

ne peut porter que sur la partie nouvelle de l'ongle, sur celle qui s'avance hors de la matrice unguéale, et non pas sur la partie déjà altérée. Aussi, comme la croissance de l'ongle se fait très lentement, et qu'il faut plusieurs mois pour que l'ongle nouveau ait remplacé l'ancien, on n'apercevra l'amélioration qu'assez tard, parfois longtemps après que l'affection primitive sera guérie.

Au même titre, et d'une façon tout aussi lente, agit la médication interne par l'arsenic et le fer, dans le cas où celle-ci est indiquée (*chlorose, psoriasis, lichen*).

L'ongle incarné (*paronychie*), auquel certains chirurgiens appliquent l'arrachement ou la section complète de l'ongle, peut être guéri par le traitement suivant, qui ne détermine presque aucune douleur. On glisse fil par fil, à l'aide d'un stylet, entre le bord de l'ongle et la rainure correspondante, un petit pinceau de charpie de la longueur de l'ongle; on applique quelques bandelettes d'emplâtre de savon, destinées à fixer la charpie et à détacher l'ongle de la rainure. On répète le pansement chaque jour, ce qui devient très facile une fois l'écartement obtenu. Le bord ulcéré guérit rapidement, ou bien on le détruit par la section ou la cautérisation (poudre d'alun, perchlorure de fer, pierre infernale, etc.) (1).

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON.

Hypertrophies du tissu conjonctif. — Hyp. diffuses : sclérodémie. (*Ainhum.* — Appendice : sclérème des nouveau-nés) et éléphantiasis des Arabes. — Élémentar-tiasis télangiectode et nerveux. Myxœdème. — Hyp. circonscrites : papillome (*frambœsia*).

Les affections de la peau dues à l'hypertrophie du tissu conjonctif se présentent soit sous forme d'épaississements diffus, superficiels de la peau, — sclérodémie et éléphantiasis des Arabes — soit sous forme de tumeurs limitées, proéminentes, papillome (*frambœsia*).

(1) Le nitrate de plomb en poudre, le bromure de potassium, en poudre, appliqués sur les fongosités de l'ulcère latéro-unguéal, les détruisent très sûrement, et sans désordre de voisinage. Les pansements avec la solution normale de perchlorure de fer réussissent aussi quelquefois très bien. Il reste toutefois, dans les cas invétérés et longtemps négligés, des formes rebelles qui réclament la résection latérale.

E. B. — A. D.

HYPERTROPHIES DIFFUSES DU TISSU CONJONCTIF SCLÉRODERMIE

Sclérème des adultes : telle est la désignation sous laquelle Thirial, en 1845, a décrit l'affection de la peau dont nous avons à nous occuper maintenant, et que, avant lui, Curcio (1752), Henke (1809) et Alibert (1817) avaient mentionnée. Plus tard, on l'appela également *sclérodémie* (1), *sclérème*, *chorionitis*, *sclérosténose cutanée* (Forget), *cutis tensa chronica* (Fuchs), *kéloïde d'Addison*, *éléphantiasis scléreuse* (Ramussen), *sclérème cutané cicatrisant* (Wernicke), *sclerosis telæ cellulosa et adiposa* (Wilson), etc.

Mais, tandis qu'en somme on voudrait comprendre sous les dénominations multiples mentionnées jusqu'à présent le même processus que Alibert, ainsi que E. Besnier l'a fait remarquer avec raison, a le premier décrit en 1817 d'une manière caractéristique, on remarque dans ces dernières années, chez bon nombre d'auteurs, une tendance à appliquer des noms prétentieux aux formes de localisation diffuses et partielles du processus. Car, pour quelques médecins, certaines formes analogues à la sclérodémie, que Erasmus Wilson et après lui d'autres auteurs anglais ont désigné comme morphée, paraissent être de la sclérodémie vraie, ou du moins avoir avec elle des rapports très intimes. Relativement à cette dernière, d'autres médecins pensent que la théorie de l'origine trophoneurétique est plus applicable ici (Schwimmer); enfin, d'autres encore confondent à tort avec la sclérodémie, la sclérodactylie des auteurs français (Ball, Hallopeau, Dufour, Lépine).

Ainsi E. Besnier propose pour la forme diffuse et généralisée de la maladie le nom de sclérémie (sclérème, Alibert), pour les scléroses partielles (dermato-scléroses en plaques) et pour la morphée des auteurs anglais celui de sclérodémie; Hardy distingue encore aujourd'hui trois

(1) (ELIE GINTRAC, de Bordeaux).

E. B. — A. D.

(2) C'est bien à ALIBERT, en effet, et non à Thirial, nous avons pris soin de l'établir antérieurement — *Annales de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, T. I, 1880, *Observ. pour servir à l'histoire des dermato-scléroses*, et 1^{re} édition de cette *Traduction*, T. II, p. 115, note 1 — que l'on doit la description première, de la maladie nommée *sclérodémie* par ELIE GINTRAC — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1847 — Trente ans auparavant, ALIBERT — *Nosologie naturelle*, T. I, in-folio, p. 494, 498; Classe des *Trophopathies*, Famille des *Ethmoplécoses*, maladies du *corpus cribosum* (tissu lamineux), genre II, *Sclérémie* — l'avait décrite dans ses différentes variétés, sous le nom de *sclérémie*.

E. B. — A. D.

formes de la maladie : 1° sclérodémie œdémateuse (scléremie, de Besnier); 2° sclérodémie en plaques; 3° sclérodémie des extrémités, c'est-à-dire la sclérodactylie.

Il nous semble préférable de garder la désignation de sclérodémie (*sclérème des adultes*), en opposition avec une affection voisine, le *sclérème des nouveau-nés*. Car je ne crois pas que les formes partielles du processus aient une signification différente de celles des formes diffuses et généralisées (Besnier) (1).

Quoique rare, la sclérodémie a donné lieu dans la littérature médicale à un nombre assez considérable d'observations, qui probablement

(1) Nous examinerons, dans les notes suivantes, en quelle mesure les lésions cutanées, dans les dermato-scléroses, sont assimilables, et de quelle façon on peut entrevoir la raison de leurs analogies et de leurs différences.

Mais ces analogies anatomiques fussent-elles parfaites, il n'en resterait pas moins, entre les différentes *formes cliniques* que revêtent ces scléroses de la peau, des *différences profondes* sous le rapport de la marche, de l'évolution, du pronostic et du traitement, lesquelles doivent être traduites par des mots, et spécifiées par des qualifications propres.

C'est pour satisfaire à cette exigence que nous avons proposé à plusieurs reprises, et pour la dernière fois en 1884 — Scléremie et sclérodémies, in *Semaine médicale*, p. 50 — de réunir les sclérodémies sous le nom de *dermato-scléroses*, et de les diviser provisoirement comme il suit :

« Les *dermato-scléroses*, considérées comme *genre dermatologique*, comprennent deux espèces cliniquement distinctes : — la première, *généralisée*, ou très étendue, sclérodémie de Gintrac, œdématie concrète de Doublet, scléremie de Chaussier, scléremie généralisée des adultes d'Alibert, sclérème des adultes de Thirial, sclérodémie œdémateuse de Hardy, etc., etc.; nous proposons de la désigner simplement sous le nom de SCLÉRÉMIE; — la deuxième espèce du genre réunit une série nombreuse de *types morbides*, incomplètement déterminés encore, mais parmi lesquels, au point de vue pratique, les médecins et les chirurgiens doivent dès maintenant connaître les *morphées*, ou sclérodémies en plaques (les sclérodémies *lardacées* par-dessus tout, pour ne pas les confondre avec des carcinomes); la sclérodactylie de Ball, et les sclérodémies *asphyxiques* et *mutilantes* des extrémités; ce sont ces formes pathologiques diverses auxquelles nous appliquons, plus particulièrement, la dénomination de SCLÉRODERMIES. »

Nous sommes prêts à faire bon marché des mots que nous avons mis en usage, mais il n'en reste pas moins des *groupes de faits, assimilables* sous le rapport clinique, et qu'il s'agit de préciser :

a) Les *scléremies*, sclérème des adultes, sclérodémie œdémateuse de Hardy, sclérose aiguë ou subaiguë de la peau, massive, évoluant d'emblée à la manière des œdèmes;

b) Les *dermato-scléroses localisées, partielles, systématisées* ou non,

sont aujourd'hui au nombre de plus de cent (1). J'ai moi-même, dans ces trois dernières années, observé un nombre relativement considérable de sclérodémie, environ trente cas, dix-huit dans ma clientèle privée, six à la clinique et six à la consultation gratuite. Le caractère spécial de cette maladie fait que les individus qui en sont atteints ne viennent que rarement à l'hôpital, plus rarement encore y restent pour se faire traiter. Ces trente cas se produisirent chez treize hommes et dix-sept femmes (2). Toutefois, les connaissances que nous possédons sur cette affection ne dépassent pas les limites d'une symptomatologie, assez exacte du reste.

La sclérodémie, ou sclérème des adultes, est une affection chronique (3) caractérisée, en dehors de toute inflammation ou d'une altération notable de l'état général, par une dureté diffuse, dont la consistance atteint celle d'une planche, une rigidité et un raccourcissement relatif de certaines parties limitées ou très étendues de la peau. L'affection envahit d'une façon irrégulière les diverses régions du tégument externe, mais surtout la moitié supérieure du corps, plus rarement les membres inférieurs; tantôt elle se localise sur de petites régions, entre lesquelles la peau est tout à fait normale; tantôt elle s'étend d'une

comprenant la morphée, les dermato-scléroses en plaques, bandes, stries, etc., etc.

c) La *sclérodémie progressive chronique d'emblée*, MALADIE GÉNÉRALE, ayant, pour localisations cutanées, des scléroses *régionales* plus ou moins étendues et multipliées, *symétriquement* développées — face, membres, lèvres, extrémités (sclérodactylie de Ball) — et comportant des localisations extra-cutanées multiples — musculaires, osseuses, splanchniques.
ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) (2) Ce que le professeur KAPOSI dit de la « rareté » de la sclérodémie doit être entendu surtout de la sclérose cutanée *généralisée*; mais si l'on réunit sous le même vocable toutes les dermato-scléroses, la maladie ne mérite plus le nom de rare. Dans un travail important — De la sclérodémie, *Thèse de Paris*, 1886, — E. BOUTTIER a pu en réunir 268 observations, 186 femmes, 82 hommes, soit trois cas chez des femmes, pour un cas chez l'homme.

Le même auteur place la plus grande fréquence de la maladie entre vingt et trente ans; il la retrouve encore assez souvent jusqu'à quarante ans, et il n'en mentionne que deux cas après soixante-dix ans; dans l'enfance, la maladie peut se produire entre deux et quatre ans.
E. B. — A. D.

(3) Comme la scléremie, la sclérodémie généralisée diffuse peut avoir un début brusque, une marche rapide, prendre ensuite l'allure subaiguë, et évoluer en quelques mois jusqu'à la terminaison, bonne ou mauvaise. Le plus souvent, l'évolution est lente dès l'origine, et conserve cette allure.
E. B. — A. D.

façon diffuse à de grandes surfaces, telles que le dos, la partie inférieure de l'abdomen, les muscles, le visage. Selon les différences de siège, d'étendue, de degré que présente le processus local ou l'état morbide général, chaque cas de sclérodémie prend aussi une forme plus généralisée; tantôt il conserve son caractère primitif, tantôt il prend une forme spéciale.

Le symptôme le plus frappant présente l'aspect morbide que j'ai décrit comme la première période de la sclérodémie, la sclérose de la peau. Elle apparaît sous forme de taches irrégulières, d'une étendue variant de celle d'une pièce de 5 francs en argent à celle de la paume de la main, ou plus encore; ou bien elle est caractérisée par des traînées en ruban, tendues, enfoncées ou élevées comme des arêtes; ou par un épaissement diffus et uniforme de tout le tégument. La partie sclérosée est simplement séparée de la peau saine ou par une aréole variant du rose au rouge bleu, ou bien la partie malade se perd en quelque points dans le tissu normal environnant (1). Cette même partie sclérosée est légèrement proéminente ou plane, ou bien un peu déprimée (2); lisse à sa surface ou recouverte d'un épiderme ridé, à

(1) Quand la sclérose cutanée n'occupe pas un segment entier de membre, lorsqu'elle est disposée en îlots, plaques, etc., particulièrement dans le type *morphée*, les troubles vasomoteurs pré-sclérosiques se retrouvent à la périphérie sous forme d'hyperhémies passives disposées en halo — anneau lilas périphérique, *lilac ring* des auteurs anglais.

Lorsque la plaque de sclérose, dans un processus curatif toujours lent, rétrocede, on voit le *lilac ring* diminuer d'intensité et de ton, puis disparaître, et être remplacé par un anneau faiblement pigmenté.

Les phénomènes vasomoteurs, congestifs, sont dans le *plan général* de la sclérodémie; ils se manifestent surtout dans les phases actives, chez les jeunes sujets, et quelquefois non pas seulement alentour des plaques sclérosées, mais d'une manière diffuse; on les retrouve sous le type *asphyxique* aux extrémités, pendant les périodes régressives, atrophiques et dystrophiques.

E. B. — A. D.

(2) La sclérose cutanée offre une assez grande variété d'aspect aux différentes phases, selon les régions, et selon les cas: au début, c'est un *réseau* fin et superficiel, à mailles inégales, dessinant des stries entrecroisées, un peu surélevées, luisantes, comme vernissées; il faut une certaine délicatesse de palpation pour y percevoir, tout d'abord, l'induration. La région sous-claviculaire, les espaces inguinaux, la face interne de la cuisse ou les plis articulaires, sont les lieux où ce mode de début peut être surtout relevé.

A ces réseaux sclérosiques succèdent des *plaques*, que l'on reconnaît, à la coloration mate de leur aire, qui peut être éburnée, ou finement plissée, légèrement élevée, ou déprimée.

Sur les membres, ces plaques s'étendent dans la parallèle sous forme de bandes allongées souvent superficielles — *plaques parcheminées* —

squames minces, luisante ou mate, d'un blanc sale, cireux ou d'une couleur d'albâtre, d'une teinte variant du rose au rouge brun ou présentant une coloration diffuse brun foncé et même bronzée, parfois recouverte de taches pigmentaires jaunes ou brun foncé, analogues aux éphélides, entremêlées de points et de raies blanches, sans pigment et un peu affaissées (1). La pression du doigt ne laisse pas sur le tégument

dont nous avons fait représenter le type dans la pièce 426 du Musée de l'hôpital Saint-Louis, année 1887.

A l'abdomen, aux régions mammaires, les lignes du réseau initial persistent, s'accroissent, s'élèvent, et constituent des *stries* saillantes, dures, disposées à la manière des vergetures, qu'elles simulent au premier abord, mais dont elles se distinguent par le niveau, la dureté; perceptibles à la main — *stries parcheminées, vergetures scléreuses*. — On les trouvera très bien représentées dans la pièce 425 du Musée, que nous avons fait mouler sur nature en 1877.

Au-devant du thorax, à la région sternale, et quelquefois sur les membres, la sclérose cutanée produit quelquefois des plaques saillantes — *plaques chéloïdiennes, pseudo-chéloïdes scléreuses* — de un à plusieurs centimètres, qu'il pourrait être difficile de distinguer des chéloïdes multiples s'il n'existait pas, en même temps, d'autres lésions sclérodermiques.

A ces diverses manifestations succède la sclérose diffuse en nappes, laquelle peut aussi se produire d'emblée, sans passer d'une manière appréciable par les phases précédentes.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La *pigmentation* de la peau occupe un rang élevé dans le complexe sclérodermique, à la fois en raison de sa signification anatomique et à cause de sa valeur sémiologique. Quelquefois elle constitue par sa généralisation, et par son intensité, une véritable mélanodermie, à ce point que l'on a pu — d'ailleurs sans fondement réel — essayer de confondre la sclérodémie et la cachexie surrénale. Cf. AUSPITZ — Ein Fall von Sklerodermie, in *Wien. med. Wochenschr.*, T. XIV, n^{os} 47 à 50, 1864, J.-M. ROSSBACH — Addison'sche Krankheit und Sklerodermie, in *Virchow's Archiv.*, 1864, T. L, p. 566 et suiv.; FÉREOL, Sclérodémie généralisée avec teinte bronzée et vitiligo ponctué in *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 2^e série, T. XV, 1878, p. 243; R. SCHULTZ, Sklerodermie, Morbus Addisonii und Muskelatrophie, *Neurologisches Centralbl.*, 1889, n^{os} 12, 13 et 14.

En fait, la pigmentation cutanée est un élément considérable de la nosologie et de la nosographie des dermato-scléroses, et l'existence ou l'absence de la sclérodémie doit être, à présent, discutée dans les cas de mélanodermie ambiguë.

Les formes diverses sous lesquelles se manifeste la dyschromie cutanée dans les dermato-scléroses sont très variées. Indépendamment des pigmentations disséminées au niveau même des surfaces éburnées, on en trouve souvent à la périphérie des plaques, ou des grandes nappes

scérosé de dépression persistante ; mais la peau présente au toucher la consistance d'une planche ; elle est rigide, froide comme celle d'un cadavre congelé ; on peut à peine y faire un pli ou la mouvoir sur les parties sous-jacentes, aponévroses, muscles, périoste, sur lesquelles elle est tellement adhérente, qu'elle semble ne faire qu'un avec elles. Elle est en même temps rétractée et éraillée, trop étroite pour les organes qu'elle doit contenir. Quand elle atteint les plis du bras ou des phalanges, la sclérose les fixe dans une demi-flexion, tandis que sur le côté de l'extension, la peau est tendue passivement. Quand le visage est atteint, les traits sont raides, immobiles, et le jeu de la physionomie est complètement impossible. Ni la douleur, ni la joie ne peuvent changer ce visage, qui paraît taillé dans du marbre. Par suite de la rétraction de la peau, le nez est aplati, la bouche rétrécie, difficile à ouvrir. Des traînées de peau sclérosée sont parfois affaissées, comme attirées par un lien sous-cutané, ou forment des bourrelets saillants. Souvent aussi la sclérose s'étend sur le sein, le divise en deux parties ou déprime le mamelon en forme de nombril. La température des parties atteintes est normale, parfois un peu augmentée, en règle générale cependant diminuée ; cette diminution peut aller jusqu'à 1 1/2 degré. La pression y est assez douloureuse, mais il est rare qu'il s'y manifeste des douleurs ou des cuissons spontanées ; le plus souvent les malades n'y éprouvent qu'un sentiment de tension, des démangeaisons, ou parfois des douleurs profondes (siégeant dans les os).

La sensibilité tactile y est normale, rarement un peu émoussée. La sécrétion sudorale a été trouvée parfois un peu altérée, la sécrétion

sclérodermiques, dans des régions non encore atteintes ou non encore indurées, là surtout où il existe des frottements et des pressions : le col, la ceinture, les flancs, le sacrum, les lignes osseuses sous-olécraniennes et sous-rotuliennes, etc.

Beaucoup de sujets, à la période confirmée de la sclérodermie, sont plus ou moins bronzés — chloasma sclérodermique — et pour peu qu'ils soient misérables, phtiriasiques, cachectiques, la pigmentation peut prendre chez eux de très grandes proportions, même en dehors de toute complication de tuberculose, ou de localisation circum-rénale. On trouve alors, indépendamment de la teinte bronzée générale, de grandes surfaces mélanodermiques occupant le col, le tronc, et bordant les nappes d'atrophie scléreuse colorées en blanc jaune, vieil ivoire. S'il existe, en même temps, des régions achromateuses, ou même simplement anémiées, l'aspect se rapproche de celui du vitiligo, et le mot est souvent usité par les observateurs.

Le plus ordinairement, la pigmentation est diffuse, en îlots plus ou moins irréguliers, à moins qu'elle ne soit dessinée en *lignes* par les arêtes osseuses, ou disposée en *punctuations* simulant le tatouage, dans

sebacée y est au contraire toujours normale. La sclérodermie ne modifie du reste ni la nutrition ni les fonctions de la peau qui en est affectée ; celle-ci peut donc, à la suite d'irritations chimiques ou mécaniques, s'enflammer et s'ulcérer, ou être atteinte d'érysipèle, d'acné, de variole, de zoster.

Dans un cas observé récemment à notre clinique, une injection sous-cutanée de 0,01 de muriate de pilocarpine n'a pu provoquer, malgré une transpiration d'ailleurs générale, que des sueurs modérées aussi bien sur les parties sclérosées de la peau que sur celles déjà atrophiées.

Dans quelques cas, on a trouvé des traînées dures, rétractées, semblables à des cordons, sur la muqueuse de la langue, des gencives, du voile du palais, du pharynx (Arning, Sedgwick, Fagge, Hallopeau), une fois, sur le vagin et la partie vaginale du col (Heller), et sur la muqueuse du larynx.

La localisation de la sclérodermie est en général très irrégulière. Quand elle a une marche diffuse, elle envahit principalement la peau de la face et des bras, des régions cervicale, scapulaire et claviculaire, plus rarement les cuisses, les jambes, les fesses, la partie inférieure de l'abdomen. J'ai observé l'extension la plus considérable de la sclérose chez une vieille demoiselle de Buda-Pest, âgée de quelques vingt ans, chez laquelle il n'y avait d'indemnes que quelques doigts, et des bandes de la largeur de la main — à l'épigastre.

Cette malheureuse était tout entière enfermée comme dans une cuirasse qui la comprimait de tous les côtés dans le sens le plus strict du mot, faisait obstacle à la respiration, au mouvement, ainsi qu'à

les cas où le pigment s'accumule autour des orifices folliculaires. FÉRÉOL, décrivant — *loc. sup. cit.* — ces pigmentations, s'est servi du terme de *vitiligo ponctué* ; nous avons nous-mêmes observé cette localisation dans un cas type de scléro-mélanodermie, sur une malade misérable et cachectique, dont la peau était, sur un grand nombre de points du col et du tronc, littéralement tatouée par la confluence et la multiplicité extraordinaires des pigmentations ponctuées.

Enfin, bien que les auteurs aient souvent employé, improprement, le terme de *vitiligo* pour désigner les dyschromies sclérodermiques, on observe quelquefois une véritable achromo-hyperchromie, c'est-à-dire un vitiligo vrai, développé simultanément avec la sclérose cutanée, sous forme de grandes nappes constituées de taches blanches avec achromie pilaire, et bordées de zones hyperchromiques garnies de poils hyperpigmentés.

Nous avons cherché souvent, sans jamais les rencontrer, les pigmentations des surfaces muqueuses, que quelques auteurs ont cru relever : elles ne sont certainement pas, comme les pigmentations cutanées, dans le plan typique de la maladie.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

la gaieté. Le plus souvent, à côté de ces infiltrations diffuses, il y a encore des plaques circonscrites sous forme de bandes et de trainées. Celles-ci sont d'ordinaire localisées en dehors de toute loi anatomique, dépassent la ligne médiane du corps et croisent dans différentes directions son axe longitudinal, ainsi que la direction principale des nerfs et les lignes de la peau (1).

Toutefois on rencontre souvent aussi une conformité frappante de la localisation et de l'expansion de la sclérodémie selon la direction des nerfs périphériques et la localisation unilatérale, comme dans le zoster, correspondant par exemple à un ou plusieurs rameaux du trijumeau, ainsi que Hutchinson, Higgens et Nettelschip l'ont indiqué. Je l'ai moi-même remarqué dans les dix-huit observations de ma clientèle privée.

Un cas, le long du nerf frontal droit chez un garçon de seize ans.

Un cas à droite, d'un seul côté, correspondant au plexus inférieur du cou et du bras et au premier et deuxième nerf thoracique, tout à fait analogue à un zoster cervico-brachial droit chez une jeune fille de douze ans.

Un cas à droite, d'un seul côté, le long des rameaux du trijumeau, sous forme de trainées et de taches sclérosées chez une jeune fille de quatorze ans.

Un cas, le long du nerf saphène droit chez un médecin (2).

(1) Voyez la remarquable étude de HALLOPEAU — Note sur un cas de sclérodémie avec atrophie de certains os, et arthropathies multiples, *Société de Biologie*, 7 décembre 1872. E. B. — A. D.

(2) Nous avons déposé, en 1883, dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous le numéro 1053, un type de sclérodémie systématisée à la manière d'un zona, étendue du moignon de l'épaule à la face dorsale des trois premiers doigts du membre supérieur gauche.

A l'épaule, la plaque indurée occupe tout le moignon, empiétant sur les régions sus et sous-épineuses de l'omoplate d'une part et, de l'autre, jusque vers la base du col. De là, elle s'étend dans la fosse sus-claviculaire, couvre le tiers externe de la clavicule, qu'elle dépasse en bas de 2 centimètres. Au-dessous de ces points, l'induration scléreuse de la peau se rétrécit en forme de ruban, longe, au bras, la ligne d'union des faces antérieure et externe, atteint le pli du coude dont elle forme la limite externe, puis s'applique intimement au radius qu'elle recouvre dans toute son étendue.

Arrivée au poignet, cette bande scléreuse occupe son tiers externe et se termine en s'étalant sur la face dorsale du pouce, de l'index, et sur la moitié externe de la face phalangienne du médus, c'est-à-dire *rigoureusement* sur les portions du poignet et du dos de la main innervées par le radial.

Il n'y a pas d'anneau lilas périphérique; on remarque des pigmentations fauves occupant une grande partie de la dermato-sclérose.

L'avant-bras est retenu en demi-flexion sur le bras par la tension de la bande scléreuse huméro-radiale.

Les portions centrales sont lisses, saillantes, luisantes, les parties péri-

La sclérodémie se développe d'ordinaire dans l'espace de quelques jours, d'une façon aiguë, mais insensible, sur des points de la peau tout à fait intacts. Ce n'est qu'en y portant la main par hasard, ou en

phériques hyperpigmentées selon un bord irrégulièrement linéaire. La consistance des zones centrales lardacées était très dure, la peau rigide, incapable d'être pincée ni plissée.

La bride saillante du pli du coude était rétractée, semblable à une cicatrice de brûlure; tout le long du radius la bande sclérodémique est littéralement collée sur le radius dont on ne peut la dissocier.

Nulle trace d'œdème; nulle douleur spontanée, ni provoquée, à moins que l'on ne veuille forcer l'extension de l'avant-bras. Nul trouble de la sensibilité dans aucune de ses manifestations. Nulle tendance à l'érosion ni à aucune autre lésion irritative ou nécrotique.

L'observation de ce cas a été publiée dans la monographie de notre élève E. COLLIN — Contr. à l'étude de la Sclérodémie, *Thèse de Paris*, 1886 — et reproduite par BOUTIER, *loc. sup. cit.*, Obs. XI.

Ces formes de sclérose cutanée s'éloignent de la morphée par l'absence de la zone lilas périphérique, par les phénomènes de rétraction en brides, mais non par la systématisation. La morphée la plus nette peut être systématisée, zostéroforme, et nous pourrions en produire un grand nombre d'observations.

En juin 1886, nous avons observé à l'hôpital Saint-Louis un cultivateur de trente-six ans qui portait sur le côté gauche du thorax, depuis trois mois, une morphée zostéroforme constituée par une large plaque qui, commençant à quatre travers de doigt du côté gauche du rachis, environ au niveau de la dixième dorsale, se terminait en avant, exactement sur la ligne médiane un peu au-dessus de l'ombilic en suivant une ligne oblique de haut en bas, absolument semblable à celle d'un zona. A la périphérie, *lilac ring* caractéristique; au centre, coloration blanche, luisante, surface légèrement plissée; quelques très fines arborisations vasculaires, induration lardacée.

Tels encore les deux cas suivants que nous avons fait mouler et qui sont déposés dans le Musée de l'hôpital Saint-Louis :

Pièce 837, année 1882. — Très beau type de morphée, constitué par deux placards dermato-sclérosiques dont la disposition générale est zostéroïde. Large anneau lilas périphérique, présentant à son contour interne une série de fines télangiectasies. Centre lardacé jaunâtre, montrant les mêmes varicosités élégantes. L'observation est publiée dans la *Thèse* de COLLIN, *sup. cit.*, Obs. VI.

Pièce 923, année 1883. — Sur une vaste nappe lilas occupant toute la face interne de la cuisse, ont apparu des îlots scléreux exactement comme s'y seraient développés des groupes vésiculeux de zona sur une base érythémateuse préalable.

Dans quelques cas plus rares, ce n'est pas seulement à un département nerveux d'un membre et du tronc que la systématisation de la dermato-sclérose peut être étendue, mais à un côté entier du corps. Nous avons observé, du mois de juillet 1881 au mois d'avril 1882, un enfant de six ans dont la sclérodémie, commençant au niveau de la clavicule et se terminant sur le dos du pied, était développée sur le côté droit du corps.