

CHAPITRE VI

TROUBLES VASO-MOTEURS ET TROPHIQUES

Nous décrivons dans ce chapitre le zona, la sclérodémie, l'hémiatrophie de la face, les troubles vaso-moteurs et trophiques des extrémités.

ARTICLE PREMIER

ZONA

Le zona, encore appelé herpès zoster (de *zona* ou ζώνη, *ceinture*), peut être défini : une poussée d'herpès sur le trajet d'un nerf sensible, liée à une névralgie.

1° Symptômes. — Nous étudierons successivement les éléments constitutifs qui caractérisent le zona, avec leurs diverses anomalies, puis les différents sièges du zona.

A. ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS. — Trois éléments d'importance variable le caractérisent : la fièvre, la douleur et l'éruption.

a. Fièvre. — La fièvre peut s'élever pendant plusieurs soirs à 39° ou 39,5 ; ordinairement continue, elle est quelquefois intermittente au point de simuler la malaria. Elle s'accompagne d'état saburral des voies digestives (langue chargée, bouche sèche et empâtée, soif, nausées).

b. Douleur. — La douleur, quelquefois très intense, comparée à une brûlure ou une morsure, est continue ou intermittente :

c'est vers le soir qu'elle redouble de violence. Tantôt cette névralgie précède l'éruption, tantôt elle l'accompagne, tantôt enfin elle lui est consécutive.

c. Éruption. — L'éruption consiste d'abord en plaques rouges séparées par des territoires de peau saine ; sur ces plaques rouges se développent des vésicules dont le contenu se trouble et qui deviennent alors pustules. Entre ces vésicules ou pustules la sensibilité cutanée n'est pas normale : il y a anesthésie ou analgésie. La lésion évolue en 10 ou 12 jours ; les vésicules aboutissent à la dessiccation, ne laissant d'autres traces qu'une petite collerette.

B. ANOMALIES DANS LES PHÉNOMÈNES NERVEUX. — Le zona laisse quelquefois à sa suite des névralgies rebelles, excessivement douloureuses, de l'atrophie musculaire lorsqu'il porte sur un nerf mixte, des modifications de la sécrétion sudorale (anhidrose ou hyperhidrose). On l'a vu devenir le point de départ d'une paralysie ascendante aiguë.

C. ANOMALIES DANS L'ÉRUPTION. — Il y a des zonas hémorragiques, bulleux, ulcératifs, gangréneux, etc. : ils peuvent donner lieu à une adénite ou à des cicatrices blanchâtres, indélébiles, qui permettent un diagnostic rétrospectif.

D. SIÈGE DU ZONA. — Le zona peut siéger à peu près sur toutes les branches nerveuses (zona cervico-brachial, sciatique, crural, etc.). Le zona intercostal (voy. *Névralgie intercostale*) et le lombo-abdominal sont les plus fréquents : le groupement des vésicules représente alors grossièrement une demi-ceinture à peu près horizontale qui entoure une moitié du tronc d'où le nom de *zona* qu'on a plus tard généralisé sans distinction de siège.

Le zona de la branche ophtalmique du trijumeau, *Zona ophtalmique*, s'accompagne souvent de vésicopustules sur la muqueuse des fosses nasales, sur la conjonctive ou la cornée, qui peuvent laisser des troubles sérieux de la vision. Le zona du nerf maxillaire supérieur intéresse les fosses nasales et le pha-

rynx nasal; les vésicules de la trompe d'Eustache amènent une surdité passagère.

2° Étiologie et pathogénie. — Le zona survient à tous les âges; il récidive très rarement (KAPOSY, HARDY). Assez souvent il survient sous forme de petites épidémies. Les traumatismes, l'intoxication oxycarbonée, la phthisie (LEUDET), les affections chroniques de la moelle, le tabes, le mal de Pott, sont susceptibles de lui donner naissance.

Mais quelle est sa cause immédiate? ROMBERG a trouvé de la névrite correspondant à l'éruption; pour CHARCOT et COTTARD, cette névrite, cause du trouble trophique cutané, serait elle-même consécutive à l'altération du ganglion spinal dont on sait le rôle trophique vis-à-vis des nerfs sensitifs.

TROUSSEAU considérait le zona comme une maladie épidémique et contagieuse. LANDOUZY l'a assimilé aux maladies infectieuses ou aux fièvres éruptives, et a soutenu avec un grand talent cette hypothèse rendue très vraisemblable par la fièvre, l'épidémicité, l'état général, l'évolution cyclique régulière et la rareté de la récidive.

Le zona qui succède aux névrites traumatiques n'est probablement pas susceptible de cette interprétation; il n'a pas une marche cyclique et récidive fréquemment. Il s'agit là sans doute d'une éruption *zostérisforme*, morphologiquement analogue au zona, mais relevant d'un processus différent. Encore n'est-il pas impossible qu'une intervention microbienne soit nécessaire pour que la lésion des filets nerveux aboutisse à la production des vésicules.

3° Diagnostic. — On ne confondra pas le zona avec l'érysipèle, l'eczéma, ou l'herpès; la disposition des vésicules sur le trajet d'un nerf est trop caractéristique.

4° Traitement. — Le zona guérit spontanément en quelques jours. Le traitement local consistera dans l'application d'une poudre faiblement antiseptique non irritante (amidon, talc et sous-nitrate de bismuth). Le traitement général sera dirigé

contre la fièvre et la douleur: antipyrine (2 à 4 gr.) et injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (1 centigramme).

ARTICLE II

SCLÉRODERMIE

La sclérodermie (de *σκληρός*, *dur*, et *δερμα*, *peau*) est caractérisée par une atrophie et un amincissement de la peau qui devient pâle, lisse et luisante.

1° Symptômes. — Elle se présente sous deux formes: généralisée ou en plaques disséminées.

La sclérodermie en plaques s'accompagne d'une anesthésie limitée à la plaque, ne dépassant pas les limites de celle-ci, par opposition à ce qu'on voit dans la lèpre. Au niveau de la plaque on a également signalé de l'abaissement de la température, de la transpiration, des dilatations vasculaires.

La sclérodermie généralisée donne aux malades qui en sont atteints un aspect qu'on a comparé à celui d'une statue de marbre; la peau est comme collée sur les plans sous-jacents et il est impossible de la plisser. Cette forme généralisée s'accompagne parfois de raccourcissement et d'atrophie du squelette. On l'a vu coïncider avec de l'atrophie de la langue ou de la face, et avec la maladie d'Addison (LÉPINE). La résistance électrique de la peau est diminuée. La sclérodermie se complique parfois de gangrène.

La sclérodactylie (BALL) est une forme de sclérodermie limitée aux doigts qui deviennent grêles et durs comme des baguettes de bois; leur pulpe présente de petites cicatrices.

2° Anatomie pathologique. — Les lésions de la peau qu'on a constatées sont l'atrophie de l'épiderme, l'irrégularité ou l'atrophie des papilles, l'épaississement des tuniques artérielles et surtout de leur adventice. Le rétrécissement des artères et des artérioles a d'ailleurs été constaté sur le vivant, notamment

sur les vaisseaux de la rétine à l'ophtalmoscope. Comme lésions nerveuses on a noté la syringomyélie et dans un cas des lésions du grand sympathique.

La forme circonscrite guérit le plus souvent spontanément ; la forme généralisée est beaucoup plus grave.

3° Traitement. — Il consiste dans l'application de courants galvaniques et le massage.

ARTICLE III

HÉMIATROPHIE DE LA FACE

Cette affection encore désignée sous le nom de trophonévrose faciale ou d'aplasie lamineuse coexiste assez souvent avec la sclérodermie. Elle débute par des troubles sensitifs, des névralgies dans le domaine des nerfs trijumeaux, des spasmes des muscles de la face. Au bout de quelque temps la peau s'atrophie ; elle perd sa coloration, devient blanche, lisse, amincie, comme cicatricielle. Cette atrophie de la peau s'accompagne parfois de chute des cheveux du même côté, d'atrophie des muscles sous-jacents, de microphthalmie, d'arrêt de développement du squelette d'une moitié de la face. Le contraste qu'elle forme avec la moitié restée saine est dans ce dernier cas tout à fait frappant.

L'hémiatrophie de la face a été considérée comme un trouble trophique. MENDEL la fait dépendre d'une névrite. Son traitement se borne à l'électrisation.

ARTICLE IV

ADIPOSE DOULOUREUSE

(MALADIE DE DERCUM)

Cette affection a été isolée par DERCUM, de Philadelphie, en 1888 ; plus tard il lui a donné le nom d'*adiposis dolorosa*.

Elle survient surtout chez les femmes entre trente et cinquante ans ; sur les 25 cas connus en 1902, quatre seulement concernaient des hommes. Son étiologie est inconnue ; on a pu quelquefois incriminer le traumatisme.

1° Symptômes. — La maladie débute insidieusement par de légères douleurs superficielles (cuison, démangeaison, élancements), et par une tuméfaction localisée de la peau qui présente par place une sorte d'*œdème dur*, du volume d'une noisette, à contours mal délimités. Plus tard ces parties œdématisées deviennent de petites tumeurs élastiques, finement lobulées, donnant au toucher la sensation d'un paquet de vers. Elles grossissent par poussées successives en même temps que les douleurs redoublent, et après chaque crise douloureuse on constate l'apparition de nouvelles tumeurs et de nouvelles zones de tuméfaction qui deviendront à leur tour des tumeurs ultérieurement. Les tumeurs se développent de préférence sur le dos et les bras, ou sur les cuisses ; elles respectent toujours les mains, les pieds et la face.

Telle est la forme *nodulaire*. Il existe aussi une forme diffuse, où on ne perçoit plus de tumeurs distinctes, mais une tuméfaction en masse du tissu conjonctif sous-cutané, soit généralisée, soit localisée à un muscle ou à un segment de membre. Ici encore la face, les mains et les pieds sont respectés.

En même temps les malades accusent des *douleurs*, des sensations de compression ou de brûlure dans l'épaisseur des tissus ; ces douleurs ne sont localisables sur le trajet d'aucun tronc nerveux. Elles sont sujettes à des paroxysmes qui laissent toujours après eux une augmentation des parties tuméfiées. Elles sont exagérées par la pression des masses adipeuses.

Douleur et adipeuse sont donc les deux principaux symptômes de la maladie : il faut y ajouter la *faiblesse générale*, la présence de zones d'anesthésie, des troubles vasomoteurs ou sécrétoires, des modifications de la peau parfois anormalement pigmentée ou desquamée, et surtout des *troubles psychiques* ; ceux-ci sont assez variés suivant les cas : lenteur de l'idéation, caractère très irritable, hallucinations, parfois idées de persécution.

Dans un cas récent de DERCUM¹ il y avait des crises d'épilepsie, dans un autre du même auteur une rétinite circonscrite, agglomération de taches et lignes

blanchâtres autour de la macula.

L'adipose douloureuse est une affection essentiellement chronique : elle est peut-être susceptible de favoriser la mort par surcharge graisseuse du cœur.



Fig 65.

Adipose douloureuse (d'après DERCUM).

2° Anatomie pathologique. Pathogénie. — La lésion sous-cutanée est constituée d'abord par de l'œdème et par la production d'un tissu muqueux embryonnaire, qui subit peu à peu la transformation adipeuse et aboutit enfin à la sclérose avec adipose. Il y a des lésions de névrite interstitielle dans les filets nerveux qui traversent les tumeurs graisseuses. Les rares autopsies montrent enfin que le corps thyroïde présente de l'atrophie, alternant avec des zones d'hypertrophie qu'on peut considérer comme un effort de compensation (DERCUM). Dans un cas de BURR il y avait hypertrophie du corps pituitaire avec sclérose des ovaires, et dans un cas de Dercum sclérose des cordons de Goll.

DERCUM. Transactions of the College of Physicians of Philadelphia, 1902.

On est encore mal fixé sur la pathogénie de la maladie de Dercum. L'influence du système nerveux est indéniable; mais par quoi cette influence est-elle mise en jeu? Les données anatomiques précédentes montrent pas mal d'analogie avec le myxœdème; il est possible que l'adiposis dolorosa soit une dystrophie d'origine thyroïdienne, ce que paraît démontrer aussi l'amélioration par le traitement thyroïdien. BURR fait remarquer que l'ablation des ovaires provoque souvent l'apparition d'une adipose généralisée, et que la sclérose ovarienne constatée par lui n'est peut-être pas étrangère à la pathogénie de la maladie de Dercum.

3° Diagnostic. — On ne confondra pas la forme généralisée avec l'obésité ou le myxœdème. La forme localisée à un membre peut être simulée par l'éléphantiasis et par le trophœdème, hypertrophie massive qui ne respecte pas la main, qui est indolore et généralement congénitale ou tout au moins datant des premières années ou des premiers mois de la vie. La forme nodulaire peut être confondue avec la *neuro-fibromatose* ou maladie de Recklinghausen : il s'agit de la présence sur le tégument d'une quantité de petites tumeurs molles; mais ces tumeurs sont congénitales ou se développent dans les premières années de la vie; il y a, de plus, d'autres tumeurs très dures développées en chapelet sur le trajet des nerfs, des troubles fréquents de la pigmentation cutanée et souvent des troubles intellectuels.

4° Traitement. — C'est l'opothérapie thyroïdienne qui donne les meilleurs résultats : on peut donner soit des tablettes de thyroïdine, soit du corps thyroïde en nature.

ARTICLE V

TROUBLES VASO-MOTEURS ET TROPHIQUES

DES EXTRÉMITÉS

Ces phénomènes comprennent l'érythromélgie, l'asphyxie locale et la gangrène symétrique des extrémités : les deux der-

nières sont connues sous le nom de maladie de RAYNAUD. La description de cet auteur date de 1862.

1° Érythromélgie. — L'érythromélgie décrite par WEIR MITCHELL en 1878, consiste dans un gonflement douloureux des téguments avec congestion intense se présentant sous forme d'accès.

Ce gonflement, précédé d'élançements, de fourmillements et de douleurs très vives, siège généralement aux orteils, plus rarement aux doigts; il s'accompagne d'une rougeur intense, phlegmoneuse, avec chaleur de la peau et violents battements des artères. Ces phénomènes durent 1/4 d'heure, quelquefois beaucoup plus, après quoi les douleurs cessent et la peau reprend sa teinte habituelle: elle reste cependant pâle dans l'intervalle des accès. Ceux-ci sont réveillés par la pression, par la marche, par la chaleur.

2° Asphyxie locale. — Cette affection qui dure pendant des jours ou des semaines est caractérisée par des fourmillements dans les doigts ou les orteils qui deviennent insensibles et dont la circulation se modifie. Tantôt la peau est cyanosée, livide: c'est ce qu'on appelle l'*asphyxie locale*; tantôt elle est pâle, exsangue: c'est la syncope locale. Dans les deux cas la température locale est très abaissée. Ces phénomènes qui frappent les doigts, les orteils, plus rarement les oreilles, sont remarquables par leur symétrie; ils surviennent d'abord sous forme d'accès puis finissent par devenir continus.

3° Gangrène symétrique des extrémités. — Précédée pendant plus ou moins longtemps par l'asphyxie locale, la gangrène débute par des douleurs excessivement vives; sur la teinte livide des extrémités se détachent des phlyctènes qui se rompent: il en résulte une gangrène superficielle; sa réparation laisse de petites cicatrices blanchâtres sur la pulpe des doigts qui en est amincie et comme ratatinée. — Dans les cas beaucoup plus rares où la gangrène est profonde les parties nécrosées prennent une teinte noire; elles se circonscrivent par un sillon d'élimi-

nation. On peut assister ainsi à la chute des ongles ou de l'extrémité des doigts: il en résulte des déformations caractéristiques.

4° Pathogénie et traitement. — L'érythromélgie est considérée comme une paralysie vaso-motrice ou plus justement, en raison de son intermittence, comme une vaso-dilatation active. Elle mérite donc d'être opposée à la maladie de RAYNAUD qu'on attribue à la constriction des artérioles, d'où pâleur et même gangrène des extrémités ischémisées. La maladie de RAYNAUD survient très souvent chez des sujets nerveux ou des hystériques; elle peut aussi relever d'un état pathologique bulbo-protubérantiel comme dans un cas de LECLERC¹ où elle s'accompagnait de vertige, d'anxiété, de cyanose généralisée et de glycosurie. Dans la gangrène symétrique il est fort probable que les phénomènes vasomoteurs ne sont pas seuls en jeu et qu'il s'y ajoute soit des lésions vasculaires (endartérite) soit des troubles trophiques d'origine nerveuse.

Le traitement de l'érythromélgie se résume dans les applications de glace, l'antipyrine à l'intérieur et l'électrisation. Les bains chauds et l'électricité sont indiqués dans la maladie de Raynaud.

¹ LECLERC, *Semaine médicale*, 12 sept. 1900.