

# Sémiologie dermatologique

M. FEUILHADE DE CHAUVIN  
J.L. LEJONC

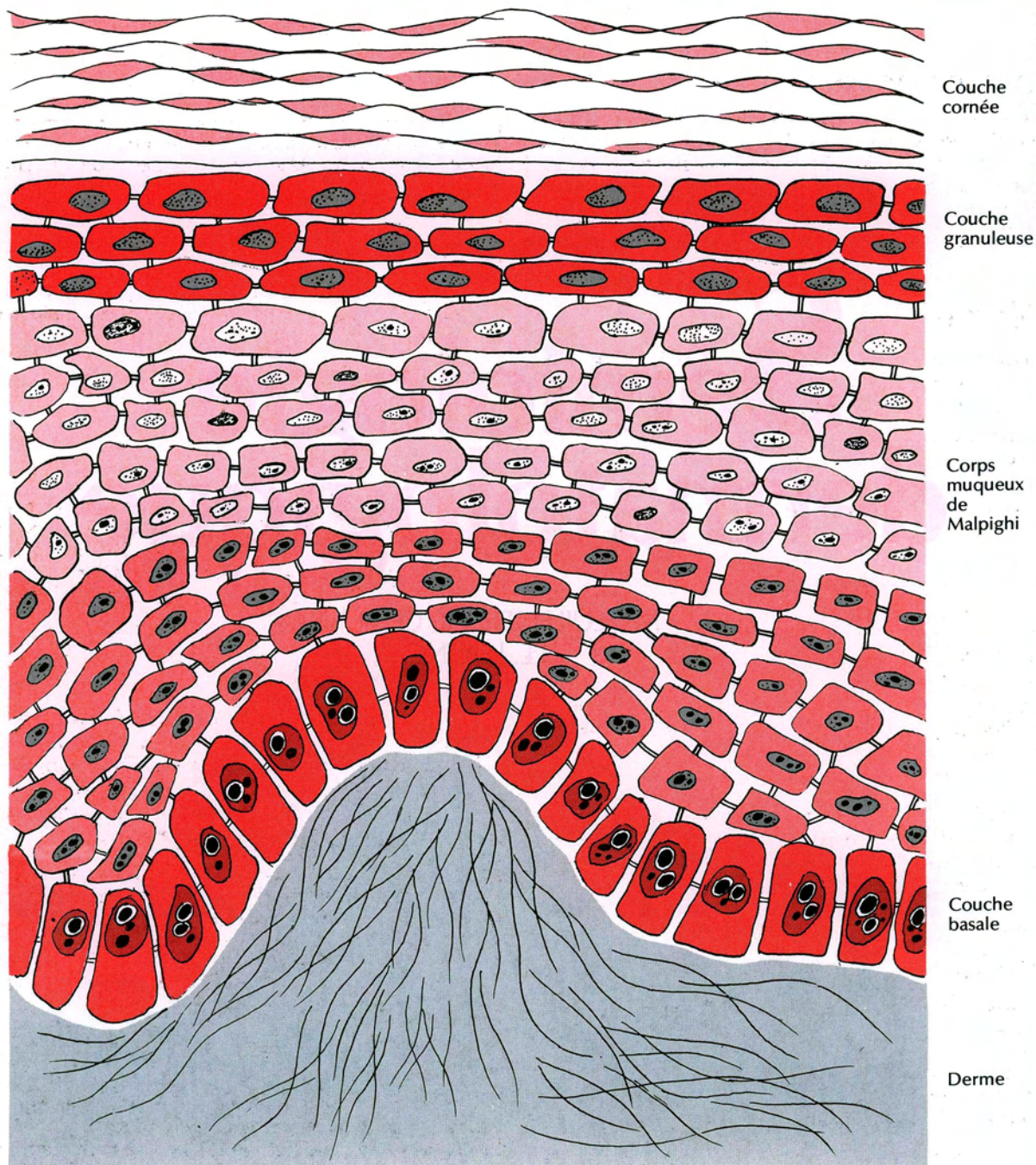


Figure 1. — L'épiderme.

1. Couche basale.
2. Couche épineuse (tonofibrilles riches en ponts S-S, desmosomes : ponts d'union, canaux intercellulaires).
3. Couche kératogène : assise de maturation comportant une couche granuleuse, une couche claire monocellulaire vide (vacuoles).
4. Couche cornée comportant une couche compacte où on retrouve les ponts d'union, et une couche disjointe (rupture des ponts).



# Sémiologie dermatologique

## POUR COMPRENDRE

Le revêtement cutané assure la protection de l'organisme contre des agressions très variées : mécaniques, caloriques, lumineuses, chimiques. La peau est constituée de trois couches superposées : épiderme, derme, hypoderme (fig. 1).

### L'épiderme

L'épiderme est constitué de cellules (kératinocytes) formant un épithélium pavimenteux. De la profondeur vers la surface sont décrites quatre couches :

- la couche basale repose sur les papilles du derme ; ses cellules sont cylindriques ; les mélanocytes y sont intercalés ;
- le corps muqueux est constitué par plusieurs assises de cellules polyédriques, qui s'aplatissent vers la surface, et dont la cohésion est assurée par les desmosomes et le ciment intercellulaire ;
- la couche granuleuse se caractérise par la disparition des noyaux et l'apparition de grosses granulations basophiles cytoplasmiques ;
- la couche cornée est formée par les squelettes des kératinocytes qui ont perdu leur noyau. Elle est faite de lamelles cohérentes superposées, constituées de kératine, protéine très rigide. Cette kératose physiologique est nommée orthokératose.

La jonction dermo-épidermique, ou membrane basale, est une interface formée de fibres de réticuline et de muco-polysaccharides. C'est une zone d'échanges entre le derme et l'épiderme.

### Le derme

Le derme est un tissu de soutien compressible, extensible et élastique.

Le derme superficiel (papilles dermiques) est constitué par un conjonctif lâche, renfermant les anses capillaires terminales et des terminaisons nerveuses.

Le derme réticulaire représente presque toute la hauteur du derme. Il est formé d'un lacs de fibres collagènes, disposées en vagues plus ou moins horizontales, et de fibres élastiques. Le collagène et l'élastine sont synthétisés par les fibroblastes.

Le collagène rend compte de l'extensibilité et de la résistance de la peau.

Les fibres élastiques confèrent à la peau son élasticité, c'est-à-dire sa capacité à revenir en place après étirement.

### L'hypoderme

L'hypoderme est un coussin cellulo-adipeux constitué de lobules adipeux séparés par des travées conjonctivo-élastiques.

### Le système mélanocytaire

Le système mélanocytaire (originaire de la crête neurale) assure la protection contre les ultraviolets et la lumière solaire. Les grains de mélanine élaborés par les mélanocytes sont phagocytés par les kératinocytes, ce qui permet la réalisation d'une nappe pigmentée continue.

### Les annexes (fig. 2)

a) **L'appareil pilo-sébacé** est une unité fonctionnelle qui comporte le poil, le follicule pileux et la glande sébacée dont le produit de sécrétion est déversé dans le sac folliculaire, ainsi que le muscle arrecteur. Dans les zones sexuelles existe, en outre, une glande sudoripare apocrine qui se déverse également dans le sac folliculaire.

Le follicule pileux présente une activité cyclique avec croissance (phase anagène), interruption des mitoses (phase catagène), puis chute du poil (phase télogène).

Les paumes et les plantes sont dépourvues d'appareils pilo-sébacés. Les faces dorsales des pieds sont dépourvues de glandes sébacées.

b) **Les glandes sudorales** sont distribuées sur toute la surface du revêtement cutané.

c) **Le système vasculaire et la thermorégulation.** La vascularisation cutanée est une circulation artério-veineuse étagée. A partir d'un plexus artériel sous-dermique, des artères montent vers le derme moyen, à l'origine d'artéioles qui s'épanouissent dans le derme superficiel en un plexus sous-papillaire horizontal d'où partent « en candélabres » des capillaires formant une anse sous-épidermique. Il existe dans le derme moyen des membres, du nez, des oreilles, des formations neuro-artérielles (les glomi) pouvant modifier le débit sanguin cutané sous



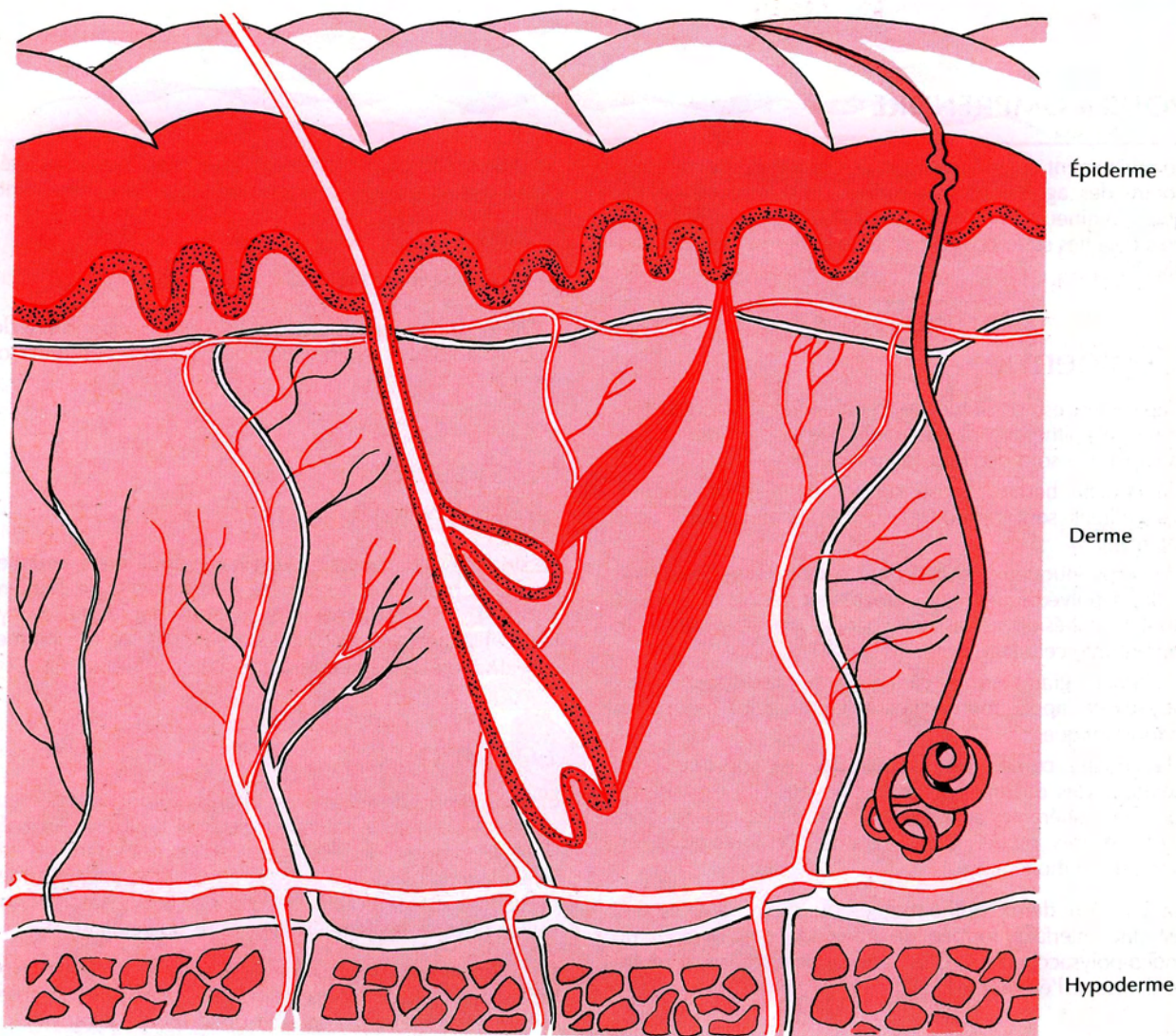


Figure 2. — Vascularisation, le follicule pileux, la glande sudoripare.

l'influence de divers stimuli, parmi lesquels la température extérieure.

La thermorégulation est sous la dépendance de récepteurs cutanés stimulés par les variations entre la température superficielle et celle du sang. L'hypothalamus est à l'origine d'un contrôle par le système nerveux autonome en réponse à ces variations. En cas d'élévation thermique surviennent une vasodilatation cutanée, une sudation et une diminution du métabolisme. A l'inverse, un abaissement thermique entraîne une vasoconstriction cutanée, une contraction des muscles arrecteurs (horripilation) et une augmentation du métabolisme.

d) **Les lymphatiques cutanés** se collectent vers les ganglions superficiels.

e) **L'innervation de la peau** est abondante, constituée de nerfs sensitifs.

Les stimuli sensoriels (toucher, douleur, variations thermiques) sont transmis par des fibres nerveuses terminales libres ou des corpuscules récepteurs.

Le système nerveux autonome est représenté par le sympathique qui provoque la vasoconstriction, la sudation et l'horripilation. Il n'existe pas d'innervation parasympathique.



# Examen clinique en dermatologie

Le diagnostic dermatologique repose sur trois étapes successives qui sont dans l'ordre : identifier la lésion élémentaire, reconnaître le groupement lésionnel, observer la topographie. Bien souvent, en l'absence d'identification correcte de la lésion élémentaire, le diagnostic établi d'après le groupement lésionnel ou la topographie est erroné.

Les lésions élémentaires sont des modifications cutanées simples de nombre restreint, qui permettent d'orienter la compréhension du mécanisme de la dermatose et dont la reconnaissance oriente le diagnostic vers une « famille » de lésions. Les principales lésions élémentaires sont les macules, les érythèmes, les purpuras, les dyschromies, les lésions érythémato-squameuses, les lésions liquidiennes (vésicule, bulle, pustule), les lésions infiltrées (papule, tubercule, nodule hypodermique). Une lésion dermatologique peut associer plusieurs lésions élémentaires (par exemple : papule squameuse, vésicule purpurique).

La lésion élémentaire peut se modifier spontanément ou sous l'influence de facteurs surajoutés qui rendront difficile l'identification en créant des lésions secondaires : ulcérations, croûtes. Ces facteurs surajoutés sont essentiellement le prurit, l'infection et les médications locales.

L'examen d'une lésion cutanée comprend l'inspection et la palpation. La palpation permet de préciser l'infiltration de la lésion, sa profondeur et d'apprécier l'existence de signes inflammatoires (chaleur, douleur). La vitropression (examen de la lésion à travers une lame de verre la comprimant) apporte une aide au diagnostic (différence entre érythème et purpura, révélation d'un tubercule jaunâtre en profondeur).

Le grattage à la curette des lésions permet l'analyse des squames ou leur mise en évidence lorsqu'elles sont peu abondantes.

# Prurit

Le prurit définit les démangeaisons. Les lésions dermatologiques peuvent être prurigineuses ou non. L'existence d'un prurit modifie souvent les lésions initiales. Il est ainsi responsable de lésions secondaires, modifiant les lésions élémentaires et pouvant rendre le diagnostic plus difficile.

Ces lésions secondaires au prurit sont :

- les lésions de grattage : petites excoriations cutanées croûteuses, provoquées par les ongles, disposées en stries et à contours déchiquetés ;
- des lésions papuleuses (prurigo) ;
- des lésions de lichénification, formées d'éléments de forme quadrilatère, bien limités, légèrement saillants, grisâtres, comparables au lichen (cf. « Lésions infiltrées »).

Dans certains cas, ces lésions secondaires peuvent être prédominantes. Par exemple, dans la gale, le parasite responsable est invisible et siège sous la peau. Les seules lésions cliniques spécifiques sont de discrets sillons d'entrée. En revanche, les lésions de grattage sont très importantes (excoriations croûteuses) et éventuellement les lésions de prurigo. Ces lésions siègent préférentiellement sur les mains, les fesses, les régions mammaires, les organes génitaux externes chez l'homme, et les pieds chez l'enfant.

Le prurit peut exister en dehors de maladies dermatologiques. Les principales causes de prurit isolé sont la cholestase, la polyglobulie primitive, la maladie de Hodgkin, l'insuffisance rénale chronique et le prurit psychogène.



# Érythèmes

L'érythème désigne une coloration rouge de la peau, qui disparaît lors de la vitropression. Il existe deux principaux mécanismes d'érythème :

- l'érythème actif est en rapport avec une vasodilatation artériolaire ; la couleur en est rouge franc et il s'accompagne d'une augmentation de la chaleur locale ;

- l'érythème passif est en rapport avec une stase veinulaire. La couleur est violacée. La chaleur locale est diminuée. L'érythème passif augmente avec la déclivité.

## Les érythèmes actifs

Les érythèmes actifs sont les plus fréquents. Ils sont généralisés ou localisés.

### 1. Les érythèmes actifs généralisés

a) **L'érythème scarlatiniforme** réalise de grandes nappes rouges confluentes, à contours géographiques, parsemées d'un piqueté purpurique.

b) **L'érythème morbilliforme** se présente sous forme de petites macules rouges disséminées, multiples, inégales, ne confluant pas (photo 1).

c) **L'érythème roséoliforme** est fait de petits éléments arrondis ou ovalaires bien limités, rose pâle, peu visibles.

Les principales causes des érythèmes généralisés sont données dans le **tableau I**.

### 2. Les érythèmes actifs localisés

Les érythèmes actifs localisés répondent à des causes multiples. Parmi celles-ci, il convient de citer :

- les érythèmes d'origine mécanique (intertrigo : cf. chapitre correspondant) ;
- les érythèmes d'origine physique (coup de soleil, lucite, survenant après une exposition au soleil) ;
- les érythèmes d'origine chimique, consécutifs à une application de caustique ou à l'application

locale ou à la prise par voie générale d'un médicament (par exemple : l'érythème pigmenté fixe, très localisé, récidive au même endroit à chaque reprise du médicament responsable) ;

- les érythèmes d'origine infectieuse, comme l'érysipèle, d'origine streptococcique ou staphylococcique (photo 2)

Les érythèmes fessiers sont très fréquents chez le nourrisson. Ils peuvent grossièrement affecter deux topographies différentes : il peut s'agir d'un érythème consécutif à la macération dans les couches, avec surinfection qui prédomine dans les plis (érythème en Y) ; il peut s'agir d'une dermite de contact, prédominant sur les sommets (dermite en W).

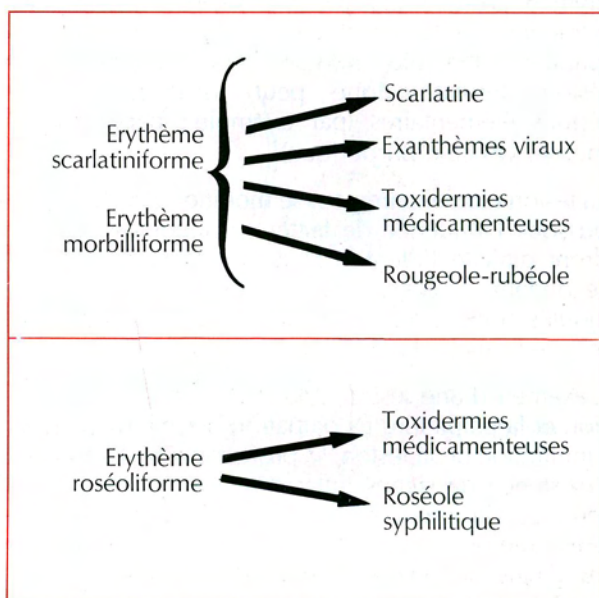


Tableau I. — Causes des érythèmes généralisés.

## Les érythèmes passifs

L'érythème passif est surtout rencontré aux membres inférieurs, sous forme de marbrures ; il s'agit du livedo de l'érythrocyanose des membres inférieurs, réalisant un réseau violacé qui dessine le territoire



# Purpuras

vasculaire anastomotique entourant une peau normale. Le livedo est habituellement constitutionnel et sans gravité. Il doit être différencié des livedos actifs accompagnant certaines maladies inflammatoires des petites artères, telle la périartérite noueuse.

Il existe également des érythèmes passifs localisés aux extrémités, telles l'acrocyanose et les engelures. A la face, l'érythrose faciale est un des éléments de la couperose (cf. « Télangiectasies »).

Le purpura est une extravasation extracapillaire de globules rouges dans le derme. Il s'agit donc d'une hémorragie minime. Il réalise une éruption de taches rouges qui ne s'effacent pas à la vitropression. Plusieurs aspects peuvent être réalisés :

- pétéchies : petits éléments ponctiformes rouge foncé ;
- ecchymoses : placards violacés bleuâtres ;
- vibices : traînées linéaires hémorragiques.

Il existe deux principaux mécanismes pouvant rendre compte de l'existence d'un purpura :

- purpuras vasculaires, avec nombre et fonction des plaquettes normaux, en rapport avec l'atteinte de la paroi du capillaire ;
- purpuras hématologiques, en rapport avec une thrombopénie ou avec une anomalie de la fonction des plaquettes.

Dans les purpuras hématologiques, il n'existe pas d'autres lésions élémentaires associées au purpura (cf. « Sémiologie hématologique »).

En revanche, dans le purpura vasculaire, il existe fréquemment des lésions élémentaires associées au purpura, en particulier des papules, des nodules (purpura infiltré), des vésicules, des vésiculo-pustules, des papules urticariennes, une nécrose (photo 3).



## Angiomes stellaires, télangiectasies

Les angiomes stellaires et les télangiectasies sont des dilatations localisées des capillaires cutanés avec rupture de leur paroi.

Les **angiomes stellaires** sont des lésions constituées d'un point rouge central, d'où partent en étoile des arborisations sinueuses. Ils s'effacent à la vitropression et se reconstituent à l'arrêt de celle-ci, du centre vers la périphérie (photo 4).

Les angiomes stellaires siègent fréquemment au niveau des mains, du visage, de la partie antérieure du thorax. Ils sont observés chez l'adulte sain et également au cours de la grossesse et de l'insuffisance hépatocellulaire.

Les **télangiectasies** s'effacent également à la vitropression. Elles réalisent de petites traînées rouges filiformes. Elles sont fréquentes au niveau du visage, sur les pommettes, bilatérales et symétriques et, associées à un fond d'érythrose permanente du visage, elles définissent la couperose. Elles sont également fréquemment observées au niveau des jambes (cheveux capillaires).

Les télangiectasies sont plus rarement secondaires (télangiectasies post-radiothérapiques, télangiectasie apparaissant au cours de la sclérodermie ou au cours du lupus).

## Dyschromies

Les dyschromies sont des modifications de la pigmentation de la peau. Il en existe trois principaux types : l'hyperpigmentation mélanique, l'hypopigmentation mélanique et les surcharges par des pigments autres que la mélanine, exogènes ou endogènes.

### Les dépigmentations pathologiques

Les dépigmentations pathologiques peuvent être diffuses, comme au cours de l'insuffisance antéhypophysaire, en raison de la diminution de synthèse de la mélanostimuline.

Elles peuvent être localisées, réalisant des taches achromiques.

- Le **vitiligo** est une dermatose autonome se résolvant à l'existence de plages dépigmentées, entourées d'un halo pigmenté, bien limitées (photo 5).

- Le **pityriasis versicolor achromiant** est une maladie bénigne, due à une mycose, réalisant un ensemble de taches bien limitées, polycycliques, rosées ou jaunâtres, localisées dans les régions présternale et scapulaire. Ces taches peuvent devenir achromiques après exposition solaire. La desquamation au niveau de la tache est très discrète et elle est mise en évidence lors du grattage : signe du copeau (photo 6).

- La **lèpre achromiante** réalise des macules à contours précis, dont le caractère majeur est l'existence de troubles de la sensibilité superficielle à ce niveau. Toute lésion achromique hypo ou anesthésique doit faire évoquer ce diagnostic. La lèpre achromiante est rencontrée surtout dans la lèpre tuberculoïde, forme relativement bénigne de la maladie (photo 7).



# Les hyperpigmentations

## 1. La mélanodermie endocrinienne

La mélanodermie endocrinienne est une hyperpigmentation en rapport avec la production excessive de mélanostimuline. Cette hormone d'origine antéhypophysaire stimule la synthèse de mélanine dans les mélanocytes.

La mélanodermie endocrinienne est avant tout observée au cours de l'insuffisance surrénale lente (cf. « Sémiologie endocrinologique »). Elle provoque une hyperpigmentation diffuse, prédominant au niveau des plis de flexion, tout particulièrement à ceux des mains, et sur les régions normalement pigmentées (régions exposées au soleil, cicatrices, mamelons, organes génitaux externes). Elle touche également les muqueuses (taches ardoisées visibles à la face interne des joues).

## 2. L'hyperpigmentation en rapport avec d'autres pigments

Les hyperpigmentations peuvent se rencontrer au cours de l'hémochromatose idiopathique, maladie caractérisée par une surcharge en fer de l'organisme, à l'origine d'une hyperpigmentation diffuse cutanée avec reflet métallique. Il existe également des mélanoses de surcharge avec d'autres métaux (par exemple : l'argent).

## 3. Les hyperpigmentations localisées

Il existe également des hyperpigmentations localisées, les éphélides ou taches de rousseur, les pigmentations localisées en macules au cours des toxidermies ou provoquées par les parfums.

Le chloasma, ou « masque de grossesse », apparaît au cours de la grossesse ou parfois en raison de la prise d'œstrogènes. Il réalise une pigmentation brunâtre ou chamois à contours irréguliers, symétrique, siégeant au niveau du visage (front, tempes, menton, face latérale des joues). Il est vraisemblablement, en partie, en rapport avec le rôle pigmentogène des œstrogènes et de la progestérone (photo 8).

# Lésions érythémato-squameuses et squameuses

L'existence de squames témoigne d'une prolifération anormale de la couche cornée qui se détache de la surface de la peau. Cette hyperkératose est le plus souvent parakératosique, c'est-à-dire que les noyaux sont anormalement conservés dans la couche cornée. Plus rarement, elle est orthokératosique (exagération de la kératose physiologique). La desquamation peut être très fine, pityriasique, ou au contraire formée de larges lambeaux psoriasiques.

Les lésions érythémato-squameuses associent les squames et un érythème actif. Les deux plus fréquentes sont le psoriasis et le pityriasis rosé.

## Le pityriasis rosé

Le pityriasis rosé de Gibert est une dermatose fréquente évoluant spontanément vers la guérison en quatre à huit semaines. Il apparaît au printemps et en automne par petites épidémies chez le sujet jeune. La lésion caractéristique est en médaillon, de siège habituellement thoracique, définie par une zone périphérique rougeâtre finement squameuse et un centre clair, parfois gaufré ou fripé. Une éruption peu ou non prurigineuse de taches érythémateuses ou de médaillons respectant le visage et les extrémités peut apparaître ensuite (photo 9).

## Le psoriasis

Le psoriasis est une dermatose fréquente, souvent familiale, chronique, évoluant par poussées. Il est caractérisé par une augmentation très importante du renouvellement de l'épiderme avec parakératose.

Les lésions cutanées réalisées sont des plaques érythémateuses bien limitées, légèrement en relief, surmontées d'une desquamation abondante (photo 10).



10). Le grattage à la curette permet de détacher les squames blanc nacré, puis de faire apparaître une fine pellicule translucide décollable et enfin de découvrir la papille dermique décapitée (rosée sanglante). La topographie des plaques psoriasiques est très évocatrice (coudes, genoux, plaque sacrée). Le cuir chevelu est également fréquemment atteint ainsi que les ongles qui présentent des décollements et des bosselures en « dé à coudre ».

La maladie peut se compliquer d'un rhumatisme inflammatoire (rhumatisme psoriasique).

## L'ichtyose

L'ichtyose est une dermatose purement squameuse, se caractérisant par une sécheresse diffuse de la peau, parsemée de craquelures et de squames plus ou moins adhérentes, donnant un aspect écailleux (photo 11). L'ichtyose est le plus souvent congénitale. Plus rarement, lorsqu'elle est acquise, elle peut témoigner de l'existence d'une tumeur maligne et en particulier d'un lymphome malin.

## Érythrodermies

Les érythrodermies sont des érythèmes actifs, souvent desquamants, généralisés à la totalité du revêtement cutané (photo 12). Elles persistent souvent des semaines et des mois.

Les érythrodermies s'accompagnent très souvent d'un œdème cutané, d'un suintement. Il existe donc fréquemment une déperdition de calories, une négativation du bilan azoté et, pour cette raison et en raison de l'augmentation du débit sanguin cutané, des modifications importantes de la volémie et du débit cardiaque qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital chez le sujet âgé ou insuffisant cardiaque.

Les principales causes des érythrodermies sont les généralisations des dermatoses préexistantes :

- eczéma,
- psoriasis,
- hémato dermie (maladie cutanée en rapport avec la prolifération de cellules d'origine médullaire).

Il existe également les érythrodermies provoquées par des médicaments et, fréquemment, les érythrodermies restent idiopathiques.



# Lésions liquidiennes à liquide clair

Les lésions liquidiennes à liquide clair sont les dermatoses vésiculeuses et bulleuses.

## Les dermatoses vésiculeuses

Les vésicules sont de petites éleveures épidermiques de quelques millimètres de diamètre, remplies d'une sérosité claire.

Leur formation répond à deux mécanismes (fig. 3) :

- dans le premier cas, la formation de la vésicule résulte de lésions cellulaires de dégénérescence ballonisante et de nécrose touchant les cellules de l'épiderme ; ce mécanisme est en cause dans les viroses, en particulier dans les dermatoses dues à des virus du groupe herpès-zona ;

- l'autre mécanisme de formation de vésicules est celui résultant d'un œdème intercellulaire (spongieuse), dissociant les cellules de l'épiderme et entraînant une rupture des ponts d'union intercellulaires, permettant la création d'une cavité intra-épidermique. C'est le mécanisme en cause dans l'eczéma.

### 1. Les dermatoses dues au virus du groupe herpès-zona

#### a) L'herpès

L'herpès est une maladie due au virus de l'herpès, caractérisée par des lésions vésiculeuses groupées en bouquets (photo 13).

Au cours de l'évolution, les éléments deviennent secondairement pustuleux, confluent et se rompent après quelques jours, laissant place à des érosions polycycliques. Les localisations naso-labiales et géni-tales sont les plus fréquentes.

#### b) Le zona

Le zona est une maladie virale due au virus du zona et de la varicelle. Elle touche souvent les personnes âgées ou immunodéprimées. Elle réalise des vésicules flasques, groupées en placards sur un fond érythémateux (photo 14). La topographie est particulière car unilatérale et radiculaire. La topogra-

phie la plus fréquente est le zona intercostal. Les vésicules évoluent vers la formation de pustules puis de croûtes. Le zona s'accompagne de phénomènes douloureux et laisse fréquemment des séquelles douloureuses (algies post-zostériennes). La localisation ophtalmique est d'une particulière gravité en raison des lésions possibles de la cornée.

#### c) La varicelle

La varicelle est caractérisée par des vésicules en « perles de rosée » sur une base érythémateuse (photo 15), s'ombiliquant en leur centre vers le deuxième ou troisième jour de l'évolution. Le contenu des vésicules devient alors trouble. La topographie est très évocatrice, avec extension progressive à partir du visage et du cou et atteinte du cuir chevelu (cf. « Sémiologie pédiatrique »).

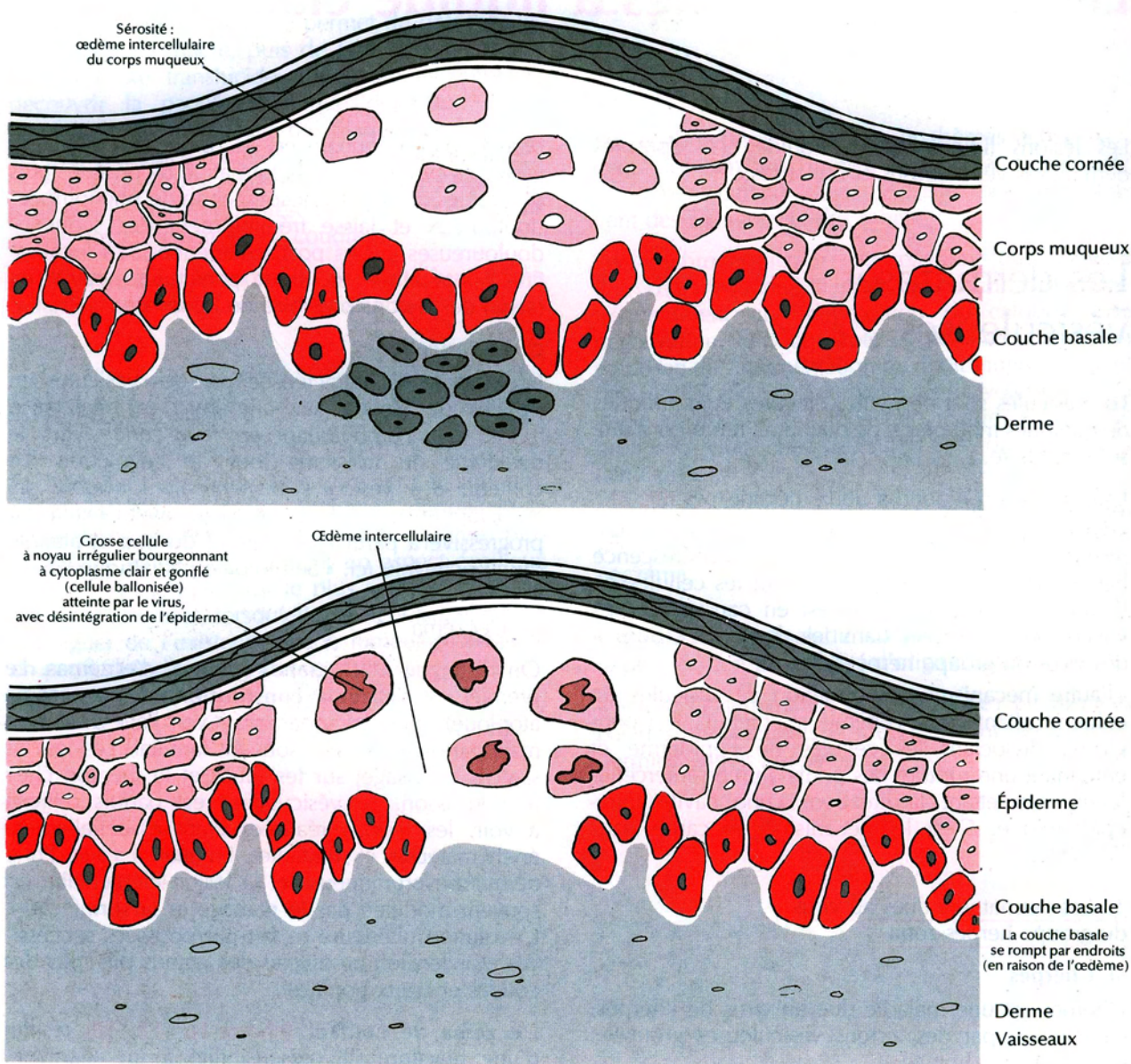
### 2. L'eczéma

On distingue deux grands groupes d'eczémas. Le premier est l'**eczéma constitutionnel** (ou eczéma atopique), affection apparaissant vers l'âge de 3 mois mais parfois plus tard, souvent familial. Les lésions siègent au visage, sur les joues et le menton chez le nourrisson. La vésiculation est parfois difficile à voir, les lésions réalisées étant essentiellement érythémateuses et suintantes. En effet, il s'agit d'une dermatose prurigineuse et la lésion élémentaire est souvent modifiée par le grattage et la surinfection. L'évolution ultérieure se fait par poussées successives et extension au niveau des grands plis (plis des coudes et creux poplités).

L'**eczéma de contact** (photos 16, 17, 18) résulte d'une réaction d'hypersensibilité à un allergène. C'est une dermatose érythémato-vésiculeuse très prurigineuse. Sur une plage érythémateuse et œdémateuse apparaissent des petites vésicules laissant sourdre un suintement et se rompant lors du grattage. Les bords du placard ont un aspect émiétté, mal limité. Après le suintement apparaissent des croûtelles, l'aspect devenant érythémato-croûteux et la surinfection étant fréquente. L'eczéma de contact peut se généraliser secondairement.

Au niveau des mains, cette dermatose réalise une hyperkératose fissurée par des crevasses douloureuses, en périphérie de laquelle des éléments vésiculeux sont observés lors des poussées.





**Figure 3.** — Les vésicules. En haut, exemple de l'eczéma (exosérose et spongiose). En bas, exemple de l'herpès, du zona, de la varicelle.

L'eczéma dysidrosique ou dysidrose réalise une éruption de vésicules enchâssées sous la couche cornée des faces latérales des doigts et des orteils, des paumes et des plantes.

Au cours de l'eczéma de contact, l'interrogatoire est capital pour chercher l'allergène responsable, l'enquête étant complétée par des tests épicutanés interprétés après 48 heures.

## Les dermatoses bulleuses

La bulle est une saillie hémisphérique, arrondie, bien limitée, tendue, dont le contenu est clair ou sérohématique. Lorsque la bulle est rompue, elle laisse place à une érosion à contours circulaires polycycliques. Dans le mécanisme de formation des bulles, on distingue (fig. 4) :



- les bulles sous-épidermiques, en rapport avec un décollement dermo-épidermique au niveau de la membrane basale ;
- des bulles intra-épidermiques, secondaires à la rupture des ponts d'union intercellulaires (acantholyse) ;
- des bulles sous-cornéennes, avec nécrolyse du toit.

## 1. Les bulles sous-épidermiques

### a) La porphyrie cutanée tardive

La porphyrie cutanée tardive est une maladie vraisemblablement familiale, liée à un trouble du métabolisme des porphyrines. Elle est favorisée par l'éthylisme, la surcharge en fer de l'organisme et certains médicaments. Elle se manifeste par l'apparition de bulles prurigineuses au niveau des régions exposées au soleil : peau des mains et des poignets, visage, nuque. Les bulles se rompent en laissant place à des excoriations cutanées (photo 19). Il existe parfois une hypertrichose malaire et des microkystes sur le visage.

Histologiquement, la bulle est sous-épidermique : l'épiderme est intact, les papilles dermiques hypertrophiées font saillie dans la bulle.

### b) La pemphigoïde bulleuse et la dermatite herpétiforme

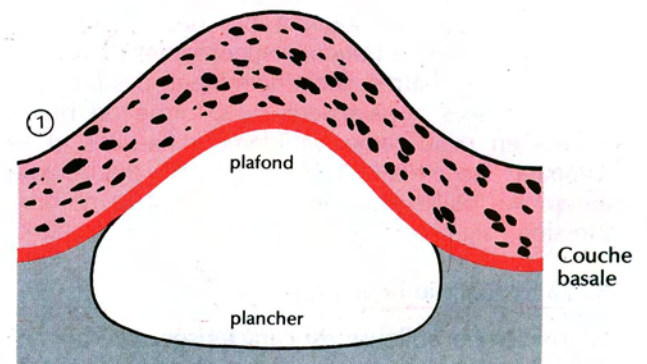
La pemphigoïde bulleuse et la dermatite herpétiforme sont deux maladies bulleuses caractérisées par un décollement dermo-épidermique.

La dermatite herpétiforme s'observe chez l'adulte jeune. Elle est responsable de bulles très prurigineuses, petites, groupées en amas. L'immunofluorescence directe met en évidence des dépôts d'IgA le long de la membrane basale de la peau.

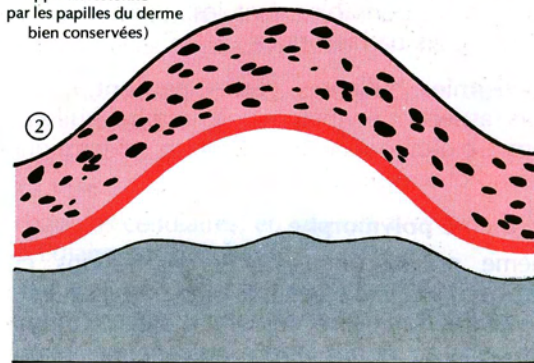
La pemphigoïde bulleuse atteint surtout les sujets âgés. Les bulles sont plus grosses, reposent sur des plaques érythémateuses et prédominent aux plis de flexion (photo 20). L'immunofluorescence directe met en évidence des dépôts d'IgG le long de la membrane basale de la peau lésée.

## 2. Le pemphigus vulgaire

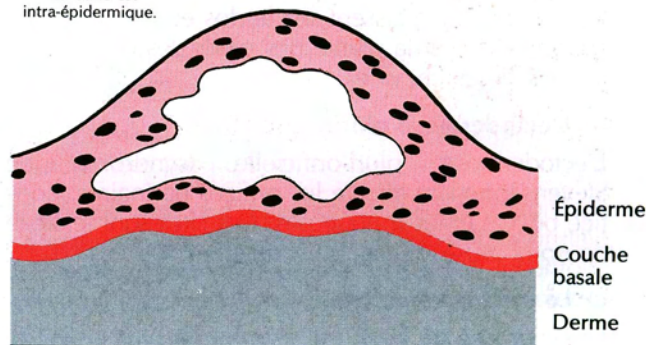
Le pemphigus est une maladie bulleuse caractérisée par la désunion des kératinocytes entre eux (acantholyse), formant des décollements bulleux intra-épidermiques, et par la présence dans le sérum d'anticorps dirigés contre la substance intercellulaire.



Bulle sous-épidermique :  
Exemple 1 : pemphigoïde bulleuse.  
Exemple 2 : porphyrie cutanée tardive (le plancher de la bulle apparaît festonné par les papilles du derme bien conservées)



Bulle intra-épidermique :  
exemple d'un pemphigus vulgaire (acantholyse).  
Dans la bulle, existent des cellules acantholytiques.  
La bulle est intra-épidermique.



Bulle avec nécrolyse du toit :  
exemple de l'érythème polymorphe.

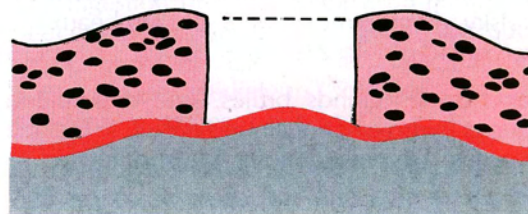


Figure 4. — Les bulles.



La maladie débute souvent par des localisations muqueuses dans la bouche, responsables d'érosions buccales blanchâtres. Secondairement, des localisations cutanées apparaissent sous forme de bulles isolées en peau saine, rapidement flasques et se rompant facilement. L'épiderme est très fragile autour des bulles et part en lambeaux à la moindre pression : signe de Nikolsky (photo 21).

### 3. La toxidermie bulleuse

La toxidermie bulleuse est caractérisée par l'apparition de bulles bien limitées en peau saine. Histologiquement, la bulle est de siège sous-épidermique et son toit est plus ou moins nécrosé. Les principaux médicaments responsables sont les sulfamides, les antibiotiques, les barbituriques.

Les toxidermies bulleuses graves peuvent revêtir plusieurs aspects : érythème polymorphe bulleux, ectodermose pluri-orificielle, nécrolyse épidermique aiguë (syndrome de Lyell).

#### a) L'érythème polymorphe

L'érythème polymorphe associe des lésions en cocarde, avec une bulle centrale entourée d'un halo rouge violacé, lui-même entouré d'une couronne vésiculo-bulleuse, et des lésions urticariennes papuleuses, déprimées en leur centre et rouges en périphérie (photo 22).

Ces lésions apparaissent sur le dos et la paume des mains, le dos et la plante des pieds, les coudes, les genoux et les chevilles.

#### b) L'ectodermose pluri-orificielle

L'ectodermose pluri-orificielle (syndrome de Stevens-Johnson) affecte les orifices nasaux, l'orifice buccal et les muqueuses. Ces sites sont le siège de nombreuses bulles qui s'ulcèrent.

#### c) Le syndrome de Lyell

Le syndrome de Lyell est la forme la plus grave de toxidermie médicamenteuse, se manifestant par un décollement massif de l'épiderme et donnant au malade l'aspect d'un grand brûlé. Il existe un signe de Nikolsky, l'épiderme partant en lambeaux au moindre contact (photo 23).

Comme chez les grands brûlés, une déperdition protidique et hydro-électrolytique s'ensuit, le malade étant exposé à l'hypovolémie et à la surinfection.

## Pustules

La pustule est une collection de pus de petite taille, cutanée, réalisant une élevure blanc jaunâtre. La pustule est folliculaire lorsqu'elle siège à l'émergence d'un follicule pileux ou dans sa profondeur (folliculite). Lorsqu'elle n'a pas ce siège, la pustule est non folliculaire.

D'autre part, les pustules peuvent être microbiennes, dues à une infection bactérienne ou virale, ou amicrobiennes.

Le furoncle ou l'acné sont des formes particulières de pustules folliculaires qui seront étudiées à part.

## Les pustules microbiennes

#### a) La folliculite streptococcique ou staphylococcique

La folliculite réalise de petites pustules centrées par un poil, siégeant sur les lésions pileuses : barbe, dos, poitrine, fesses et jambes essentiellement.

#### b) L'impétigo

L'impétigo est une dermatose non folliculaire, staphylococcique ou streptococcique, fréquente chez l'enfant. Les pustules sont visibles le plus souvent sur le visage, autour des orifices naturels, sur les mains et sur les membres. Les pustules se recouvrent rapidement de croûtes jaunâtres, mélicériques (photo 24).

Parfois, l'impétigo est papulo-bulleux, en particulier lorsqu'il est d'origine staphylococcique.

#### c) Les pustules virales

Les pustules virales sont caractéristiques de la dermatose entraînée par les virus du groupe de la variole (variole, vaccine).

## Les pustules amicrobiennes

Il peut exister des pustules en dehors d'une infection responsable. C'est le cas du psoriasis pustuleux. C'est une forme particulière de psoriasis, évoluant parfois vers l'érythrodermie. Il se présente comme



une éruption brutale avec érythème diffus, pustules non folliculaires se flétrissant vite, groupées en bouquets, et enfin par une phase de desquamation.

## L'acné et les furoncles

Ces deux affections réalisent des pustules folliculaires très particulières.

### a) Le furoncle

Le furoncle est une ostiofolliculite aiguë nécrosante à staphylocoque. Il se caractérise initialement par une saillie rouge, douloureuse, arrivant à maturité en quelques jours. Il est alors caractérisé par un gros élément jaunâtre central, dont l'élimination (le bourbillon) laissera place à un cratère anfractueux (photo 25).

La localisation à la face est dangereuse en raison de la possibilité de complications graves (phlébite du sinus caverneux). D'autre part, l'existence d'un diabète ou de manœuvres traumatiques sont d'autres éléments de gravité du furoncle.

Une agglomération de furoncles réalise un anthrax.

### b) L'acné

L'acné est une maladie du follicule pilo-sébacé en rapport avec une production accrue de sébum. Elle débute le plus souvent pendant la période pubertaire. Les régions affectées sont le visage et le haut du dos.

Les lésions associent des papules inflammatoires, des pustules, des microkystes et des comédons (points noirs) (photo 26).

L'hyperproduction de sébum par la glande sébacée se complique d'une obstruction du follicule et de son infection secondaire par des germes saprophytes.

## Lésions infiltrées

Les lésions infiltrées donnent au toucher une sensation de ressaut. Il s'agit de papules, de tubercules et des nodules (fig. 5).

## Les papules

Les papules sont des lésions saillantes, fermes au toucher, délimitées, ne contenant pas de liquide, superficielles et de coloration variable.

Il existe trois principaux mécanismes de formation des papules (fig. 6) :

- papules œdémateuses, consécutives à un œdème localisé du derme ;
- papules cellulaires, en rapport avec une infiltration cellulaire dans le derme ;
- papules de surcharge, en rapport avec l'accumulation dermique d'une substance acellulaire.

D'autre part, il existe des papules épidermiques, en rapport avec un simple épaissement de l'épiderme.

### 1. Les papules œdémateuses

Les papules œdémateuses sont essentiellement représentées par l'urticaire.

L'urticaire est une affection aiguë ou chronique, caractérisée par une éruption d'apparition brutale, très prurigineuse, faite de placards ortiés à contours géographiques, érythémato-œdémateux, d'évolution fugace (photo 27).

L'urticaire est une réaction de la peau à des stimulations diverses. Elle peut être secondaire à une ingestion médicamenteuse ou alimentaire, elle peut être provoquée par des agents physiques (froid, soleil, pression). Elle est la conséquence de la libération de médiateurs solubles, en particulier d'histamine par les mastocytes.

Le dermographisme est une lésion du même type. Elle est caractérisée par une strie rouge en relief provoquée par le frottement de la peau par une pointe mousse.



## 2. Les papules cellulaires

Les papules cellulaires sont essentiellement représentées par la syphilis secondaire et le lichen plan.

### a) La syphilis papuleuse

Les syphilides papuleuses sont une forme fréquente de la syphilis secondaire. Ce sont des papules multiples, rouge cuivré, indurées à la palpation, disséminées sur le tronc et atteignant les paumes et les plantes. Les papules ne sont pas prurigineuses. Elles surviennent sous forme d'une éruption, deux à plusieurs mois après la syphilis primaire. Le tréponème est présent dans les lésions (photo 28).

### b) Le lichen plan

Le lichen plan est une dermatose d'étiologie inconnue, caractérisée par une éruption très prurigineuse de papules violines, brillantes, dessinant des quadrilatères de quelques millimètres. Les stries kératosiques blanchâtres forment des réseaux à leur surface (photo 29). La topographie est évocatrice : éruption symétrique à la face antérieure des poignets, des genoux et des coudes, de la verge, des régions lombaire et abdominale. La constatation d'un lichen plan doit faire rechercher une atteinte de la

muqueuse buccale où la maladie réalise des arborisations blanchâtres mal limitées.

## 3. Les papules de surcharge

Les papules de surcharge sont en rapport avec l'infiltration localisée du derme par une substance acellulaire. Il peut s'agir de substance amyloïde, de mucine ou de graisse. Dans ce cas, il s'agit du xanthome, dont la forme éruptive est caractérisée par une éruption de papules multiples jaunâtres, bien limitées, en peau saine, siégeant de préférence au niveau des fesses, des cuisses, des jambes et des bras (photo 30).

## 4. Les papules épidermiques

Les papules épidermiques sont essentiellement représentées par les verrues planes, qui réalisent des élevures très discrètes rosées ou jaunâtres, proches de la couleur de la peau normale, siégeant sur le visage, le dos des mains ou les genoux.

Les verrues vulgaires associent deux lésions élémentaires : une papule et des végétations, réalisant de petites excroissances épidermiques verruqueuses,

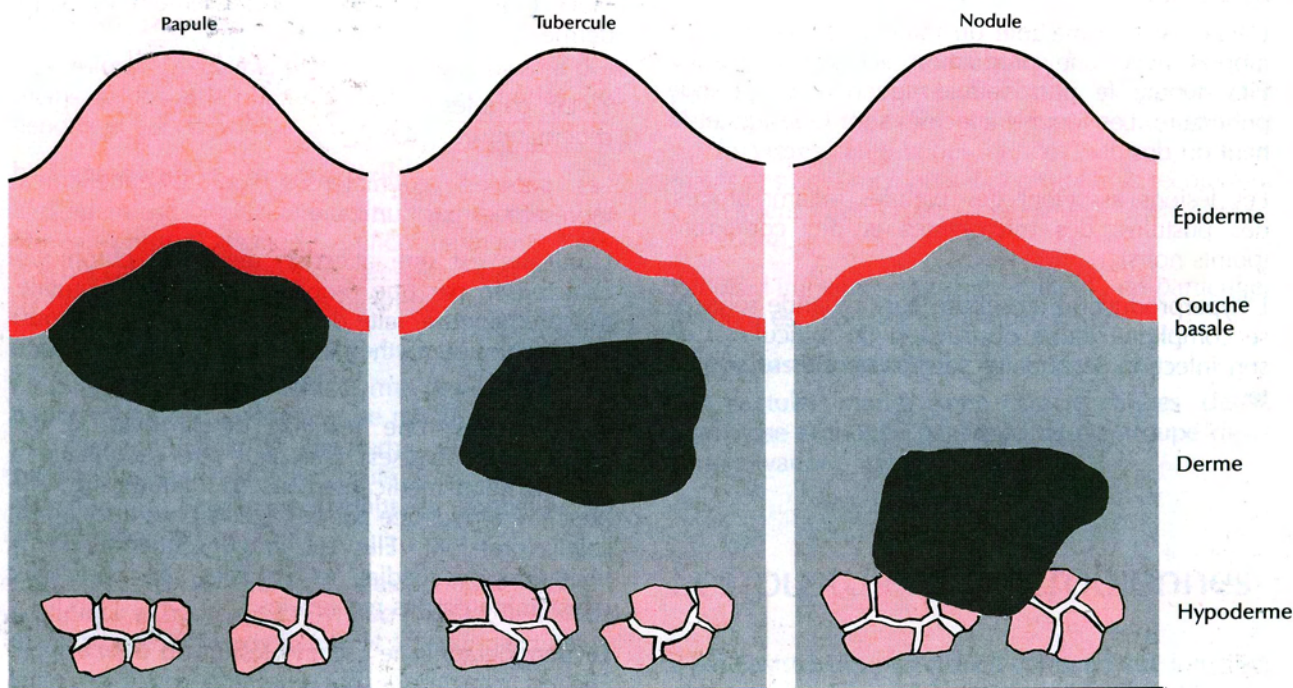


Figure 5. — Les lésions infiltrées.



grisâtres, bien limitées, touchant surtout les doigts, les mains et les pourtours des ongles (photo 31).

Les verrues sont d'origine virale. Elles sont souvent multiples et surviennent chez l'enfant et l'adulte jeune.

## Les tubercules

Les tubercules sont des lésions déterminées par un infiltrat de cellules siégeant profondément dans le derme. Elles sont plus volumineuses que les papules, d'évolution lente et habituellement destructrices.

Leur origine est le plus souvent une dermatose avec infiltrat tuberculoïde histologique.

La sarcoïdose cutanée réalise des tubercules brun rougeâtre ; la vitropression fait apparaître l'existence de grains jaunâtres en leur sein. Ils siègent volontiers sur le visage.

Les lépromes de la lèpre lépromateuse sont des lésions plus ou moins érythémateuses, fermes, indo-

lores, confluant en petits placards atteignant volontiers la face et le pavillon des oreilles.

## Les nodules

Les nodules sont des lésions cutanées caractérisées par un infiltrat dermo-hypodermique.

Les gommages sont des nodules dermo-hypodermiques bien limités, fermes, élastiques à la palpation, évoluant vers la fluctuation et la collection et pouvant alors s'ulcérer. Les gommages peuvent être d'origine tuberculeuse, syphilitique, mycosique.

L'érythème noueux est une hypodermite nodulaire aiguë, caractérisée par l'apparition brutale, à la face antérieure des deux jambes et de façon symétrique, de nouures fermes, infiltrées, profondément enchâssées dans le derme et l'hypoderme, chaudes et douloureuses à la palpation (photo 32).

Initialement de teinte rosée puis franchement érythémateuse, ces éléments passent ensuite par les teintes

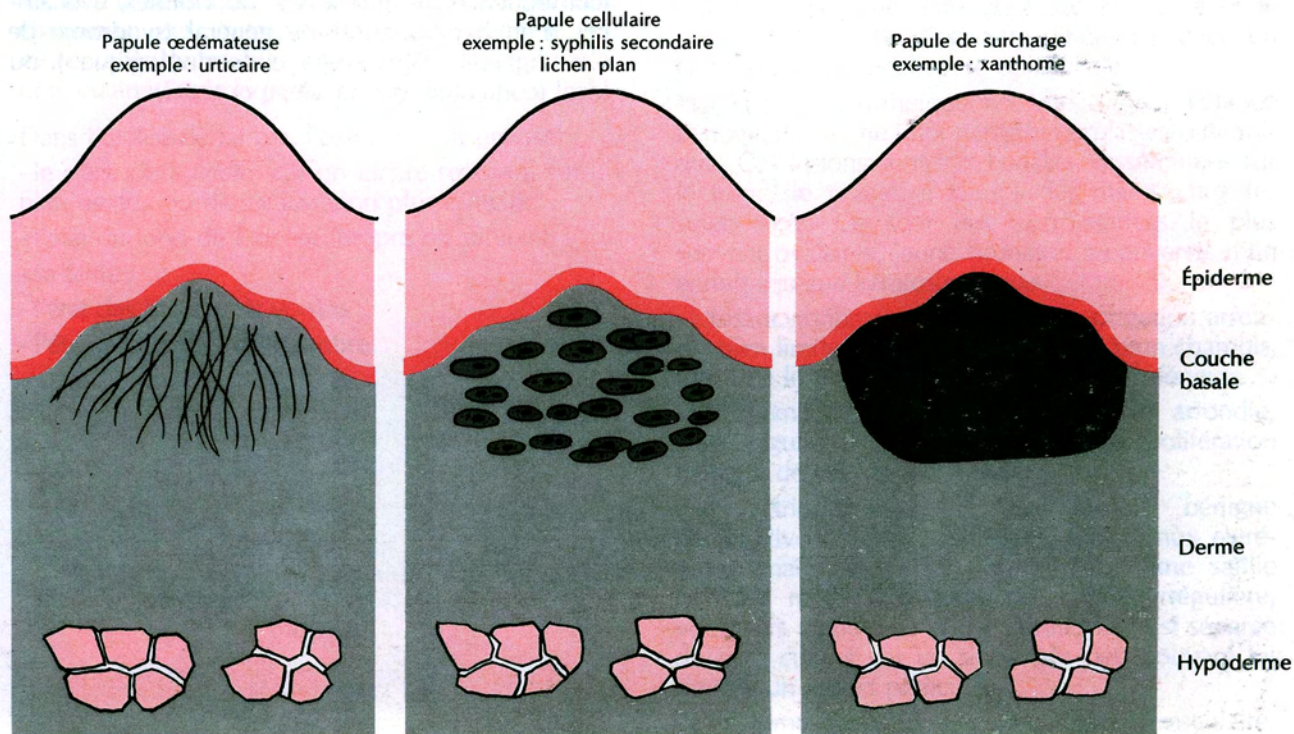


Figure 6. — Les papules.



de la biligénie locale, comme des ecchymoses. Plusieurs poussées éruptives se succèdent, rendant compte de l'existence à un même moment d'éléments d'âge différent.

Les principales causes de l'érythème noueux sont la sarcoïdose, la primo-infection tuberculeuse, les infections streptococciques et les médicaments.

L'érythème noueux est une lésion d'accompagnement : il n'existe pas de lésion histologique spécifique dans les lésions d'hypodermite nodulaire aiguë.

## Scléroses et atrophies

### 1. La sclérose

La sclérose est une condensation des éléments du derme. Elle peut être primitive (comme dans la maladie dénommée sclérodermie) ou secondaire.

Les scléroses secondaires touchent volontiers les membres inférieurs lors d'une insuffisance veineuse chronique (hypodermite sclérodermiforme avec épaissement du membre qui prend un aspect lisse, ligneux, dépourvu de toute souplesse).

### 2. L'atrophie

L'atrophie correspond à une diminution du tissu élastique. Il en est ainsi dans les cicatrices atrophiques.

Les vergetures sont des atrophies cutanées, d'aspect linéaire, groupées selon les axes de tension de la peau. Leurs localisations électives sont les seins, les fesses et les flancs. Elles peuvent être blanchâtres (conséquence des grossesses) ou violines, évocatrices d'un hypercortisolisme général (syndrome de Cushing, cf. « Sémiologie endocrinologique ») ou local (corticothérapie locale) (photo 33).



# Pertes de substance

Les érosions sont des pertes de substance minimales, uniquement épidermiques, ne laissant pas de cicatrice. Il en est ainsi des érosions consécutives à la rupture de vésicules ou de bulles intra-épidermiques.

Les ulcérations sont des pertes de substance profondes atteignant le derme.

## 1. Le chancre syphilitique

Le chancre syphilitique est un exemple d'ulcération primitive, siégeant le plus souvent au niveau du sillon balano-préputial, réalisant une ulcération peu profonde reposant sur une base indurée au palper (photo 34). Il est indolore et s'accompagne d'une adénopathie inguinale. Le tréponème est présent dans la lésion.

## 2. L'ulcère de jambe

L'ulcère de jambe est une lésion qui est le plus souvent la conséquence d'une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. Celle-ci est responsable de troubles trophiques entraînant l'atrophie cutanée puis la perte de substance.

Dans l'ulcère de jambe, l'examen doit préciser :

- le siège de l'ulcère, car un ulcère reposant sur un plan osseux est de cicatrisation plus difficile ;
- l'état du fond de l'ulcère (propre ou sanieux) ;
- sa taille ;
- l'état des téguments voisins ;
- l'état circulatoire du membre.

# Tumeurs cutanées

Les tumeurs cutanées peuvent être classées en trois catégories :

- les tumeurs bénignes, d'extension purement locale, lente ou nulle ;
- les tumeurs malignes, non naeviques, représentées essentiellement par les épithéliomas ;
- les tumeurs naeviques, regroupant les naevi bénins et les naevocarcinomes.

## 1. Les tumeurs bénignes

Les tumeurs bénignes les plus volontiers rencontrées sont les suivantes :

- Le kyste sébacé est une tumeur mollassse, assez bien limitée, située dans une région séborrhéique. De son sommet ombiliqué sort une matière sébacée.
- Le kératoacanthome est une tumeur bien limitée, nettement séparée du plan cutané voisin par un pédicule. Son centre est cratériforme et la margelle d'un rose brunâtre. Elle siège sur le visage et le dos des mains. Le diagnostic différentiel avec un épithélioma spinocellulaire est difficile.
- La verrue séborrhéique est une tumeur cutanée bénigne due à une importante hyperplasie épidermique. Ces lésions sont très banales, disséminées sur le tronc, le visage et le dos des mains chez les sujets âgés. Ce sont des excroissances le plus souvent ovalaires, jaune brunâtre, recouvertes d'un enduit squamo-kératosique gras (photo 35).
- L'histiocytofibrome est une petite formation arrondie bien limitée, ferme à la palpation, brun chamois, localisée le plus souvent aux membres inférieurs.
- Le lipome est une lésion sous-cutanée arrondie, lisse, régulière, en rapport avec une prolifération bénigne de cellules adipeuses.
- Le botriomycome est une tumeur bénigne conjonctivo-vasculaire, siégeant souvent aux extrémités (mains et visage), à l'origine d'une saillie arrondie rouge framboise, de surface irrégulière, volontiers recouverte d'une croûte. Elle est séparée du plan cutané par un sillon très net, pouvant lui donner un aspect pédiculé.
- L'angiome tubéreux est une tumeur vasculaire, saillante, rouge violine et bien limitée, apparaissant très précocement (dès la naissance). Elle peut



augmenter jusqu'au sixième mois, puis régresse habituellement progressivement.

## 2. Les épithéliomas

L'épithélioma basocellulaire est très fréquent et atteint surtout le visage. Son évolution est purement locale. Le plus souvent, c'est une tumeur à centre déprimé, télangiectasique, pigmentée, parfois croûteuse, entourée par un chapelet de petites perles rosées (photo 36).

L'épithélioma spinocellulaire est une tumeur plus grave. Il se développe souvent sur les muqueuses (photo 37). Il peut survenir sur une lésion préexistante. L'aspect habituel est une lésion ulcéro-végétante, enchâssée dans le derme, ferme, infiltrée, surmontée d'une ulcération à fond irrégulier. Elle s'étend localement par voie lymphatique.

## 3. Les tumeurs næviques

Les nævi sont des tumeurs développées aux dépens des cellules pigmentaires. Elles sont extrêmement banales et le plus souvent bénignes (grains de beauté).

Le nævus pileux est une forme de taille variable, bien limitée ou saillante, et surmontée de poils. Il n'évolue jamais vers la malignité (photo 38).

Le nævocarcinome, ou mélanome malin, est une tumeur cutanée d'évolution extrêmement grave. Cette tumeur maligne du système pigmentaire survient primitivement en peau saine ou par dégénérescence d'un nævus préexistant. On distingue le mélanome superficiel extensif et le mélanome nodulaire d'emblée.

- Le mélanome superficiel extensif est le plus difficile à reconnaître. Il doit être suspecté devant une tache pigmentée, saillante ou plane, de couleur inhomogène avec mélange de marron clair, de noir, de bistre et de rose, bien limitée mais avec des encoches de peau saine (photo 39). Le pronostic dépend de l'importance de l'envahissement en profondeur et de la présence éventuelle de métastases ganglionnaires.

- Le mélanome nodulaire d'emblée est une tumeur saillante, noir foncé, de volume variable.

Tout nævus asymétrique, de bordure irrégulière, de coloration inhomogène, de diamètre supérieur à 5 mm, est suspect d'être un mélanome.

# Intertrigos

Les intertrigos sont des dermatoses des plis.

Ils sont fréquents et le plus souvent d'origine infectieuse.

Le pli atteint est le siège d'un érythème inflammatoire responsable d'une sensation de brûlure. Le fond du pli est souligné par une fissure recouverte d'un enduit blanchâtre. La périphérie est soulignée par une collerette épidermique décollée et souvent par de petites pustules parsemant la peau environnante. Les plis les plus souvent atteints sont les plis inguinaux et interfessiers, les plis sous-mammaires, les plis axillaires, les espaces entre les orteils et les commissures labiales. Les agents infectieux les plus souvent responsables sont les germes figurés, les levures (*Candida albicans*), les dermatophytes.

L'intertrigo peut également représenter la localisation dans un pli d'une dermatose habituellement plus diffuse. Il en est ainsi du psoriasis des plis réalisant un placard rouge sombre, luisant, disposé en miroir par rapport au fond du pli et dont la bordure est nette, érythémato-squameuse.

L'intertrigo des commissures labiales est dénommé perlèche (photo 40). Elle peut être en rapport avec une candidose mais également avec une syphilis secondaire.



# Alopécies

L'alopécie est la chute des cheveux. Elle peut être diffuse ou circonscrite, aiguë ou chronique, cicatricielle ou non cicatricielle.

## 1. L'alopécie diffuse, aiguë ou subaiguë

Une alopécie de ce type est fréquente au cours ou au décours de maladies infectieuses, lors de perturbations hormonales diverses (grossesse), ou à l'occasion de chocs affectifs ou de prises médicamenteuses (effluvium télogène).

Elle peut également être en rapport avec une syphilis secondaire, particulièrement lorsque l'alopécie est en clairière, prédominant au niveau des régions temporo-pariétales.

## 2. L'alopécie diffuse et progressive

La plus courante est l'alopécie séborrhéique, fréquente chez l'homme, prédominant sur le sommet du crâne et au niveau des régions fronto-pariétales.

## 3. L'alopécie circonscrite non cicatricielle

Le caractère non cicatriciel d'une alopécie est attesté par l'existence de cheveux cassés net (en point d'exclamation) sur la région dépourvue de cheveux.

La pelade est une alopécie sans lésion irréversible des bulbes pileux avec tégument restant normal. Elle peut se manifester par l'apparition de plaques ou sous forme d'une pelade décalvante avec perte de tous les poils. Son origine est inconnue.

La teigne est une affection du cuir chevelu en rapport avec un champignon, qui prend l'aspect de plaques finement squameuses (au sein desquelles les cheveux sont cassés à ras) ou celui de plaques inflammatoires surélevées, suintantes, recouvertes parfois de pustules où les cheveux cassés sont englués dans les croûtes.

## 4. L'alopécie circonscrite cicatricielle

L'alopécie cicatricielle est due à la destruction complète du follicule pileux par un processus inflammatoire. Les lésions sont bien limitées. Le tégument est atrophique, lisse, brillant, difficile à plisser, adhérent au plan profond, sans follicule pileux visible.

L'alopécie cicatricielle peut se rencontrer au cours du lupus érythémateux, de la sclérodermie, du lichen plan.



# Notions générales sur la syphilis

Les lésions entraînées par la syphilis suivent la séquence suivante. Il y a une incubation silencieuse de quinze à vingt jours après le contag. La syphilis primaire se manifeste par l'apparition du chancre, ulcération habituellement génitale s'accompagnant d'une adénopathie satellite indolore, et qui évolue spontanément vers la guérison. Le tréponème est présent dans le chancre, où il peut être mis en évidence par examen au microscope à fond noir.

A partir du deuxième mois, si la syphilis a été méconnue et non traitée, peuvent apparaître les lésions cutanées et muqueuses de la syphilis secondaire, qui sont très contagieuses.

Les principaux aspects réalisés sont la roséole syphilitique, éruption extrêmement discrète de macules pâles, et les syphilides papuleuses (cf. chapitre « Lésions infiltrées »).

La syphilis secondaire s'accompagne souvent d'une asthénie, d'une polyadénopathie, de lésions érosives muqueuses et parfois d'une alopecie en clairière.

En l'absence de traitement, des manifestations très rares peuvent survenir des années plus tard, soit cutanées (gomes syphilitiques), soit viscérales : aortite syphilitique, tabès, paralysie générale.

Le diagnostic de la syphilis repose sur la sérologie.

Les réactions sérologiques comportent une réaction de floculation (VDRL) et des réactions utilisant le tréponème :

- test d'immunofluorescence : FTA (positif quand il est supérieur au 1/200) ;
- réaction d'hémagglutination : TPHA.

Le FTA se positive entre le premier et le dixième jour du chancre.

Le TPHA se positive quelques jours plus tard.

Le test de floculation est positif vers le quinzième jour.

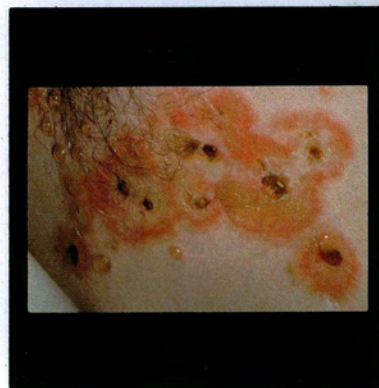
A la phase secondaire, toutes les réactions sont positives.



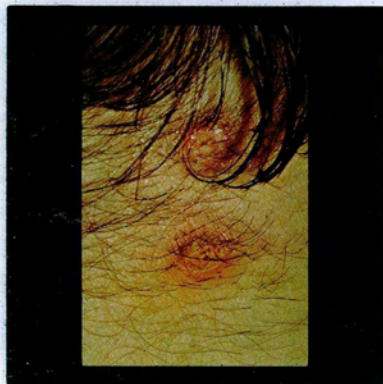
# **Iconographie de la sémiologie dermatologique**



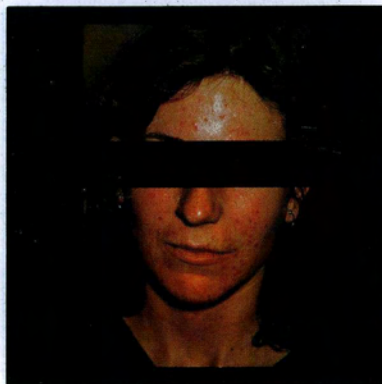
# photos n° 21 à 40



21 - PEMPHIGUS



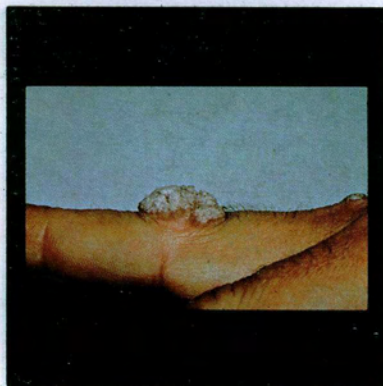
25 - FURONCLE



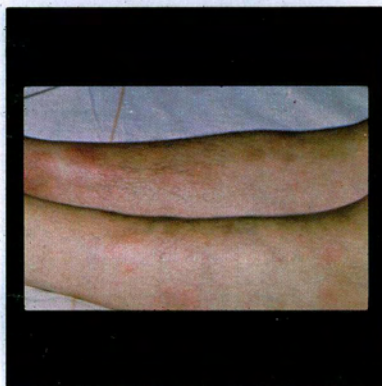
26 - ACNÉ



27 - URTICAIRE



31 - VERRUE VULGAIRE



32 - ÉRYTHÈME NOUEUX



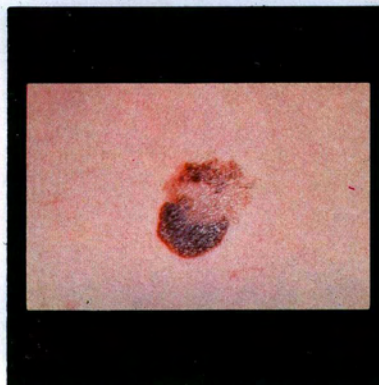
33 - VERGETURES



37 - ÉPITHÉLIOMA SPINO-CELLULAIRE



38 - NÆVUS PILEUX



39 - NÆVOCARCINOME



# photos n° 1 à 20



1 – ÉRYTHÈME MORBILLIFORME



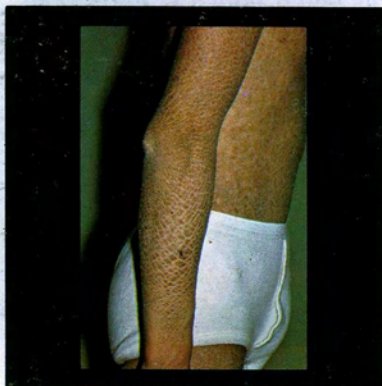
5 – VITILIGO



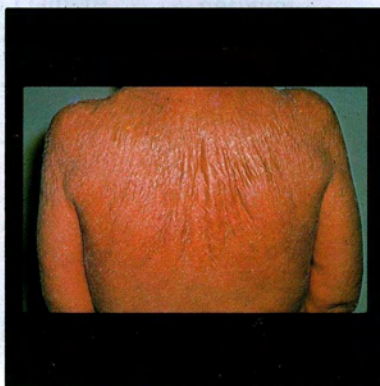
6 – PITYRIASIS VERSICOLOR ACHROMIANT



7 – LÈPRE TUBERCULOÏDE



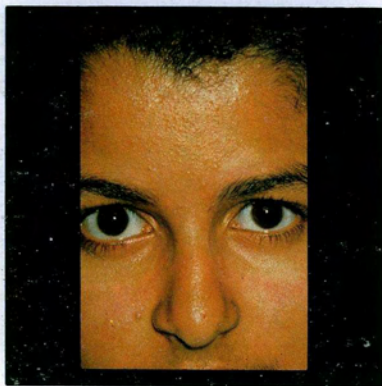
11 – ICTHYOSE



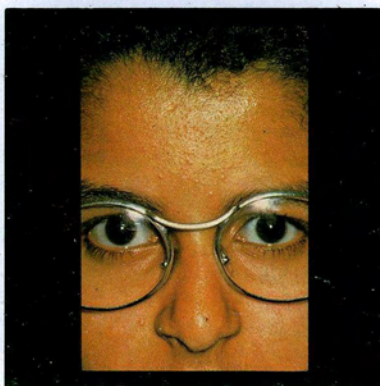
12 – ÉRYTHRODERMIE



13 – HERPÈS

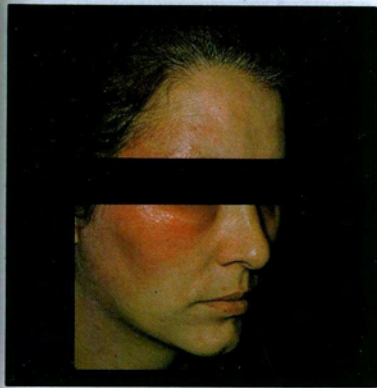


17 – 18 – ECZÉMA DE CONTACT (métal des montures de lunettes)



19 – PORPHYRIE CUTANÉE TARDIVE





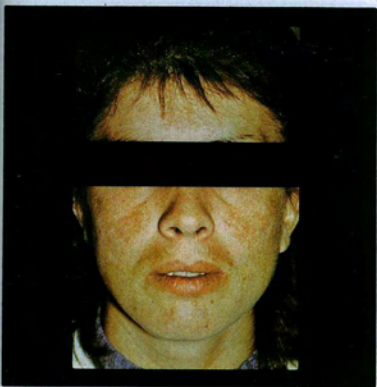
2 - ÉRYSIPELE



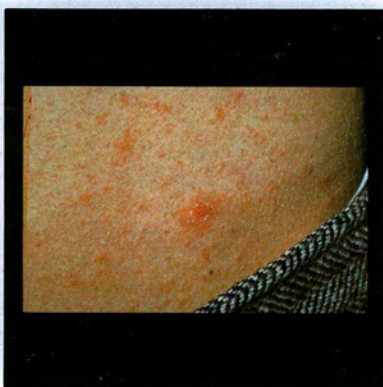
3 - PURPURA VASCULAIRE



4 - ANGIOME STELLAIRE



8 - CHLOASMA



9 - PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT



10 - PSORIASIS



14 - ZONA



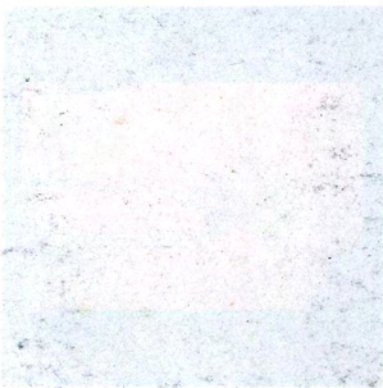
15 - VARICELLE



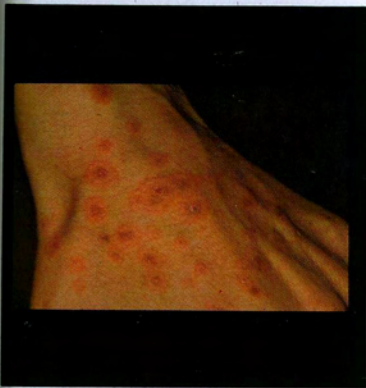
16 - ECZÉMA



20 - PEMPHIGOÏDE BULLEUSE







22 - ÉRYTHÈME POLYMORPHE



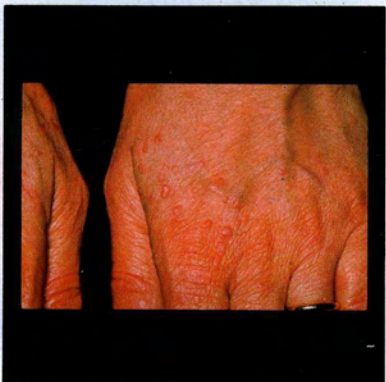
23 - SYNDROME DE LYEEL



24 - IMPÉTIGO



28 - SYPHILIDES PAPULEUSES



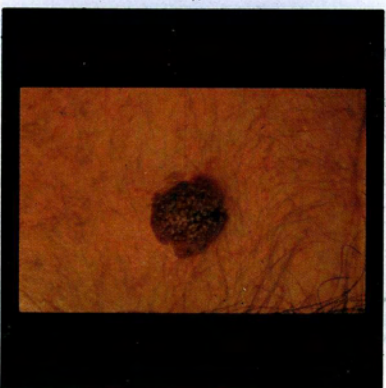
29 - LICHEN PLAN



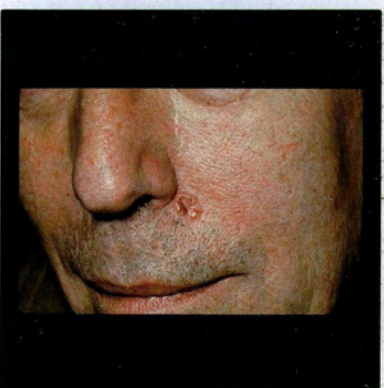
30 - XANTHOMES ÉRUPTIFS



34 - CHANCRE SYPHILITIQUE



35 - VERRUE SÉBORRHÉIQUE



36 - ÉPITHÉLIOMA BASOCELLULAIRE



40 - PERLÈCHE

