



MUSÉE D'HISTOLOGIE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

---

A. CIVATTE

Membre de l'Académie de Médecine

---

ATLAS  
D'HISTOPATHOLOGIE  
CUTANÉE

---

*ECZÉMA ET ECZÉMATIDES*  
*VERRUES SÉNILES ET KÉRATOSES SÉNILES*  
*PSORIASIS - LUPUS ÉRYTHÉMATEUX*  
*LICHEN - PARAPSORIASIS*

---

MASSON & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain - PARIS (VI<sup>e</sup>)

---

1957

---

---

---

*Tous droits de traduction,  
d'adaptation et de reproduction  
par tous procédés,  
y compris  
la photographie et les microfilms,  
réservés pour tous pays.*

---

---

© 1957 by Masson et C<sup>ie</sup>, Editeurs, Paris.  
(Printed in France.)

ATLAS  
D'HISTOPATHOLOGIE  
CUTANÉE



A LA MÊME LIBRAIRIE

---

PRÉCIS DE DERMATOLOGIE, de J. DARIER, A. CIVATTE et A. TZANCK. 5<sup>e</sup> édition, 1947, par A. CIVATTE. Un volume de 1.152 pages, avec 269 figures (*Précis Médicaux*).

AFFECTIONS DE LA CHEVELURE ET DU CUIR CHEVELU. *Anatomie, physiologie, pathologie, hygiène et thérapeutique*, publié sous la direction de A. DESAUX, par A. Boutelier, P. Brocq, A. Civatte, A. Desaux, J. Gate, M. Gaultier, J.-H. Montlaur, M. Pignot, R. Rabut, J.-O. Ramadier, E. Rivalier, J. Rousset, A. Touraine et G. Verdeaux. 1953. Un volume de 780 pages, avec 298 figures.

LES DERMATOSES ALLERGIQUES. *La pathologie cutanée réactionnelle*, par A. TZANCK et Ed. SIDI, avec le concours de Ch. Blatrix, L. Cournot, G. Lepercq, F.-M. Lévy, S. Lewi, R. Moline, S. Morrill-Dobkévitch, J. Roujeau, G. Rousseau, et A. CIVATTE. 1950. Un volume de 438 pages, avec 38 planches.

LE MÉCANISME PHYSIO-PATHOLOGIQUE DE L'ECZÉMA, publié sous la direction de J. CHARPY (*4<sup>e</sup> Colloque de Marseille, 1953*). 1954. Un volume de 288 pages, avec 65 figures et 11 tableaux.

LES RÉACTIONS ORGANIQUES NON SPÉCIFIQUES EN DERMATOLOGIE, publié sous la direction de J. CHARPY (*2<sup>e</sup> Colloque de Marseille, 1951*). 1952. Un volume de 524 pages, avec 100 figures et 18 tableaux.

LES HÉMATODERMIES, par P. DE GRACIANSKY et A. PARAF. 1948. Un volume de 230 pages, avec 22 figures.

SYNDROMES NOUVEAUX DE PATHOLOGIE ADIPEUSE. *Stéatonécroses pseudo-tumorales. Stéatonécroses disséminées. Liposcléroses dysprotéiniques*, par W. A. BLANC. 1951. Un volume de 256 pages, avec 84 figures.

LA LEUCOCYTO-RÉACTION. *Elément de diagnostic et de thérapeutique. Applications en syphiligraphie, dermatologie et médecine générale*, par J. GOUIN. 1945. Un volume de 252 pages.

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

INTRODUCTION .....	1
I. — LES ECZÉMAS ET LES ECZÉMATIDES .....	5
<i>Eczéma de Willan</i> .....	8
<i>Eczéma chronique de Devergie</i> .....	13
<i>Période de réparation</i> .....	19
<i>Eczématides</i> .....	20
Formule histologique de l'eczéma .....	24
L'eczéma compliqué .....	31
II. — VERRUES SÉNILES ET KÉRATOSES SÉNILES .....	43
<i>Verrues séborrhéiques</i> .....	44
<i>Kératose sénile</i> .....	63
III. — PSORIASIS .....	75
<i>Images histologiques du psoriasis</i> .....	75
<i>Formule histologique du psoriasis</i> .....	85
<i>Images histologiques de quelques formes cliniques atypiques ou compliquées du psoriasis.</i>	89
IV. — LUPUS ÉRYTHÉMATEUX .....	103
<i>Lupus érythémateux chronique ou lupus érythémateux fixe</i> .....	103
Lupus érythémateux fixe du visage .....	103
Forme superficielle (106); Formes infiltrées profondes, avec altérations épidermiques importantes (herpès crétacé) (109).	
Lupus érythémateux fixe du cuir chevelu .....	116
Lupus érythémateux fixe du cou, du tronc et des membres .....	129
Lupus érythémateux fixe des muqueuses .....	145

TABLE DES MATIÈRES

---

<i>Lupus érythémateux subaigu</i> .....	148
<i>Lupus érythémateux subaigu du visage</i> .....	148
<i>Lupus érythémateux aigu</i> .....	154
V. — LICHEN .....	163
<i>Les lichens d'autrefois, le lichen plan d'aujourd'hui</i> .....	163
Lichen plan typique du tégument externe .....	164
Lichen plan typique des muqueuses dermo-papillaires .....	177
Formes atypiques du lichen plan .....	183
Lichens plans douteux .....	194
Lichen scléreux .....	205
VI. — LES PARAPSORIASIS .....	211
<i>Parapsoriasis en gouttes</i> .....	211
<i>Parapsoriasis en plaques et parapsoriasis lichénoïde</i> .....	223
Images histologiques du parapsoriasis en plaques .....	225
Images histologiques du parapsoriasis lichénoïde .....	240
Images histologiques des formes mixtes de parapsoriasis (parapsoriasis en plaques avec papules) .....	249

---

**A**U TERME D'UNE CARRIÈRE où l'histopathologie cutanée a occupé une grande place, je me plais parfois à imaginer que ce travail de laboratoire, où j'ai tant dépensé de temps, pourrait être encore utile à d'autres, qui seraient — comme je l'ai été — tentés par la clarté et la rigueur de cette discipline, et amoureux de la certitude ajoutée par le microscope aux résultats moins précis de l'examen clinique. J'aime à croire que quelques-uns, peut-être, me sauront gré de leur avoir épargné les longues recherches qui m'ont pris un si grand nombre d'années.

J'entreprends avec cet espoir une nouvelle lecture de toutes mes coupes accumulées depuis cinquante ans, en m'efforçant de fixer, en cours de route, les images qui autrefois m'ont paru neuves et m'ont peut-être parfois conduit à des interprétations risquées, puisqu'elles n'ont pas toujours été approuvées.

On comprend bien que je ne vise pas à écrire un *Traité d'Histopathologie cutanée*, où toutes les dermatoses seraient abordées en des chapitres bien ordonnés. Ceci m'obligerait à faire appel pour de nombreux chapitres à l'expérience d'autres histopathologistes et à transcrire, sans les avoir contrôlées, beaucoup de leurs descriptions. Je ne projette qu'un *Atlas de quelques dermatoses*, presque toutes très banales; un *Atlas de ce que j'ai observé moi-même*, avec une série de dessins faits d'après les documents histologiques que j'ai sous les yeux, accompagnés de descriptions réduites au minimum.

Ceci va exposer cet *Atlas* à deux reproches : d'abord d'être très incomplet, et surtout de paraître appartenir à un *Passé périmé*.

La plupart de ces documents sont en effet très anciens. L'histochimie et la cytologie fine n'y tiennent pour ainsi dire pas de place. Ce sera l'œuvre de mes successeurs, appuyés sur une longue expérience, de passer beaucoup plus tard au crible de la critique les notions que ces deux techniques, encore aujourd'hui à leur début, leur auront apportées, et de les confronter avec celles qu'a recueillies la génération précédente. Celles-ci se résumaient à une étude d'architecture tissulaire, à un assemblage

## INTRODUCTION

---

*de matériaux dont la constitution chimique et la nature intime sont pour le moment bien mal connues.*

*Mais même dans ces limites étroites, l'étude histologique d'hier n'est pas sans intérêt. Ni même sans intérêt pratique, puisque, après avoir précisé la structure d'une lésion cutanée, son but est d'aider si possible au diagnostic de l'affection.*

*Il faut cependant se garder de trop lui demander à cet égard et d'en attendre un diagnostic complet, c'est-à-dire une définition qui comporterait une donnée étiologique ferme.*

*L'histopathologie n'en sera jamais capable. Elle ne peut guère aller au-delà du but cherché par l'examen clinique, et faire beaucoup mieux que donner plus de certitude à un diagnostic morphologique. La gamme des réactions tissulaires que nous montre le microscope est assez restreinte; notre organisme n'est pas à même de répondre à chacun des agents qui peuvent le léser par une combinaison nouvelle et spéciale des quelques lésions histologiques élémentaires qu'il a à sa disposition.*

*Mais, si nous savons regarder, nous verrons que certaines de ses réponses se retrouvent toujours à l'attaque d'un même groupe d'agents, et paraissent ainsi caractériser un mode particulier de défense.*

*C'est déjà une notion qui, dans nombre de cas, sera de grande valeur et pourra nous orienter dans l'analyse d'éruptions d'aspect identique, devant lesquelles l'examen clinique nous aura laissés en défaut.*

*Il va sans dire que la mesure du secours apporté par une formule histologique, aussi bien dans la définition que dans le diagnostic d'une dermatose, sera en fonction du plus ou moins grand nombre de traits précis que cette formule nous montrera. Et, tout aussi évidemment, la formule sera d'autant plus exacte et plus sûre, qu'elle aura été établie sur un plus grand nombre d'examen, pratiqués sur un plus grand nombre de pièces, compte tenu des variantes que des recherches incessamment poursuivies ne manquent jamais de faire découvrir.*

*La cause de quelques-unes de ces variantes nous échappe. On ne peut que les signaler sans les expliquer.*

*D'autres sont dues à des différences dans la structure des téguments de certaines régions, comme aux paumes des mains, ou à la plante des pieds. Elles caractériseront des « formes régionales » de la dermatose.*

*D'autres, enfin, seront en relation avec l'âge de la lésion. Celles-ci sont presque de règle dans toutes les dermatoses. Presque toutes montrent, au début et au déclin de l'éruption, des images parfois fort différentes de celles qui caractérisent la période d'état.*

## INTRODUCTION

---

*Je me suis attaché à relever le plus que j'ai pu de ces variantes dans mes descriptions, au risque de donner dans quelques-unes un nombre de dessins qu'on pourra trouver d'abord exagéré pour une lésion en apparence peut-être insignifiante, mais qui m'a semblé donner la clef de tout un processus.*

*Ce sera la principale cause de la disproportion qui sera peut-être reprochée à certaines de ces études histopathologiques. Je rappelle que ce sont seulement des notes prises au jour le jour, devant mon microscope, au hasard d'un examen ou d'une leçon à faire, et que je n'ai plus le temps de classer en un ordre rigoureux, ni en chapitres équilibrés.*

*Je me mets à cette tâche au déclin du jour, et le temps m'est mesuré.*

*Qu'on veuille bien considérer ces études d'histopathologie cutanée comme de simples causeries familières autour d'un microscope, où quelques notions de clinique viennent parfois se mêler aux descriptions histologiques, causeries qui seraient accompagnées de projections aussi nombreuses que possible de préparations originales. « Des images avant tout »...*

Mars 1956.

A. C.

---

Le titre de cet ouvrage et la forme beaucoup plus limitée sous laquelle il se présente appellent une explication.

Dans l'esprit de leur auteur, les chapitres que nous publions aujourd'hui devaient constituer le premier fascicule d'une série qui eût embrassé une partie beaucoup plus vaste de l'histopathologie cutanée. Le texte de ce premier fascicule et la préface ci-dessus étaient rédigés lors du décès du D<sup>r</sup> A. CIVATTE. Il a semblé à son Fils et à ses Editeurs que l'autorité qui s'attache à ses travaux leur faisait un devoir de publier, sans aucune modification, ce livre, fruit d'une longue expérience.

Le D<sup>r</sup> JEAN CIVATTE en a revu les épreuves d'après les manuscrits de son Père, et a apporté tous ses soins au collationnement et à la mise en place des images.

LES EDITEURS.

---



# I

## LES ECZÉMAS ET LES ECZÉMATIDES

---

On ne peut, pas plus en histologie qu'en clinique, parler de *la lésion* de l'eczéma. Au microscope, comme à l'examen du malade, on voit dans cette dermatose bien des tableaux différents. Ces différences frappent au premier abord, plus encore sur les coupes microscopiques qu'à l'étude de l'éruption où l'on peut voir des lésions juxtaposées, d'aspect très varié, reliées par des figures de transition, et naissant les unes des autres.

Sur une coupe isolée cette aide manque : une éruption vésiculeuse, une surface suintante ou squameuse, ne peuvent montrer que des images d'ensemble très dissemblables et dont la subordination n'apparaît pas. Mais si l'on compare de nombreuses coupes, en s'appuyant sur des tableaux cliniques très précis, on arrive à y découvrir, sinon des lésions identiques, au moins un *processus histopathologique* identique sous des images différentes qui s'enchaînent à partir d'une altération épidermique qui est toujours la même. C'est la *formule histologique* de l'eczéma.

Il faut, pour en trouver sur une coupe les éléments parfois très disséminés et souvent extrêmement réduits, des examens méthodiques et très minutieux.

Tous les tableaux cliniques que nous groupons sous le nom d'eczéma se ramènent, à quelques nuances près, à l'un des quatre schémas suivants :

A. — UN SEMIS RÉGULIER DE VÉSICULES apparues d'abord sur peau à peu près saine encore, et pratiquement contemporaines. C'est l'eczéma qu'a décrit Willan. Cette éruption évolue rapidement, disparaît ou peut être remplacée par une des deux suivantes.

B. — UNE SURFACE LISSE D'UN ROUGE VIF, PIQUETÉE DE MINUSCULES PERFORATIONS — les « puits de Devergie » — *d'où sourd en plus ou moins grande abondance de la sérosité*. L'évolution de cette lésion est le plus souvent assez longue.

C. — UNE SURFACE ROUGE OU ROSÉE, SÈCHE, SQUAMEUSE, SEMÉE PARFOIS DE PETITES CROÛTELLES, d'une durée toujours longue. C'est la fin obligée des éruptions des types précédents, la *période de réparation*.

Les deux derniers tableaux correspondent à ce que Devergie, Bielt, Rayet, considéraient

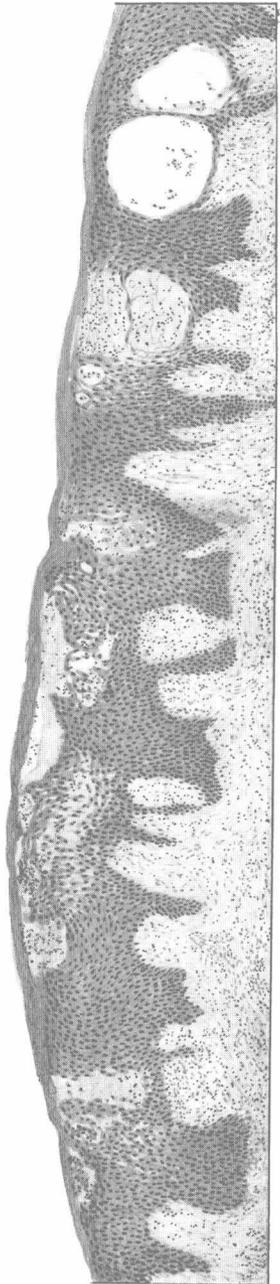


FIG. 1.

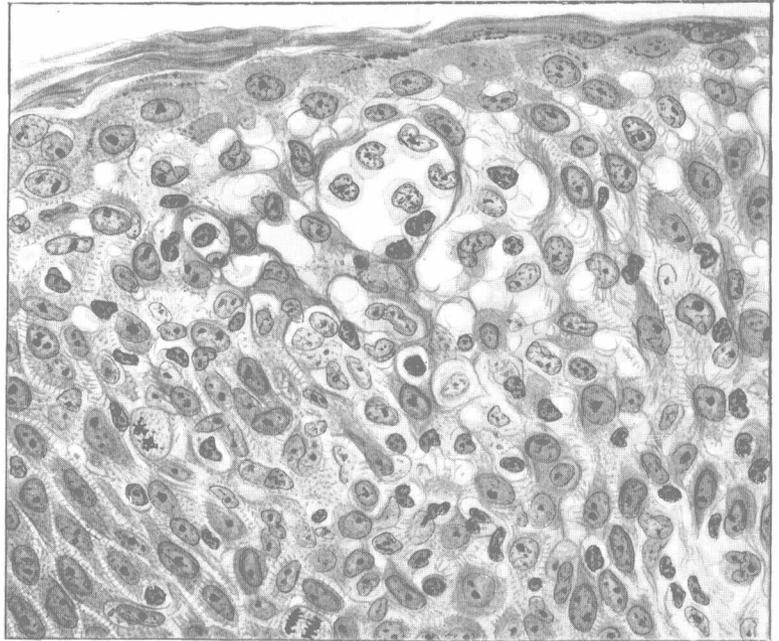


FIG. 2.

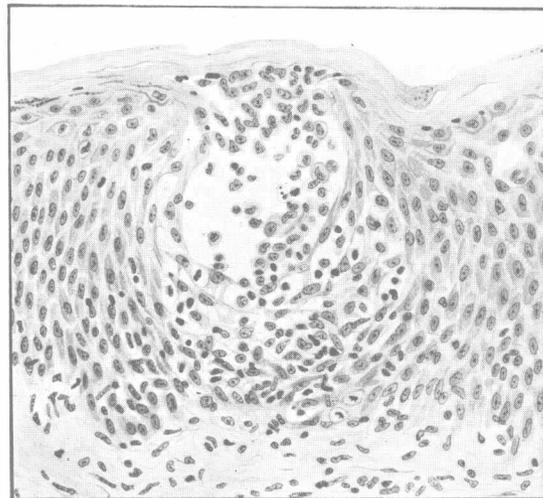


FIG. 3.

## ECZÉMA DE WILLAN

---

comme l'*eczéma véritable*, dermatose chronique à durée indéterminée, dérivant souvent de la poussée vésiculeuse de Willan qui en constitue presque toujours la phase aiguë.

Pour d'autres, l'*eczéma de Willan* est une « dermite artificielle », et seul celui de Devergie serait le véritable *eczéma*.

D. — ENFIN, ON A DÉCRIT SOUS LE NOM D'ECZÉMA SEC, PUIS D'ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE (Unna), DE SÉBORRHÉIDES (Audry, Brocq), D'ECZÉMATIDES (Darier), des éruptions où l'examen clinique ne montre aucune vésicule et le plus souvent aucun suintement, mais qui s'apparentent à l'*eczéma banal* lorsqu'on en fait au microscope l'examen anatomo-pathologique.

On va le voir en étudiant les lésions histologiques de ces quatre types d'*eczéma*.

---

---

### FIG. 1. — *Eczéma. Phase de vésiculation (eczéma de Willan).*

(Color. hémat.-éosine.)

Un placard semé de vésicules d'âges divers. A droite, deux vésicules pleines de sérosité limpide (sur la coupe suivante de la série, leur pôle supérieur touche la couche cornée). A côté, une cavité en apparence biloculée : il doit s'agir de deux vésicules superposées. La sérosité y est coagulée. Plus loin, deux petites vésicules sous-cornées. Sur le reste de la coupe, des cavités plus ou moins mal limitées, dont plusieurs sont entourées de spongiose. A l'extrémité gauche de la figure, une cavité très peu profonde, étalée, presque remplie de cellules épidermiques dissociées.

### FIG. 2. — *Eczéma. Un foyer de spongiose.*

(Coupe histol. n° 2005. Color. hémat.-éosine.)

De l'œdème intercellulaire dissocie le corps muqueux. Les cellules malpighiennes sont écartées les unes des autres. Leurs filaments d'union sont étirés, mais renforcés. Bien des espaces ainsi créés par l'exosérose sont occupés par l'exocytose des cellules conjonctives et lympho-réticulaires, arrivées là avec la sérosité. Dans quelques-unes de ces cavités, on voit un lymphocyte et, dans beaucoup d'autres, un ou plusieurs grands mononucléaires. Certaines de ces cavités, plus volumineuses que les autres, sont agrandies par la rupture de quelques filaments d'union. La plus grande (en haut et au milieu de la coupe), qui contient 7 mononucléaires, doit faire partie du voisinage immédiat de la vésiculette primordiale et communiquer avec elle.

### FIG. 3. — *Eczéma. Vésiculette primordiale et foyer de spongiose.*

(Coupe histol. n° 369. Color. hémat.-éosine.)

Un foyer de spongiose autour d'une vésiculette primordiale très notablement agrandie par la pénétration de l'exosérose ambiante et la rupture de filaments d'union dans la spongiose voisine. On voit, immédiatement sous la couche cornée qui formait le plafond de la vésiculette primordiale, un amas de cellules (mononucléaires avec quelques lymphocytes) qui sont venues s'ajouter à celles que contenait à ses débuts la vésiculette primordiale.

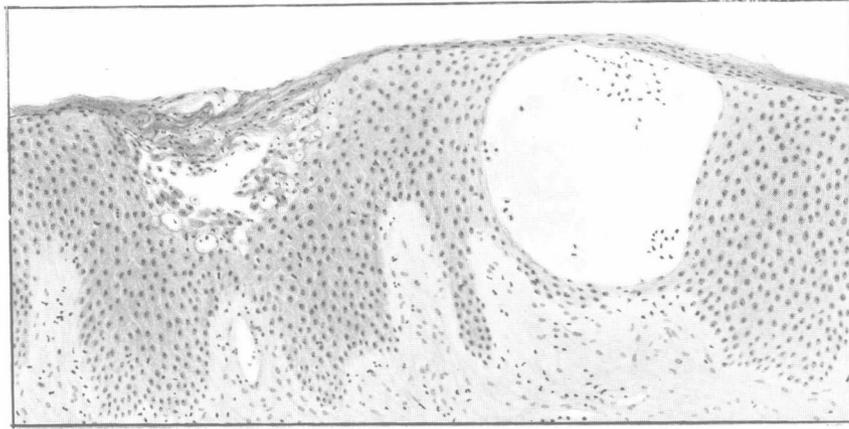


FIG. 4. — *Eczéma. Deux vésicules d'une éruption papulo-vésiculeuse de la face antérieure du poignet.*

(Coupe histol. n° 964. Color. hémat.-éosine.)

*L'une des vésicules (celle de droite) est assez récente et contient seulement quelques cellules d'exocytose tombées dans la cavité. La pression a « essoré » la spongieuse voisine.*

*La vésicule de gauche, plus ancienne, s'est produite en un point où le corps muqueux avait probablement déjà été remanié par une première vésicule. Il s'effondre dans la vésicule actuelle qui est à moitié remplie d'une « boue » malpighienne.*

---

#### A. — ECZÊMA DE WILLAN

Dans l'eczéma de Willan, le corps muqueux, encore pourvu au début de sa granuleuse, est creusé de cavités plus ou moins volumineuses, sphériques, pleines de sérosité dans laquelle nagent un certain nombre de lymphocytes, quelques grands mononucléaires, et parfois quelques cellules malpighiennes détachées de la paroi. Ce sont les *vésicules de l'eczéma*.

La cavité occupe presque toujours toute la hauteur du corps muqueux. Si la coupe passe par un méridien de cette vésicule, on voit que le plafond en est formé, au pôle supérieur, par la couche cornée, encore doublée par la granuleuse sauf en un point, au pôle même, qui forme comme une sorte d'ombilic, où la couche cornée est dissociée en partie et où la granuleuse manque. Le reste de la paroi est constitué par des cellules

épineuses étirées, souvent réduites, dans la partie inférieure, à une couche ou deux, dont la germinative, qui est aplatie.

Presque toutes ces vésicules sont entourées d'un halo clair, dans lequel les cellules sont dissociées et parfois imbibées par de la sérosité. L'œdème intercellulaire, ou *exosérose*, les écarte les unes des autres, sans rompre d'abord les filaments d'union qui, au contraire, se renforcent un peu (fig. 2). Bientôt, cependant, quelques-uns de ces filaments se rompent au voisinage immédiat de la cavité, les espaces intercellulaires élargis deviennent irréguliers, et certains d'entre eux s'ouvrent dans la cavité (fig. 3).

Cette dislocation du corps muqueux par l'œdème a été nommée ÉTAT SPONGIOÏDE par Unna, et SPONGIOSE par Besnier.

Lorsque la cavité est ancienne et volumineuse, la spongiose s'efface (fig. 4, à droite). Cet aspect, qui traduit un arrêt du processus, se voit surtout dans les éruptions eczéma-toïdes palmaires et plantaires, où la vésicule, fermée en haut par une couche cornée très épaisse, demeure quelque temps sans s'ouvrir au dehors ni se dessécher.

Il n'y a pas seulement ces énormes cavités dans le corps muqueux; on en trouve souvent de beaucoup plus petites, immédiatement sous la couche cornée, et dont plusieurs sont entourées d'un peu de spongiose. Et il n'existe pas, dans l'eczéma, pour peu que l'on observe avec soin, de foyer de spongiose qui ne soit surmonté à son pôle supérieur d'une de ces vésicules. Si on n'en trouve pas sur une coupe, on la découvrira sur une coupe voisine de la même série.

Unna, qui ne coupait qu'à la celloïdine et non à la paraffine, ne pouvait avoir de séries complètes et n'avait pas vu cette vésicule naissante. Il croyait que le processus commençait par la spongiose. En réalité, une série complète montre toujours, au pôle supérieur de tout foyer spongieux, une véritable vésicule, ou au moins une cavité minuscule, immédiatement sous-cornée, autour de laquelle, s'il n'y a pas encore de spongiose, celle-ci n'apparaîtra qu'un peu après (voir fig. 1, à côté de la vésicule bilobée, deux minuscules vésicules très claires, très nettement limitées, sans aucune spongiose périphérique).

Les petites cavités initiales sont taillées à même le corps muqueux, comme à l'emporte-pièce. A leur début elles sont irrégulières, et rien n'évoque l'idée d'une hypertension à leur intérieur. Elles renferment quelques cellules, dont les plus volumineuses paraissent être des cellules malpighiennes détachées de leurs voisines (fig. 6). D'autres, à côté d'elles, sont d'origine mésenchymateuse (lymphocytes et grands mononucléaires).

Ces vésicules se trouvent surtout à la périphérie des placards éruptifs. Ce sont évidemment des lésions de début. On ne les voit qu'en peau encore à peu près indemne de lésions, et dans des îlots éruptifs presque guéris, où elles indiquent une rechute avec propagation à la périphérie de l'îlot.

Je les ai nommées « VÉSICULETTES PRIMORDIALES ».

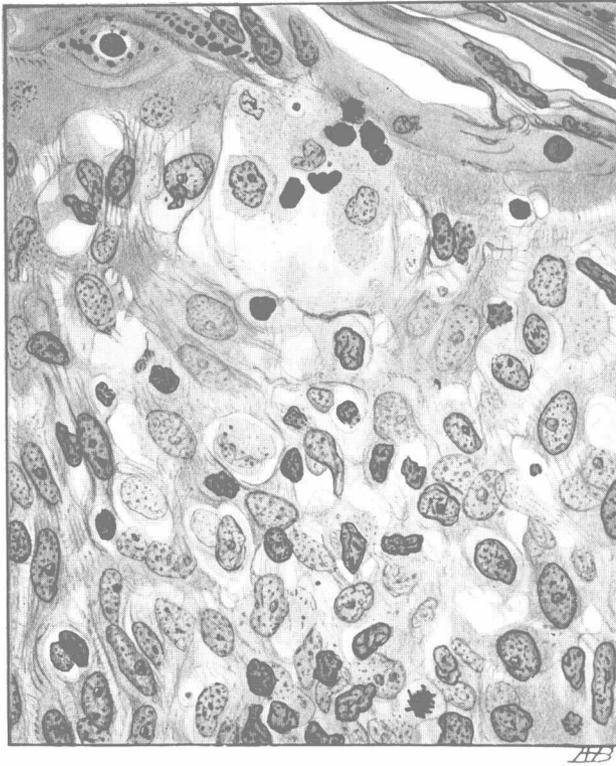


FIG. 5.

**Eczéma. Début d'un foyer où va se produire une vésicule.**

(Coupe histol. n° 3478.  
Color. hémat.-éosine.)

Une vésiculette primordiale, en haut et au milieu de la figure, contient déjà 5 lymphocytes et 2 ou 3 grands mononucléaires assez altérés, et probablement aussi une cellule malpighienne altérée elle aussi (partie gauche de la cavité).

Autour de la vésiculette, le corps muqueux est déjà disloqué par un petit foyer de spongieuse.

FIG. 6.

**Eczéma. La lésion de début : une vésiculette primordiale.**

Trois cellules malpighiennes des couches supérieures ont perdu leurs filaments d'union. Leur cytoplasme est à peine colorable. Un lymphocyte est tombé dans la cavité minuscule qui commence à se former.

