

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Lichen scléro - atrophique**

**HALLOPEAU, Henri. - Leçons
cliniques sur les maladies cutanées et
syphilitiques. Première leçon, suite et
fin. Le lichen plan atrophique**

*In : [L'] Union médicale (Paris. 1847), 1887, t. 43, pp.
742-7*

tenir un objet à la main, de marcher ou de rester debout; souvent les malades tombent sur le sol.

Dans l'intervalle des accès, ils accusent de la lassitude, des lourdeurs de tête, de la diplopie et de l'amblyopie passagères. Le fond de l'œil a toujours été trouvé intact.

On ne connaît pas la cause de cette affection curieuse, mais on a remarqué qu'elle se montrait de préférence sur des individus couchant dans des étables à bœufs, remarque qui, pour le dire en passant, ne jette pas de bien vives lumières sur son étiologie dans laquelle la contagion nerveuse et l'irritation ne paraissent jouer aucun rôle.

A la fin de la séance, M. Panas a offert à l'Académie un médaillon en bronze de Jacques Daviel, le célèbre ophthalmologiste français auquel est due l'invention de l'opération de la cataracte par extraction. Il a annoncé en même temps qu'un comité de souscription s'est formé pour élever, dans sa patrie d'origine, la Normandie, un monument à ce chirurgien éminent qui fut aussi un bienfaiteur de l'humanité. Jusqu'à présent, notre illustre compatriote n'a eu de monument qu'en Suisse, où il s'était retiré et où il est mort obscurément. Nous devons à nos confrères de l'Hélysie, particulièrement à M. le docteur Haltenhoff (de Genève), des sentiments d'affectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'ils ont fait à notre grand ophthalmologiste.

M. le docteur Zambaco (de Constantinople) et M. le docteur Marquez (d'Hyères) ont été nommés correspondants nationaux. — A. T.

Hôpital Saint-Louis — M. HALLOPEAU.

Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques (1).

PREMIÈRE LEÇON.

En opposition avec la variété précédente, nous devons décrire, comme nouvelle forme, un *lichen plan atrophique*. Kaposi en cite sommairement un exemple dans l'édition parue récemment de ses leçons sur les maladies de la peau. Le malade présentait, dans la région sus-claviculaire, dans le dos et à la cuisse droite, des cicatrices étendues, plates, légèrement déprimées, réticulées, d'une couleur blanche, brillante et entourée d'un bord d'un rouge brun. Kaposi crut d'abord à des cicatrices de lupus érythémateux. Au bout de plusieurs mois seulement, l'éruption de papules du lichen ruber autour des cicatrices et en d'autres points vint montrer la nature de ces lésions; il s'y gissait d'un lichen ruber dont les papules avaient laissé après guérison, au lieu de taches colorées en brun et légèrement déprimées, des cicatrices étendues, ponctuées et réticulées.

Chez la malade que nous vous présentons, nous avons observé simultanément des papules de lichen et des cicatrices; celles-ci offrent des caractères qui ne permettent pas de penser à un lupus. Voici en résumé l'observation de notre malade recueillie avec le concours de M. Lefèbre, interne du service :

Mlle de T... est une névropathe; elle éprouve souvent des sensations d'engourdissement ou de brûlure dans les membres, des crampes, de l'insomnie; elle croit avoir des

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 7 et 10 mai 1887.

accès de fièvre ; elle se sent anéantie, défaillante. En 1884, elle commence à souffrir d'un prurit vulvaire des plus pénibles. L'éruption qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital a débuté en août 1885 ; des boutons ont apparu sur les avant-bras ; depuis lors ils ont constamment persisté et de nouvelles éruptions se sont faites successivement, provoquant des démangeaisons avec sensation de piqûres d'aiguilles. La malade entre, en février 1887, à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 42 ; âgée environ de 45 ans, d'un certain embonpoint, Mlle X... n'a d'autres troubles de la santé générale que les phénomènes nerveux mentionnés précédemment. Son affection cutanée occupe surtout les avant-bras, le dos et les plis inguinaux.

Sur la face palmaire de l'avant-bras gauche, vers sa partie inférieure, on voit une plaque qui mesure environ cinq centimètres verticalement sur trois transversalement. Ses contours sinueux et légèrement saillants semblent formés de papules conglomérées ; deux de ces papules sont nettement isolées, rondes, un peu saillantes, de 2 à 3 millimètres de diamètre, elles présentent à leur partie centrale des dépressions punctiformes qui répondent évidemment à des orifices glandulaires ou à des follicules pileux et sont identiques à celles que l'on observe dans le lichen plan vulgaire ; des dépressions semblables, très prononcées, se voient en nombre considérable sur toute la surface de la plaque, elles sont entourées d'une légère saillie épidermique ; la plaque est décolorée, blanche, luisante, d'aspect cicatriciel ; de nombreux plis la sillonnent et s'entrecroisent pour former un quadrillage. En dehors de cette plaque, on voit isolées plusieurs taches lenticulaires qui présentent les mêmes caractères et les mêmes dépressions punctiformes.

Sur la partie correspondante de l'avant-bras droit, existe une plaque à peu près semblable ; ses contours sont plus irréguliers ; on retrouve à sa périphérie les mêmes saillies papuleuses et les mêmes dépressions punctiformes avec exagération des plis de la peau ; il est évident que la plaque a été formée par la confluence de papules semblables à celles qui actuellement restent encore isolées.

Au niveau du pli du coude, à gauche, on voit des lésions analogues, mais moins avancées dans leur évolution. Les plaques sont moins étendues, elles affectent une direction transversale et sont parallèles aux plis de la peau ; on y remarque les mêmes dépressions avec collerettes épidermiques, la même exagération des plis cutanés qui ont été signalés précédemment. Ces plaques sont légèrement rosées. A la face inférieure du même bras, on trouve, confondue inférieurement avec les précédentes, une grande plaque présentant les mêmes caractères ; elle desquame légèrement ; même plaque luisante et légèrement saillante sur ses bords au devant du sternum ; elle est formée de petits éléments isolés à la périphérie, réunis au centre et représentant des papules affaissées. Ce fait ressort clairement des caractères que les lésions présentent dans la région dorso-lombaire ; on y voit en effet, en même temps que plusieurs grandes plaques cicatricielles analogues aux précédentes, des papules encore récentes, saillantes, aplaties, luisantes, rosées, parsemées de dépressions punctiformes, semblables en un mot à celles du lichen plan ; leur couleur est moins foncée qu'elle ne l'est d'ordinaire dans cette maladie ; un certain nombre affectait cette disposition en série linéaire qui est presque caractéristique du lichen plan. La malade éprouve encore parfois des sensations pénibles au niveau de ces plaques ; elle accuse à la vulve un prurit intense et l'examen des régions vaginales y fait voir un épaissement considérable avec exagération des plis de la peau. L'examen histologique a été pratiqué par M. Darier qui nous a remis à ce sujet la note suivante :

« L'une des papules relativement anciennes que j'ai excisées a été durcie par l'alcool, réduite en coupes qui ont été colorées par différents réactifs et dont la série a été conservée. L'autre a été plongée dans le liquide de Flemming ; elle était plus petite, un peu endommagée et n'a pu servir qu'à l'étude de quelques détails.

Ce qui frappe tout d'abord à l'examen des coupes d'ensemble, c'est l'absence des papilles dans toute l'étendue de la papule. Le derme est limité du côté de l'épiderme par une ligne à peine sinueuse. L'œil est ensuite attiré par la présence de bouchons cornés enchâssés dans l'épiderme et faisant un peu saillie, bouchons déjà appréciables à l'œil

nu et à l'examen clinique sous forme de petites éminences cornées parsemées sur la surface lisse de la papule de lichen.

Ces deux lésions nous arrêteront chemin faisant ; mais il importe de procéder méthodiquement et d'examiner à part chacune des couches de la peau.

Commençant par l'épiderme, on voit que sa couche cornée est un peu plus épaisse qu'elle ne l'est normalement dans cette région du corps, mais que les cellules qui la composent sont comme d'ordinaire dépourvues de noyaux. Le stratum granulosum est également épais, composé de trois à quatre couches de cellules infiltrées d'éléidine.

Le corps muqueux de Malpighi a au contraire une hauteur moindre que la normale ; il semble comme étiré à la surface du derme, ce qui tient peut-être à ce que ses cellules ont moins de vitalité, et que leur prolifération est trop peu active. En effet les cellules à filaments d'union, bien conformées dans les couches supérieures, ont dans la première rangée une forme un peu anormale ; elles sont peu hautes, quelquefois plus globuleuses que cylindriques, peu intimement unies à la membrane basale du derme. En quelques points j'ai même trouvé des groupes de ces cellules qui avaient subi la dégénérescence colloïde. Sur les préparations provenant du fragment fixé par le liquide de Flemming, on ne trouve que fort peu de cellules migratrices dans l'épiderme et presque pas de figures de karyokinèse.

Dans toute la partie centrale de la papule, les papilles sont complètement défaut ; elles reparaissent vaguement sur les bords. Sur les coupes traitées par l'acide acétique dilué après coloration par le picro-carminate, on reconnaît cependant les points où se trouvaient originellement les papilles à la présence de bouquets de fibres élastiques très fines, comme celles qui forment normalement la charpente des papilles, bouquets noyés ici dans un tissu conjonctif dense. La région immédiatement sous-épidermique est en effet constituée par un feutrage de faisceaux conjonctifs notablement plus serré que d'ordinaire.

N'ayant aucune raison de croire que cet effacement des papilles fut dû dans ce cas à une poussée venue du côté du derme et ayant soumis l'épiderme à une tension véritable, j'ai supposé qu'on devait en chercher la cause dans cette sclérose de la couche sous-épidermique ; cette sclérose a pu amener l'atrophie ou même, à proprement parler, la rétraction des prolongements papillaires.

La sclérose du reste existe aussi dans les couches plus profondes du derme ; les faisceaux conjonctifs sont serrés, les cellules connectives sont rares. On trouve en outre, dans les couches moyenne et profonde, des vestiges indéniables d'une inflammation subaiguë ou chronique ; ce sont de véritables manchons de cellules embryonnaires qui entourent un certain nombre de vaisseaux de la peau, infiltrant leur tunique adventice et leur forment comme une gaine à bords mal délimités. On sait qu'un certain nombre d'auteurs admettent, et je crois, avec raison, que cette altération périvasculaire constitue la lésion fondamentale et probablement initiale du lichen. La papule examinée étant ancienne, rien d'étonnant à ce que ces amas de cellules soient peu abondants et d'étendue restreinte.

Quant aux vaisseaux eux-mêmes, ils m'ont paru étroits, mais je ne voudrais rien affirmer, car je n'ai pas pu y reconnaître d'endartérite ; peut-être sont-ils resserrés par leur gaine cellulaire. Dans certains capillaires des couches superficielles du derme, j'ai constaté en revanche un gonflement manifeste des cellules endothéliales qui en rétrécissait le calibre.

De l'état des nerfs, je ne puis absolument rien dire, étant données les techniques que j'ai mises en usage. Ceux que j'ai vus accompagnaient les vaisseaux et étaient compris dans la zone infiltrée de cellules embryonnaires.

Il me reste à parler des glandes et des follicules pileux.

Les bouchons cornés que j'ai signalés déjà, et que j'ai trouvés au nombre de cinq ou six dans la papule coupée en série, ont une forme conique à sommet inférieur et siègent évidemment, non pas à l'embouchure des follicules pileux, comme on serait tenté de le croire (Auspitz), mais à l'orifice des glandes sudoripares ; ce fait a déjà été mis en lumière par plusieurs histologistes. Dans le cas actuel, il est de la dernière évidence ; car, la série des coupes ayant été conservée, si, sur l'une d'entre elles on ne voit qu'un

amas corné sans rapports bien nets, il suffit de se reporter aux coupes subséquentes pour trouver au point le plus profond du petit cône corné l'abouchement d'un canal sudoripare avec son trajet hélicoïdal caractéristique. Ces bouchons cornés ont une hauteur décuple au moins de celle de la couche cornée du voisinage; ils sont un peu saillants à la surface où ils desquament, mais surtout ils font saillie dans le derme en déprimant sous eux le stratum granulosum très riche et le corps muqueux assez mince qui forment ainsi une sorte d'entonnoir rempli par l'amas corné. Le canal sudoripare décrit quelques tours de spire dans la partie inférieure de cet entonnoir, comme il le fait toujours en abordant l'épiderme. Mais sa portion intra-dermique est loin d'être normale; sa lumière, habituellement béante et bordée de sa cuticule, est ici revenue sur elle-même. Les deux rangées de cellules qui devraient en constituer la paroi sont remplacées par des couches stratifiées beaucoup plus nombreuses. La kératose, évidente à l'embouchure de ces glandes, s'étend donc à une certaine distance dans leur canal. Malheureusement, les fragments de peau que j'avais à ma disposition n'atteignaient pas en profondeur le siège des glomérules, car je n'en ai pas vu un seul sur mes coupes et je n'ai pu constater si l'on y trouvait une prolifération épithéliale ou un certain degré d'atrophie, comme c'est plus probable.

J'ai trouvé sur ma pièce deux follicules pileux qui siégeaient sur le bord de la papule, et tout près l'un de l'autre. Ils contenaient des poils à bulbe plein très grêles. Dans ces follicules, il y avait un épaississement notable, mais cependant peu accentué, de la gaine épithéliale externe, surtout dans sa portion supérieure. La portion profonde du follicule au-dessous du bulbe était un peu déviée, obliquement ascendante. Les glandes sébacées de ces deux poils sont absolument rudimentaires.

En résumé, le diagnostic de lichen plan ne pouvait être mis en doute, dans ce cas, de par l'aspect clinique et par l'évolution de la maladie. D'autre part, l'examen histologique n'infirmait nullement ce diagnostic posé, le confirmait, au contraire, mais révélait les particularités intéressantes sur lesquelles j'ai insisté. Dans le lichen à la période d'état, toutes les couches de l'épiderme sont augmentées d'épaisseur, infiltrées de cellules migratrices; les papilles sont à la fois allongées et élargies, les vaisseaux dilatés; tout le derme est infiltré de cellules embryonnaires accumulées surtout autour des vaisseaux.

Ici, nous avons un corps muqueux atrophié, un effacement complet des papilles, une sclérose du derme, et une kératose des glandes sudoripares. Mais ces lésions sont faciles à rattacher aux lésions classiques du lichen et en découlent, selon nous, d'après le processus suivant :

Le tissu embryonnaire qui infiltrait le derme d'une manière diffuse s'est organisé en donnant lieu à de la sclérose, à une sorte de tissu de cicatrice. Celui-ci, en se rétractant, a gêné la circulation nutritive du plasma, d'où à la fois rétraction et atrophie des papilles, atrophie du corps muqueux et modification de l'évolution épidermique marquée surtout à l'orifice des glandes.

C'est là une exagération de ce qui se produit dans tout lichen au moment de la guérison; mais cette évolution spéciale mérite à notre cas le nom de *lichen scléreux* ou *lichen atrophique*; on dira *scléreux*, si l'on veut insister sur la pathogénie des lésions qui lui sont spéciales; *atrophique*, si l'on veut exprimer le résultat final. »

L'examen histologique est venu confirmer ainsi le diagnostic que nous avons porté, et qui a été également celui de M. Besnier; M. Hardy, consulté en ville par la malade, avait formulé une opinion semblable en dénommant son affection *eczéma lichénoïde*, car pour lui le lichen est une variété d'eczéma.

En résumé, le *lichen plan atrophique* débute par la formation de papules qui, d'abord semblables à celle du lichen plan vulgaire, bien que moins colorées, et donnant lieu comme elles à une sensation de prurit, palissent, s'affaissent promptement et forment ainsi des taches blanches, d'apparence cicatricielle et remarquables par la présence de dépressions ponctiformes;

ces éléments éruptifs se groupent et deviennent confluents, de manière à constituer des plaques mesurant plusieurs centimètres de diamètre; leur surface est quadrillée et criblée de dépressions punctiformes; leurs contours sont irréguliers; on voit à leur périphérie des papules isolées, les unes affaissées et décolorées, les autres encore rosées et en activité. Ces plaques sont disséminées sur les membres et le tronc. L'éruption paraît se faire par poussées successives. L'état de notre malade a été très amélioré par l'application permanente, sur les parties malades, d'une solution de sublimé au 5/1000^e ou d'une pommade au 10 0^e, en même temps que par l'usage interne de l'arsenic; l'aspect de l'affection s'est notablement modifié; les papules se sont pour la plupart affaissées.

En ne considérant que les plaques cicatricielles, on pourrait penser à une sclérodémie en plaques; il y a en réalité une sclérose cutanée, mais cette sclérose s'est développée consécutivement à un lichen plan; sa disposition en îlots lenticulaires et les dépressions punctiformes qu'ils présentent la distinguent suffisamment des plaques lisses de morphée; d'ailleurs, la présence dans le dos de papules de lichen nettement caractérisées ne peut laisser de doutes relativement à la nature de l'affection.

Ces faits suffisent à montrer que le lichen n'est pas, comme le voulait Auspitz, une affection exclusivement épidermique; le derme y est intéressé, puisqu'il s'atrophie et que ses papilles peuvent être entièrement détruites.

Le pronostic du lichen plan est assez sévère, car cette maladie, essentiellement chronique, guérit très difficilement; on peut dire cependant que, contrairement au lichen ruber d'Hebra, elle ne compromet jamais l'existence.

Le diagnostic en est relativement facile, quand on en a eu sous les yeux quelques cas typiques: l'aspect brillant des papules, leur surface aplatie, leurs contours polygonaux, leur dépression punctiforme, leur coloration, le prurit dont elles sont le siège ne permettent de les confondre ni avec les syphilides papuleuses, ni avec les plaques de psoriasis, ni avec les tubercules lupiques. Il résulte de notre description, que la forme atrophique se distingue de la morphée (sclérodémie en plaques) par les contours arrondis et les dépressions punctiformes des taches cicatricielles, alors même qu'il n'y a plus d'éléments éruptifs en activité.

Comme traitement, on a conseillé, à l'intérieur, l'arsenic à haute dose et, comme topique, les applications soit de glycérolé tartrique (Vidal), soit de pommade pyrogallique (Besnier); Unna dit avoir obtenu les meilleurs effets d'une pommade comprenant 1/500^e de sublimé et 4/100^e d'acide phénique; Kaposi l'a expérimentée sans lui voir produire aucun résultat. Nous avons vu, chez une malade, les papules s'affaïsser rapidement sous l'influence d'applications renouvelées tous les cinq jours de collodion bi-ioduré au 100^e. Le plus souvent, les lésions persistent partiellement et il se fait de temps à autre de nouvelles poussées.

On a pu voir, par les détails dans lesquels nous sommes entrés, que le lichen plan constitue une espèce morbide bien distincte, présentant des caractères cliniques et une évolution qui lui sont propres; sommes-nous éclairés sur sa nature? On peut répondre négativement. L'histologie constate l'existence de lésions multiples dont aucune n'est caractéristique; on ne peut déterminer quels sont les éléments primitivement intéressés ni quelle cause en trouble la nutrition. On peut invoquer en faveur du para-

sitisme l'analogie que présentent les papules élémentaires avec celles de la syphilis, leur développement en plaques qui s'étendent de proche en proche et l'existence des microbes signalés par Lassar; mais ce ne sont là que des présomptions. On s'est appuyé, pour admettre une tropho-névrose, sur les troubles de l'innervation qu'accusent les malades, mais on a objecté avec raison qu'ils peuvent être l'effet des sensations pénibles que provoque la maladie. Nous restons donc forcément dans l'incertitude; l'histoire clinique du lichen plan est faite, mais sa nature reste indéterminée; il y a là une série de recherches à faire, de progrès à réaliser.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DU FOIE, par J. Cyr. — Paris, J.-B. Baillière, 1887.

Traducteur de Murchison et médecin-inspecteur adjoint des eaux de Vichy, M. Cyr était mieux placé que qu'il soit pour écrire un traité complet sur la pathologie du foie.

Aussi l'ouvrage qu'il vient de nous donner est-il particulièrement intéressant et mérite-t-il une analyse sérieuse. Dans notre résumé, forcément écourté, nous insistons surtout sur les opinions personnelles de l'auteur, et ferons principalement ressortir les résultats qu'il a obtenus dans le traitement hydro-minéral des différentes maladies du foie.

M. Cyr, après un court exposé d'anatomie normale, consacre la première partie de son ouvrage à l'étude de la pathologie générale de la glande hépatique et développe à ce propos des considérations du plus haut intérêt. Après avoir insisté sur la difficulté qu'il y a parfois à reconnaître le volume exact du foie, il montre que la contracture isolée du muscle grand droit de l'abdomen est une des causes d'erreur les plus fréquentes. Cette contracture peut exister dans les crises de coliques hépatiques et faire croire à une augmentation de volume de l'organe; quelquefois aussi, sans cause connue, le foie s'allonge dans le sens vertical et les résultats de la mensuration deviennent erronés.

Réfutant une fois de plus les idées de Beau, M. Cyr montre que l'hépatalgie est de plus rares, en admettant même qu'elle existe; toute idée préconçue est du reste mauvaise, et « il ne croit nullement exagérer en disant qu'une douleur siégeant à l'épigastre, ou y ayant son point de départ, peut être aussi bien d'origine hépatique que d'origine gastrique ». Pour lui, les douleurs de la région du foie peuvent se diviser en quatre grands types : 1° Le type lancinant, à paroxysmes; 2° la sensation douloureuse du poids énorme du côté droit; 3° la douleur sourde d'intensité modérée; 4° enfin, la douleur continue, très vague; tout cela ayant une grande valeur séméiologique. Les irradiations sont fréquentes, et en tête se place la scapulargie qui se voit surtout dans l'hépatite suppurée, la lithiase biliaire et le cancer.

Après avoir insisté avec juste raison sur une de ses idées favorites, l'élément périodique dans les affections hépatiques, et avoir montré l'importance, pour le diagnostic, des lésions thoraciques, notre confrère étudie longuement le traitement général des maladies du foie. Il indique d'abord minutieusement le sens dans lequel le régime doit être conduit et passe ensuite à la thérapeutique hydro-minérale. Il est utile de ne pas abuser de la consommation des eaux de table chez les hépatiques, et il faut leur recommander, comme stations minérales, Vichy, Vals et Le Boulou, Vichy l'emportant de beaucoup sur les autres. Aucune autre médication ne saurait être comparée à l'administration de ces dernières eaux dans la cholélithiase et la congestion chronique.

Tout le monde, depuis longtemps, s'accorde à reconnaître la grande utilité des alcalins dans l'affection calculeuse et l'efficacité bien plus grande de ces médicaments lorsqu'on les administre sous forme d'eaux minérales. Données prudemment et à doses convenablement réglées, les eaux de Vichy sont parfaitement innocentes des méfaits dont