être provoquées par le travail manuel, mais elles se présentent aussi sans qu'il intervienne. M. E. Besnier a remarqué que les sujets étaient nerveux, mobiles, inconstants.

La distribution des lésions hyperkératosiques est la suivante : ilots sur la face palmaire des doigts, au-devant de l'extrémité inféro-antérieure des métacarpiens, au sommet de l'éminence thénar, le long du bord cubital de la face palmaire de la main. Dans tous les points atteints, le revêtement corné de l'épiderme est normal, les lignes papillaires normales sont agrandies et forment des séries régulières interrompues çà et là par des érosions, des fissures, des déchirures accidentelles. Entre les ilots kératosés, la peau est normale et séparée des parties malades par une bande érythémateuse de quelques millimètres de largeur.

Dans les points où la couche cornée est enlevée, on peut constater l'hypertrophie des papilles du derme, de petits cônes cornés restant appendus aux grains papillaires.

La marche est rendue pénible par ces espèces de durillons symétriques, mais elle n'est pas douloureuse, et l'on n'observe aucun trouble de la sensibilité cutanée ni des réflexes. Les mouvements des mains, l'agilité des doigts sont entravés mécaniquement et quelquefois gênés par les douleurs fissuraires. Sécrétion sudorale intacte, peut-être exagérée le soir sur le dos des mains.

On remarque que les ongles sont incarnés, et les phalangettes aplaties latéralement. Lésion identique aux deux mains, moins accusée à droite, moins accusée aussi sur les régions métatarsiennes marginales, sur les talons, sur les faces plantaires des orteils ; en revanche, la zone congestive périphérique est mieux dessinée aux pieds qu'aux mains (pièce 492 bis du musée de Saint-Louis).

5° KÉRATODERMIE EN FOYERS

Dans la kératodermie en foyers des extrémités, également symétrique, peut-être trophonévrotique comme la variété précédente, on voit des ilots multiples, non influencés par les pressions normales, à la paume des mains, à la plante des pieds. Dans quelques cas, la kératose est limitée aux orifices sudoraux qui sont distendus par des cônes cornés comédoniens à feuillet concentriques (pièce de M. E. Besnier, n° 560 du musée de l'hôpital Saint-Louis).

4° KÉRATODERMIE ACCIDENTELLE

Cette kératodermie des extrémités survient sous l'influence de pressions anormales ; elle est partielle, curable et se rencontre chez les adultes qui, ayant passé une partie de leur vie sans faire aucun travail manuel, s'adonnent tout à coup à des occupations manouvrières.

Les lésions kératodermiques se distinguent des callosités ordinaires par leur étendue, leur épaisseur, leur dissémination, leur persistance indéfinie. Les callosités, les durillons sont des lésions provoquées par des pressions accidentelles et étroitement localisées. La kératodermie exige, au contraire, une prédisposition spéciale des sujets. La cause locale ne suffirait pas pour la produire.

Traitement. — Le traitement des kératodermies symétriques des extrémités est surtout palliatif. Il consiste, d'une part, à éviter les pressions que des chaussures mal faites, ou des occupations laborieuses pourraient déterminer ; d'autre part, à ramollir les surfaces à l'aide des bains prolongés, des enveloppements humides, des gants de caoutchouc, etc. On peut aussi faire des applications répétées de savon noir (savon mou de potasse), en ne dépassant pas les limites de la tolérance.

On arrive ainsi à ramollir l'épiderme hyperkératosé, à faire tomber les lames les plus épaisses ; mais, quoi qu'on fasse, la lésion se reproduit toujours, car sa cause n'est pas accessible aux topiques que nous employons. Il s'agit ou d'une malformation cutanée comparable à l'ichtyose, ou d'une influence névrotrophique qui a échappé jusqu'à présent à nos moyens d'action. Si l'on se trouve en présence d'enfants nerveux, excitables, on ne se contentera pas d'un traitement local, on prescrira les douches froides, une cure thermale : eaux sulfureuses de Luchon, eaux d'Uriage, eaux de Saint-Gervais, etc.

V

PSORIASIS

On décrit, sous le nom de psoriasis, une dermatose squameuse formant, au niveau des coudes, des genoux, sur les membres, dans le sens de l'extension, sur le tronc, au cuir chevelu, des taches arrondies, blanches, nacrées, composées de squames plus ou moins épaisses reposant sur une base rouge et saignant facilement quand on la met à nu, car l'amas kératosique n'est séparé du derme que par une cuticule des plus minces et des plus fragiles. On ignore la nature intime du psoriasis.

Étiologie. — Le psoriasis est surtout une maladie de l'âge adulte, mais il se développe quelquefois chez les enfants, et j'en ai vu de nombreux exemples, non seulement dans la seconde, mais encore dans la première enfance, à 5 ans, à 2 ans, à 18 mois, à 1 an. Le Dr Rille a même cité un cas de psoriasis chez un enfant de 58 jours (*Société des médecins de Vienne*, 10 mai 1895). Il est plus fréquent chez les garçons que chez les filles. L'hérédité du psoriasis est communément observée, quoiqu'elle puisse manquer ; j'ai vu des enfants psoriasiques dont les parents (père ou mère, grand-père, grand-mère) étaient atteints de la même maladie. S'il n'y a pas hérédité directe et similaire, on trouve assez souvent l'hérédité diathésique, l'arthritisme (obésité, gravelle, asthme, diabète, etc.) ou le nervosisme.

Bazin avait proclamé la nature arthritique du psoriasis, un peu contestée

aujourd'hui. Ed. Lang (1878) en a fait une maladie parasitaire, et il aurait trouvé avec Eklund, dans les squames du psoriasis, des micro-organismes (*épidermophyton*, *lepocolla repens*), dont la valeur pathogénique est loin d'être établie. D'ailleurs toutes les tentatives d'inoculation ont échoué.

D'autres auteurs (E. Besnier, Bourdillon, Brissaud) inclinent à faire du psoriasis une trophonévrose. A l'appui de cette théorie on peut invoquer l'influence provocatrice ou aggravante des commotions nerveuses, des émotions, des chagrins, et la coïncidence de névralgies, de myalgies, d'arthropathies, etc.

Anatomie pathologique. — Ce qui domine, dans les lésions du psoriasis, c'est l'hypertrophie considérable de la couche cornée de l'épiderme, du corps muqueux de Malpighi et des couches papillaires; le stratum granulosum a disparu, d'où l'absence de kératinisation. Les vaisseaux des parties superficielles du derme sont dilatés et entourés de cellules lymphatiques. Au microscope, on n'a pas trouvé d'altération des nerfs cutanés (Leloir). Kaposi place l'origine des lésions dans le derme, Auspitz et Neumann, dans le corps muqueux de Malpighi. D'après les examens histologiques faits par Peciska (*Monat. f. prakt. Derm.*, 1887), la lésion initiale est bien épidermique, et l'opinion de Kaposi est controuvée.

Symptômes. — Le début de la maladie est insidieux et la répartition discrète des éléments chez les enfants peut la faire méconnaître à sa première période. Il n'y a pas d'ailleurs de phénomènes subjectifs, l'enfant ne se plaint pas, n'accuse ni douleur, ni fièvre. L'objectivité des lésions est tout. On voit une ou plusieurs petites taches arrondies et brillantes, figurant assez bien des taches de bougies. Ces taches, d'abord ponctuées, puis assez larges, nummulaires, font une saillie très appréciable à la vue et au toucher, par l'accumulation des squames. Ces squames sont sèches, dures, mais s'èlèvent aisément et en totalité par le grattage. On a alors sous les yeux une surface d'implantation cerclée, rouge vif, qui se recouvre d'un piqueté hémorragique.

Quand les éléments sont petits et ronds, comme des têtes d'épingle, on dit que le psoriasis est ponctué (*punctata*); quand ils sont plus grands sans être très larges, on a le *psoriasis guttata*; quand ils sont franchement nummulaires, c'est le *psoriasis orbiculaire*.

Par le rapprochement, la confluence des éléments (disposition rare chez les enfants), on pourra avoir des bandes, des placards étendus (*psoriasis gyrata, figurata*).

Tous les enfants que j'ai vus, ayant un psoriasis jeune, datant de quelques mois ou de quelques années, présentaient des petites plaques, discrètes, peu durables quand elles étaient traitées, mais récidivantes.

Le psoriasis a des lieux d'élection bien connus. Si l'on peut trouver un peu partout des éléments isolés, dispersés, on en trouvera toujours en plus grand nombre au niveau et au voisinage des coudes, des genoux, dans le dos, au sacrum, au cuir chevelu, et parfois aux mains et aux pieds (face dorsale).

Quand les ongles se prennent, ils deviennent jaunes, opaques, ponctués, striés en long ou en travers.

Chez l'enfant je n'ai pas encore observé les formes graves, invétérées, généralisées, si communes chez les adultes; je n'ai pas rencontré non plus les complications myalgiques, arthralgiques, névralgiques signalées par E. Besnier et Bourdillon (*Thèse de Paris*, 1888).

Le psoriasis évolue par poussées plus ou moins nombreuses séparées par des intervalles plus ou moins longs de santé parfaite. J'ai vu un petit enfant, pris à l'âge de 2 ans, présenter en moyenne une poussée tous les 6 mois; cette poussée durait, avec le traitement, 5 à 6 semaines. Quelquefois les poussées sont séparées par des intervalles de 2, 5 ans et davantage. Plus les poussées sont rapprochées, plus le psoriasis est grave; avec le temps, en effet, les éléments se multiplient, se rapprochent et quelquefois se généralisent à toute la peau, créant une forme de dermatite exfoliatrice inquiétante.

Le psoriasis ne compromet pas directement la vie, et chez l'enfant il est assez bénin; mais c'est une maladie incurable, dont les rechutes sont toujours imminentes.

Diagnostic. — Le diagnostic du psoriasis est généralement facile, d'autant plus facile que la maladie sera plus discrète et moins invétérée. La forme, la couleur, la consistance des éléments squameux, la surface saignante qui les sous-tend, leur répartition, ont quelque chose de caractéristique. Cependant quelquefois l'eczéma peut simuler le psoriasis, quand il est croûteux, squameux, sec; on trouve aussi parfois, sous un amas eczémateux, une surface rouge et saignante comme dans le psoriasis, mais l'évolution est bien différente.

Certaines formes d'eczéma séborrhéique du cuir chevelu pourraient être confondues avec le psoriasis de cette région; mais on remarquera que les squames psoriasiques sont toujours plus sèches, plus brillantes, et que les cheveux qui les traversent perpendiculairement ne sont pas caducs.

Certaines *syphilides squameuses* secondaires, j'en ai vu un exemple récent chez une fillette de 9 ans, simulent le psoriasis avec assez de fidélité pour inspirer des doutes si l'on n'avait pas la notion des antécédents.

En somme toutes les hésitations tomberont devant une étude un peu attentive de chaque cas particulier.

Traitement. — Autrefois le *traitement interne* du psoriasis tenait une assez large place; on donnait surtout l'arsenic à dose élevée; aujourd'hui on y a presque partout renoncé et le traitement interne se borne à l'hygiène thérapeutique.

On conseillera la privation des boissons alcooliques et excitantes (vin, liqueurs, café, thé, etc.), des mets épicés, de la charcuterie, de la salade, des choux et choux-fleurs, des poissons de mer et coquillages, etc. L'enfant sera soumis au régime du lait, de l'eau, des viandes blanches, des purées de légumes, etc.

Le *traitement externe* est très important, car il *blanchit* les malades et fait disparaître les poussées. Si l'on était en présence d'une peau irritée ou irritable, on se bornerait d'abord à des bains émollients, à des onctions

grasses. On commencera d'ailleurs toujours le traitement par des bains savonneux qui nettoieront la peau et prépareront la voie aux topiques.

Parmi les topiques les meilleurs et les plus inoffensifs chez l'enfant, il faut placer le glycérolé cadique à parties égales :

Huile de cade	50 grammes
Savon noir pour émulsionner	q. s.
Glycérolé d'amidon	50 grammes

Si l'enfant est très jeune (2 ans, 5 ans), on réduira au tiers ou au quart la proportion d'huile de cade. On fera des frictions tous les jours avec cette pommade. Si l'effet se fait attendre, on pourra employer, chez les enfants déjà grands, l'huile de cade pure.

VI

XERODERMA PIGMENTOSUM

Sous le nom de *xérodémie pigmentaire*, peau parcheminée, Kaposi a décrit le premier (1870) une atrophie diffuse de la peau, se développant chez les enfants, depuis l'âge de 1, 2, 5 ans, jusqu'à l'adolescence. Cette dermatose très rare, quoiqu'on en ait rapporté jusqu'à ce jour une soixantaine d'observations, a reçu différentes dénominations qui reflètent bien les divergences des auteurs à son sujet : *Nævus de forme rare* (Geber, 1874), *Angiome pigmentaire et atrophique* (R.-W. Taylor, 1878), *Xeroderma de Hebra* (Dühring, 1878), *Liodermie essentielle avec mélanose et télangiectasies* (Neisser, 1885), *Dermatose de Kaposi* (E. Vidal, 1885), *Mélanose lenticulaire progressive* (Pick, 1884), *Atrophoderma pigmentosum* (Radcliffe Crocker, 1884), *Maladie pigmentaire épithéliomateuse, lentigo épithéliomateux* (Quinquaud, Barré, 1889), *Épithéliomateuse pigmentaire* (E. Besnier).

Étiologie. — Le xeroderma pigmentosum est plus commun dans le sexe féminin que dans le sexe masculin. Sur 10 cas personnels à Kaposi, il y avait 7 filles et 3 garçons. Cette proportion a été vérifiée par les autres observateurs. C'est toujours dans le premier âge que la maladie se développe; le cas de Schwimmer, observé seulement à 55 ans (*Congrès de dermatologie de Paris*, 1889), est exceptionnel. Chez une fillette dont le Dr Perrin a rapporté l'histoire (*Marseille médical*, 1896), le début avait eu lieu à l'âge de 6 mois; les parents de l'enfant étaient consanguins. Il n'est pas rare de voir la maladie frapper plusieurs enfants de la même famille. Dans les 10 cas de Kaposi, il y avait deux groupes, l'un de deux, l'autre de trois frères et sœurs, et, parmi les 45 cas rappelés par cet auteur, il y avait six fois 2, quatre fois 5 et une fois 7 frères et sœurs atteints de la maladie. Deux filles de 15 et 15 ans, observées dans le service de Thibierge par Monthus, étaient sœurs (*Ann. de Derm.*, juillet 1902). Le Dr M. Rotch avait observé aussi deux sœurs de 6 et 7 ans atteintes de cette maladie (*Arch. of Ped.*, déc. 1898). Le début avait eu lieu à 5 mois chez chacune. Il y a donc

un élément *héréditaire, congénital*, un principe morbide transmis des parents aux enfants, et le Dr Barré (*Thèse de Paris*, 1890) a noté la fréquence de l'*hérédité cancéreuse*.

Comme causes occasionnelles ou même déterminantes, on a invoqué l'influence de la lumière (Unna), du soleil (Pick), mais Kaposi conteste la valeur de ces influences pathogéniques, et E. Besnier les apprécie en ces termes : « Il est manifeste que tous les *irritants* cutanés, le soleil, l'air marin, la chaleur ou le froid, peuvent faciliter l'*évolution*, peut-être l'*éclosion* de la lésion, mais certainement ils ne sauraient produire, de toutes pièces, une maladie aussi rare, aussi familiale, aussi solidement constituée dans ses phases et sa terminaison ».

Anatomie pathologique. — D'après les recherches instituées par quelques auteurs, il y aurait d'abord prolifération du tissu conjonctif papillaire et de l'endothélium vasculaire; puis les papilles se rétractent et s'atrophient partiellement, les vaisseaux se dilatent en quelques points, et enfin le pigment s'accumule d'une façon irrégulière, les glandes se gonflent et leur épithélium dégénère. Il y a donc des modifications profondes des tissus épithéliaux, qui expliquent la dénomination d'*épithéliomateuse* adoptée par M. Besnier.

Symptômes. — L'affection, lorsqu'elle est bien développée, présente un aspect multicolore saisissant. La face, les oreilles, le cou, les épaules, la poitrine jusqu'à la 5^e côte, les bras et le dos des mains, parfois aussi les jambes et le dos des pieds sont semés de taches brun jaune, analogues aux taches de rousseur, avec, dans leur intervalle, des places blanches dépourvues de pigments, et des dépressions semblables à des cicatrices de variole. On trouve, en outre, des dilatations vasculaires punctiformes. Par places, l'épiderme est mince, lisse, lamelleux, cassant, fendillé ou aride comme du parchemin. Au niveau des parties malades, la peau est comme rétractée, sclérodermique, pauvre en graisse; elle est normale ailleurs.

Les lésions débutent dans la première enfance et suivent une marche progressive. Tout d'abord, on note de petites dilatations vasculaires et taches pigmentaires; puis, à la place de ces varicosités, on voit se former des dépressions atrophiques, ou une atrophie diffuse avec état ridé de l'épiderme. La peau peut, par la suite, devenir le siège d'eczéma, de rhagades, d'ulcérations; la bouche et les narines se rétrécissent, les paupières présentent de l'ectropion. Les localisations oculaires sont très fréquentes. 5 fois sur les 10 cas qui lui sont personnels, Kaposi a vu se développer, disséminées sur la face, les lèvres, le nez, les paupières, les joues, les oreilles, des tumeurs carcinomateuses, sarcomateuses, angiomateuses.

Il avoue que le xeroderma pigmentosum a des rapports avec la mélanose congénitale, le nævus et le lentigo; mais il se distingue des nævi par son accroissement constant et rapide, par l'atrophie des tissus.

Quoi qu'il en soit, le pronostic est très grave et la terminaison souvent mortelle.

Diagnostic. — Cette étrange dermatose bariolée, avec ses taches rouges, ses cicatrices, ses télangiectasies, tumeurs, ulcérations, lentigo, ectropion,

blépharite glandulo-ciliaire, épiphora, lésions des lèvres, etc., est frappante ; il suffit de la voir une fois pour la reconnaître.

La *xérodémie* présente bien un état atrophique de la peau, mais sans bariolage, sans lésions polymorphes. La *lèpre maculeuse* offre quelques analogies avec la xérodémie pigmentaire, mais elle s'accompagne d'anesthésies et de mutilations qui manquent dans cette dernière.

Traitement. — On ne connaît pas d'exemples de guérison complète de cette maladie, et Kaposi est très pessimiste et très décourageant. E. Besnier croit qu'il est permis d'espérer en un avenir meilleur. Tout d'abord on doit écarter tous les irritants superficiels de la peau : exposition à l'air et au soleil, malpropreté, froid, vent, etc. On essayera ensuite d'enrayer ou de prévenir le processus épithélial par l'usage interne du chlorate de potasse ou de l'arsenic. On pourra notamment faire des injections sous-cutanées de liqueur de Fowler (V, X, XV et XX gouttes pendant 10 ou 15 jours par mois).

« Localement, disent E. Besnier et A. Doyon, la rugination, la cautérisation électrique, l'extirpation des tumeurs volumineuses, les injections interstitielles, les pansements avec les médicaments énergiques dont on dispose actuellement, la chrysarobine, la résorcine, l'acide pyrogallique, que Unna a déjà recommandés, l'aristol, le naphthol camphré, le chlorate de potasse, etc., en un mot, tout est autorisé en présence d'une affection aussi fatalement funeste, *excepté* l'abstention. »

Peut-être la photothérapie (lumière de Finsen) ou la radiothérapie offriraient-elles dans l'avenir quelques chances de succès.

VERRUES

PAR LE D^r J. COMBY

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

On décrit sous le nom de verrues des kératoses circonscrites avec hypertrophie des papilles sous-jacentes. Nous laisserons de côté les verrues séniles pour ne nous occuper que des verrues des jeunes sujets, dites quelquefois *verruves de croissance*. On distingue, au point de vue clinique, deux formes de verrues juvéniles : les *verruves communes*, très saillantes, très dures, très rugueuses, papilliformes, qui siègent surtout aux mains ; et les *verruves planes*, qui sont unies, miliaires ou lenticulaires, et occupent avec prédilection la face. Mais je me hâte d'ajouter qu'il n'y a pas de différence de nature entre ces deux ordres de verrues ; j'ai vu trop souvent leur coïncidence chez le même sujet pour en douter. Planes et lisses à la face, les verrues peuvent être saillantes, dures, cornées aux mains ; pure différence de siège.

Étiologie. — Les verrues sont rares chez les nourrissons ; elles se rencontrent fréquemment, au contraire, dans la seconde enfance et l'adolescence. Cela tient à ce que les enfants déjà grands sont plus exposés à la contagion, dans leurs jeux, à l'école, etc., que les enfants tout petits qui vivent dans un isolement relatif. La transmissibilité des verrues ne fait doute pour personne aujourd'hui ; elle exige un contact direct, et c'est le plus souvent en se prenant la main que les enfants se communiquent leur mal. De la main, lieu d'élection des verrues, ces productions peuvent s'étendre à la face, sous l'influence des attouchements, des grattages, etc. Les parties couvertes sont respectées. Variot a pu inoculer les verrues avec succès. Il est donc certain que les verrues sont des productions parasitaires ; mais quel est le microbe pathogène ? G. Kühnemann (*Monat. f. prakt. Dermat.*, t. VIII) a essayé de le déterminer, comme on va le voir.

Anatomie pathologique. — Les lésions essentielles des verrues sont épidermiques, et si les papilles sont atteintes, ce n'est que secondairement, l'état papillaire étant occasionné principalement par la pénétration de la couche épineuse épidermique dans le derme. Il y a prolifération des cellules du stratum dentelé, et secondairement hyperémie du derme avec hypertrophie.

Au niveau du stratum dentelé, Kühnemann a remarqué, dans les cellules, entre les cellules, dans les espaces lymphatiques, des bâtonnets dont la longueur ne dépasse pas $1 \mu \frac{1}{2}$, et qui se trouvent quelquefois dans la couche cornée, rarement dans le derme. Dans les verrues anciennes, les bâtonnets sont moins nombreux que dans les récentes. Cultures positives sur gélatine et sur agar. « La présence constante de ces bacilles dans la couche épineuse des verrues explique bien leur production. Ils pénètrent,