

**Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : Atrophie blanche**

**MILIAN, G. - Les atrophies cutanées  
syphilitiques**

*In : Bulletin de la Société française de dermatologie  
et de syphiligraphie (1890), 1929, 36e année, pp.  
865-71*

aussi été signalés depuis longtemps et dans cette dernière maladie, l'asphyxie locale se termine assez souvent par un état sclérodermique, la maladie elle-même s'associe assez souvent à une sclérodermie typique diffuse ou en placards, pour qu'il ne vienne pas à l'esprit d'attribuer la même pathogénie vasculaire aux troubles trophiques cutanés observés dans tous ces cas. Que les déficiences trophiques d'ordre vasculaire soient sous la dépendance de lésions plus profondes atteignant certains points du système sympathique ou même de l'axe cérébrospinal, c'est ce qui paraît assez probable lorsqu'il s'agit du syndrome d'hémiatrophie faciale et ce qui peut être admis aussi raisonnablement lorsqu'il s'agit de la sclérodermie ou de la maladie de Raynaud. C'est d'ailleurs ce que Raynaud lui-même avait parfaitement indiqué.

### Les atrophies cutanées syphilitiques.

Par M. G. MILIAN.

Les affections cutanées atrophiques qui ont été passées en revue et étudiées dans la réunion d'aujourd'hui, sont fort intéressantes par leur symptomatologie, leur anatomie pathologique et leur pathogénie, mais il faut bien admettre que leur étiologie reste absolument obscure, aussi m'a-t-il paru utile de rapporter ici quelques observations d'atrophie cutanée, d'origine connue, qui peuvent servir comme d'introduction à la question d'aujourd'hui. Les atrophies cutanées peuvent être produites par des agents multiples : ceux de la lèpre, la tuberculose, la syphilis et d'autres micro-organismes encore. C'est ainsi que nous avons publié un cas d'érythémato-sclérose atrophiante d'origine tuberculeuse probable (*Société de dermatologie*, 1921, p. 488), mais il existe également des cas d'atrophie d'origine syphilitique, peut-être plus nombreux encore que ceux d'origine tuberculeuse.

C'est pour montrer le pouvoir atrophiant du tréponème dans certains cas de syphilis que j'ai écrit cet article.

C'est Mibelli qui, le premier, a parlé de syphilides atrophiantes. A sa suite, en France, Danlos, Balzer, Hallopeau. Les faits rapportés par ces auteurs sont tous du même ordre. Ce sont des atrophies cutanées, reliquat de lésions syphilitiques secondaires, roséole ou papules, qui, une fois constituées, restent immobiles, sans la moindre tendance à l'extension, comme s'il s'agissait d'une cicatrice. On trouvera ci-dessous les références relatives à ces « vergetures », à ces « leuco-atrophies » de la syphilis secondaire, et il m'apparaît bien que l'anétodermie de Jadassohn n'est qu'un fait de cet ordre.

J'ai montré à mon tour qu'au cours de la syphilis tertiaire on pouvait voir des syphilides atrophiantes, mais qui, cette fois, au lieu d'être un simple reliquat cicatriciel étaient des lésions en pleine activité, capables d'étendre progressivement la gangrène de proche en proche. J'ai montré en effet en 1921, à la Société de Dermatologie (*Bulletin S. F. D.*, 1921, p. 329) avec MM. Perrin et Thibaut, un cas de syphilides purpuriques atrophiques dont le moulage a été déposé au Musée de l'Hôpital Saint-Louis sous le numéro 3 022. La couleur cyanotique, la dépression de la surface des tissus, les bords réguliers et cycliques nous avaient fait porter le diagnostic qui fut vérifié par l'influence heureuse du traitement.

L'anatomie pathologique de ce cas était particulièrement intéressante. Le tissu conjonctif était très altéré, les fibres étant fragmentées en petits grains qui nous ont fait désigner ce processus sous le nom de picnose conjonctive. Le tissu élastique était presque entièrement disparu ; il y avait d'innombrables dilatations vasculaires, l'épiderme aminci était réduit à une mince bande rectiligne, sans papilles ni cônes interpapillaires. Au voisinage de l'épiderme existait un infiltrat très abondant.

On voit donc que la syphilis est capable, à tous ses stades, de provoquer des atrophies cutanées, mais que celles de la période tertiaire sont beaucoup plus profondes et capables d'une évolution lente et progressive.

Le malade qui nous a été présenté à la fin de la séance de l'après-midi et au sujet duquel la discussion de la Réunion de Strasbourg n'a pu être entamée à cause de l'heure tardive, nous a paru comparable au cas auquel nous venons de faire allusion, mais il en différait par son étendue beaucoup plus grande et aussi par une couleur plus cyanotique et purpurique. Les plaques répandues sur le tronc, plus grandes qu'une main, avaient des contours cycliques et polycycliques, configuration géométrique qui doit faire toujours songer à la possibilité de la syphilis. Le fait particulier de ce cas est que la plupart des placards étaient pigmentés de couleur café au lait foncé. Cette pigmentation était le reliquat de ces lésions érythémato-cyanotiques à évolution extrêmement lente et retardée par un traitement antisiphilitique insuffisant, en l'espèce l'acétylarsan. En effet, tandis que ces plaques évoluent depuis un an, le malade est syphilitique depuis 7 ans, d'après ce qui nous a été raconté par le présentateur. Nous n'avons pu jeter qu'un coup d'œil rapide sur ce malade, et nous nous n'avons pu par conséquent l'examiner en détail, mais il présentait cependant à la pointe de la langue une glossite dépapillante dont la syphilis seule pouvait être tenue pour responsable.

A côté de ces cas, d'origine syphilitique flagrante et où l'on peut encore saisir l'allure générale des lésions anatomo-cliniques syphilitiques, il en est d'autres où il ne nous est possible de donner qu'une probabilité de nature. En tout cas, il s'agit d'une forme d'atrophie cutanée particulière, véritable maladie idiopathique dans sa forme si on ne veut pas en admettre l'origine syphilitique et que nous désignons sous le nom d'*atrophie blanche*. J'en ai distingué deux variétés : l'atrophie blanche en plaques et l'atrophie blanche segmentaire dont nous allons donner ci-dessous la description.

L'atrophie blanche en plaques est certainement assez commune et je l'ai longtemps méconnue, comme elle est méconnue par la plupart des médecins parce qu'elle est prise pour une cicatrice. C'est en effet aux jambes qu'on l'observe le plus souvent, au milieu de lésions variqueuses ou eczématisées, ou même à l'état isolé, où elle donne l'impression du reliquat d'un ulcère de jambe antérieur. La plaque est blanche, lisse, déprimée, d'un blanc d'ivoire, de dimensions variables d'une pièce de 5 francs, d'une paume de main d'enfant et davantage, entourée d'une petite couronne pigmentée, de quelques millimètres de large, au pourtour de laquelle se répandent d'assez nombreux capillaires rayonnés. On pense d'emblée qu'il s'agit d'un reliquat ulcéreux ; cela semble tellement naturel que la plupart du temps, comme il nous arrivait autrefois, nous ne demandions même pas au malade s'il y avait eu une plaie antérieure ; cela nous paraissait évident.

Or, lorsqu'on interroge les patients, ils vous répondent, avec la plus grande assurance, que jamais il n'y a eu de plaie à cet endroit et que cette tache a commencé petite pour s'étendre progressivement jusqu'aux dimensions du jour.

On voit souvent, sinon même toujours, des veines dilatées ampullaires, sous-jacentes ou avoisinant la plaque. Ces veines sont elles-mêmes thrombosées, au moins partiellement, comme on le sent à la palpation, véritables thromboses plastiques qui se propagent à distance et envahissent souvent trois ou quatre veines du mollet. J'ajouterai en passant que ces thromboses plastiques développées d'une façon idiopathique, sans phénomènes inflammatoires préalables, nous ont paru toujours syphilitiques. Elles rétrocedent d'ailleurs fort bien par le traitement spécifique.

Dans le dernier placard qu'il nous a été donné d'observer, la surface était criblée de petits points jaunâtres de la dimension d'une tête d'épingle à un grain de millet qui, à première vue, ressemblaient à

des tubercules lupiques. A la vitro-pression, ces taches persistaient, mais prenaient une apparence plutôt purpurique et il est évident que ces points sont de véritables télangiectasies. L'examen histologique a montré, en effet, que ces taches ne présentent pas de réactions inflammatoires et ne ressemblent pas aux tubercules lupiques, mais qu'elles sont formées d'une infinité de vaisseaux capillaires réunis en un point comme à la suite de l'organisation d'un noyau fibrineux et la plupart atteints d'endothélite; certains même ont tendance à l'oblitération. Ces vaisseaux groupés ne sont pas répandus uniformément, mais groupés en des points nettement localisés du derme papillaire.



Fig. 1.

Sur ces plaques atrophiques, se déclarent fréquemment des ulcérations, raison qui contribue encore à faire croire que l'atrophie blanche est le résultat de l'évolution d'un ulcère antérieur. Cette ulcération occupe rarement une grande étendue de la plaque: elle a la dimension d'une pièce de 1 centime à celle de 1 franc; elle est assez creuse, atone, et n'ayant aucune tendance à la guérison spontanée. Ainsi faite

et malgré sa faible étendue, elle est capable de persister des semaines et des mois. Le traitement antisyphilitique arrive généralement à la guérir, mais lentement.

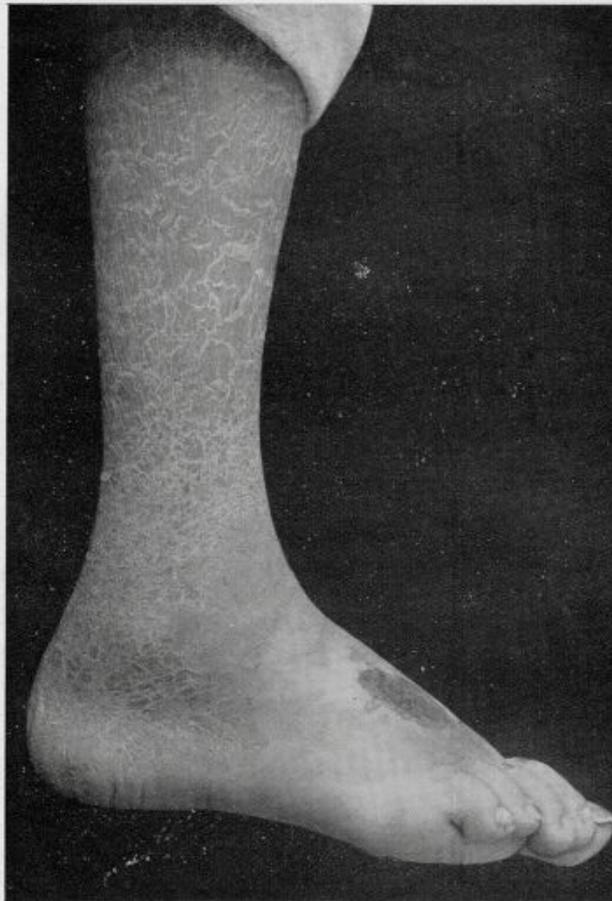


Fig. 2.

L'atrophie blanche segmentaire, au lieu d'occuper une région localisée de la jambe, en envahit, comme l'indique son nom, tout un segment : pieds, tiers inférieur de la jambe. La peau y est le plus souvent amincie ; une desquamation légère la recouvre d'habitude. Ici l'atrophie blanche est tellement vaste, tellement segmentaire, qu'on

ne peut songer à une cicatrice différentielle. Mais, comme dans le cas précédent (voir figure), il est possible de voir des ulcérations se déclarer sur cette vaste plaque atrophique, le plus souvent sur le dos du pied, où elles revêtent une apparence torpide, sans aucune tendance à la cicatrisation.

Nous avons eu ainsi, en 1922, dans notre service, une femme de 67 ans qui présentait une lésion semblable sur les deux pieds et le tiers inférieur des jambes. Les téguments blancs atrophiques étaient soudés aux plans aponévrotiques sous-jacents. Les mouvements des orteils, cependant, étaient possibles; seuls, les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne étaient limités. La malade ne savait pas depuis quand l'altération tissulaire s'était produite, mais la plaie du dos du pied était âgée de 4 mois (Observation 605. Biopsie : D. 240). Aux ongles des pieds comme à ceux de la main, il y avait un épaississement notable, ainsi qu'on l'observe généralement dans la syphilis.

Cette femme était dépourvue de tout antécédent syphilitique. Elle n'a jamais eu de fausses-couches; elle a eu 2 fils bien portants mais tués à la guerre. Elle ne savait pas qui était le père de ses enfants, si bien que nous n'avons pas pu faire l'enquête sérologique de ce côté.

La malade n'avait ni sucre ni albumines dans les urines.

La réaction de Wassermann était fortement positive. Cette femme entrée dans le service le 23 octobre 1922, fut mise aux injections intraveineuses de cyanure quotidiennes à la date du 26 octobre. Elle reçut ainsi 12 injections de cyanure, mais on dut interrompre le 6 novembre à cause d'un début de stomatite. Une injection intraveineuse de 20 centigrammes de 914 fut pratiquée le 11 novembre. Le 12, l'ulcération se rétrécissait lentement et l'atrophie scléreuse avait notablement diminué, alors la malade demanda à sortir de l'hôpital.

Signalons que nous avons observé une *sclérodémie typique* du milieu du dos, survenue chez un homme tabétique avec ataxie, abolition des réflexes achilléens, signe de Romberg et conservation des réflexes rotuliens. Il y avait en même temps de l'albuminurie à 9 grammes par jour et une tension artérielle qui s'élevait à 25.8. Nous ne pouvons pas donner le détail très grand sur l'évolution de ce malade, car il sortit sur sa demande de l'hôpital, 15 jours après son entrée et nous ne l'avons plus revu.

Enfin notons que la *peau citrène* (Milian, *Soc. de Dermatologie*, mai 1929) et le *xanthome élastique* (Milian, *Soc. de Dermatologie*, 7 mai 1914) sont des atrophies dégénératives de la peau d'origine syphilitique.

*Bulletin de la Société Française de Dermatologie.*

- DANLOS. — *Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires*, 1897, 249.  
DANLOS. — *Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires*, 1898, 434.  
DANLOS. — *Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires*, 1899, 23.  
DANLOS. — *Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires*, 1899, 212 ; *Leuco-atrophies cutanées et chéloïdes post-syphilitiques*, 1908, 238.  
HALLOPEAU. — *Syphilis papuleuse avec atrophie et hyperpigmentation*, 1908, 238.  
BALZER et LECORME. — *Syphilis papuleuse avec atrophie et hyperpigmentation*, 1901, 327.  
BALZER et F. BEAULIEU. — *Syphilis papuleuse avec atrophie et hyperpigmentation*, 1903, 118.  
DANLOS et DEHÉRAIN. — *Macules atrophiques syphilitiques*, 1906, 152.  
BALZER et DESHAYES. — *Contribution à l'étude des syphilis atrophiantes*, 1906, 152.  
BALZER et GALUP. — *Syphilis tuberculeuse zoniforme avec cicatrices atrophiques*, 1907, 360.  
BALZER et GALUP. — *Syphilis tuberculeuse zoniforme avec cicatrices atrophiques*, 1907, 463.

**Atrophies cutanées consécutives à des traumatismes,**

Par M. le professeur Du Bois (Genève).

Il existe des atrophies cutanées, consécutives à des traumatismes chroniques, dont l'apparition tardive, parfois très éloignée de l'action traumatisante fait oublier la cause efficiente et porter le diagnostic d'atrophies idiopathiques. De formes plutôt irrégulières, elles ont néanmoins tous les caractères des sclérodermies localisées et peuvent s'étendre par une lente évolution à des territoires éloignés du point traumatisé. Elles diffèrent absolument des cicatrices vraies, d'abord parce qu'elles ne sont précédées d'aucune perte de substance, même la plus superficielle et surtout parce que leur anatomo-pathologie est celle des atrophies sclérosantes et non des cicatrices. Leur pathogénie paraît être sous la dépendance de lésions nerveuses profondes, probablement sympathiques puisque le traumatisme qui est en général une pression lente et continue ne détermine pas d'autres modifications de l'épiderme qu'une inflammation locale plus ou moins intense.

Dans un article fort documenté des *Annales de Dermatologie* en 1925, intitulé « Traumatismes et sclérodermies », Thibierge a réuni un nombre important d'observations de sclérodermies traumatiques qui semblent bien démontrer l'étiologie mécanique dans un certain nombre de cas localisés du moins.