

cadavérique. La keloïde (vraie) ne présente jamais cette rigidité et cette immobilité et n'est jamais développée d'une façon aussi diffuse. Au contraire, dans le stade atrophique, ainsi que dans le cas où il n'y a qu'une plaque isolée, il peut être difficile de la distinguer de certaines formes de lèpre (morphée atrophique et lardacée, Wilson; lèpre pigmentaire), de la sclérodémie que j'ai décrite et du myxœdème (1).

(1) La difficulté n'est pas de distinguer la sclérose cutanée des affections qui peuvent donner lieu à de l'induration de la peau à proprement parler, mais bien de différencier entre elles les diverses dermatoscléroses et de déterminer, *en pratique*, la séparation des espèces assez individualisées pour donner lieu à des indications fermes sous le rapport du pronostic et du traitement.

C'est dans cet esprit et dans cette direction que nous distinguons, par des mots spéciaux la *scléremie*, la *sclérodémie généralisée progressive*, les *sclérodémies régionales* — sclérodactylie, etc. — les *scléroses en plaques disséminées*, ou *systématisées*, mais ne conduisant pas à la sclérodémie généralisée maligne — enfin la *morphée*.

À l'aide d'une analyse clinique basée sur la connaissance de chacune de ces espèces plus ou moins bien individualisées, le médecin sera toujours en mesure de porter un diagnostic motivé, et un pronostic judicieux et autorisé.

Il est bien entendu, qu'avant de procéder à l'élimination dont nous venons de donner le plan, on aura établi chaque diagnostic particulier sur des bases fermes — distingué la scléremie des *œdèmes durs phlegmasiques communs*; et les localisations diverses de la sclérodémie généralisée, des *scléroses cutanées cachectiques ou régressives du scorbut*, des *œdèmes chroniques*, de la *pachydermie ligneuse et atrophique des membres variqueux*, etc.

On aura distingué de la sclérodactylie vraie, les *dactylites scléreuses déformantes du rhumatisme ostéo-fibreux des petites jointures*, les *dactylites unilatérales de la syphilis* ou de la *tuberculose*, celles qui sont consécutives aux *traumatismes des nerfs*, les  *mutilations complexes de la lèpre mixte ou tropho-névrotique*, le *panaris analgésique* de MORVAN, et le *panaris hyperesthésique* — panaris nerveux de QUINQUAUD — les diverses variétés de *mal perforant* central ou périphérique, et les *cyanoses tropho-névrotiques des extrémités*, y compris les *érythromélagies* de WEIR MITCHELL — Voy., sur plusieurs de ces points, le remarquable travail de QUINQUAUD, le *Panaris nerveux*, France médicale, 1881, reproduit, *in extenso*, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2<sup>e</sup> série, T. II, 1881, p. 700.

Après avoir éliminé successivement les caractères propres à chacune de ces affections, recherchés non pas exclusivement dans l'état local mais dans l'ensemble de l'état du patient, on arrive aisément à circonscrire le débat entre deux ou trois types dont la fixation peut réclamer quelque temps d'observation, mais pourra presque toujours être établie.

Quelques auteurs, incomplètement munis des éléments nécessaires, ont certainement exagéré les difficultés de ce jugement; si la sclérod-

Il m'est, en effet, impossible d'être de l'avis des auteurs qui, comme Hutchinson, Radcliffe Crocker et tous les auteurs français modernes, ont considéré dans ces derniers temps la morphée comme une sclérodémie locale, bien que l'on doive convenir qu'il est souvent difficile de fixer les limites et que les formes soient peut-être très rapprochées l'une de l'autre au point de vue pathologique. J'ai vu tout récemment un cas de morphée qui rentre dans ma théorie, j'y reviendrai à propos de la lèpre (1). Par contre, il ne faut en aucune façon confondre la xéroder-

mie, la lèpre, les cyanoses, etc., ont, aux extrémités, des points de contact qui en rendent les caractères quelquefois ambigus, il faut arriver aux *exceptions* pour rencontrer des faits vraiment insolubles.

Pour les scléroses localisées, et pour les morphées, pour les phases initiales de la sclérodémie où il n'y a encore qu'un réseau à mailles, des lignes, des îlots, on ne fera pas la confusion avec les *vergetures* — *stries* ou *taches*, ou *plaques aplasiques*, ou *atrophiques*, *mécaniques*, ou *cicatricielles*, bien que la distinction d'un élément en particulier puisse être ambiguë par *apparence* cicatricielle — Voy. AUBERT, *Lyon médical*, 1885, p. 86, Sclérodémie localisée sous forme de plaques blanches d'apparence cicatricielle, — et que quelques éléments scléreux puissent, momentanément, avoir un aspect chéloïdien, ou ressembler à une cicatrice vicieuse. On se rappellera les caractères si nets de la *chéloïde vraie*, des *cicatrices*, des *rétractions cicatricielles du lupus*, des *brûlures*, de la *syphilis*, etc., et l'on évitera même, dans certaines régions comme le sein, où l'erreur a été commise, de confondre la plaque lardacée d'une morphée avec un *cancer fibreux* du sein, etc. Il suffit, dans tous les cas, de savoir les causes d'erreur pour les éviter aisément.

Cela dit, il est manifeste que le diagnostic de nature demeurera hésitant, dans quelques cas dont le rapport avec la sclérodémie reste à préciser définitivement, telles que diverses *trophopathies atrophiques* régionales, et surtout latéralisées — hémiatrophie, aplasie lamineuse de la face — quelques achromies atrophiques indécises, lésions dont la réunion chez un même sujet — Voy. ROSENTHAL, Ueber einen Fall von partiellen Sklerodermie mit Uebergang in halbseitige Gesichtsatrophie, combinirt mit Alopecia areata, *Berliner klin. Wochenschr.*, 1889, n<sup>o</sup> 34 — réclame une discussion approfondie et de nouvelles recherches.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) L'amphibologie qui résulte de l'association faite par l'auteur de choses entièrement distinctes, ne saurait être acceptée :

Personne aujourd'hui ne se méprend plus sur le sens ACTUEL du terme de *morphée*.

Dans le langage dermatologique de tous les pays, la *morphée* représente une variété de sclérodémie, de sclérose cutanée, absolument et radicalement indépendante de la lèpre, associée quelquefois à une sclérodémie généralisée, quelquefois isolée, ce qui a justifié son individualisation et sa description à part.

Indiquée d'abord en termes précis par ALBERT, *loc. sup. cit.*, sous

mie (Kaposi) que j'ai décrite avec la sclérodermie, ainsi que je l'ai de nouveau démontré dans un travail récent.

Le pronostic de la sclérodermie n'est pas favorable, car dans la plu-

le nom de *scléremie partielle*, elle a été décrite en 1834, par ADDISON, qui croyait la découvrir, sous le nom de *chéloïde vraie* — *Addison's keloid*; — et par BAZIN, sous le nom de *Chéloïde blanche*, et enfin d'une manière admirable, sous son nom actuel de *Morphée*, par ERASMUS WILSON — *On Diseases of the Skin, etc.*, London, 1867, Sixth ed. p. 672, et dans ses « Lectures » ultérieures. — Depuis cette époque, elle a fait l'objet de travaux multipliés, dus presque tous à l'école anglaise ou américaine, et elle a été très bien décrite par TILBURY FOX, qui a laissé cependant subsister quelques ambiguïtés — *Skin diseases*, Third, édit., London, 1873, p. 339.

Le début premier en est, le plus ordinairement, ignoré du malade, à moins qu'il n'ait lieu sur une partie découverte. C'est d'abord une tache congestive, rouge, rose, mauve, lilas, qui va s'élargissant, en se décolorant au centre, sur plusieurs points *isolés* qui coalesceront ensuite. Il existe alors une sorte d'aréole colorée, plus ou moins irrégulière, entourant une maculature blanche ou blanc jaunâtre, sans bordure circonscrite définie, et qui ne tarde pas à prendre une consistance papyracée superficielle.

Un peu plus tard, le centre achromique, ou blanc jaunâtre, s'étale, prédomine sur la zone lilas, prend décidément une consistance scléreuse, s'éburne, devient astéatosique et anidrosique, perd les poils qui existaient à sa surface; la plaque de morphée est alors constituée. — Voyez sur plusieurs de ces points, et sur d'autres relatifs à la localisation, etc., une très belle observation de BARTHÉLEMY intitulée: Note sur un cas de dermato-sclérose partielle, ou de sclérodermie en plaques, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2<sup>e</sup> série, T. II, 1884, p. 663.

D'autres fois, c'est au milieu d'une nappe congestive quelquefois très vaste que se développent séparément, suivant le même mode, des *centres morphéiques* qui pourront plus tard devenir confluents.

Jamais la configuration n'est mathématiquement arrondie, toujours plus ou moins irrégulière, prenant des aspects variés quand deux plaques coalescent. Entre le tégument normal et la surface malade, la limite est tracée par une zone colorée plus ou moins nettement en lilas violet, analogue à la ligne de couleur qui délimite, sur les cartes, les contours géographiques. Immédiatement *en dedans de ce lilac ring*, plus ou moins dessinée, est une zone pigmentaire comme faite à l'estompe, puis enfin, au centre, la surface principale, d'un blanc jaunâtre, enfumé, quelquefois plus blanc, blanc d'ivoire, vieil ivoire, brillante comme vernissée, lisse ou un peu écailleuse, *rarement* fissurée, érodée, ou excoriée, au centre, si il n'est pas fait d'application intempestive, ou si la plaque n'occupe pas un *pli* de mouvement. Il est ordinaire, pour peu que la plaque soit ancienne, de relever, au centre, une zone un peu rosée, ou parcourue de fines varicosités superficielles.

Le doigt, appliqué sur les plaques, perçoit une sensation étrange: il

part des cas la maladie est de longue durée et aboutit au stade atrophique, d'où il n'y a plus de retour possible à l'état normal. La mort paraît être la terminaison ordinaire de la maladie, et elle est due au

semble que la peau ait été gelée à ce niveau, et c'est une sensation analogue à celle que l'on perçoit au niveau d'une surface cutanée congelée à l'aide du chlorure de méthyle; on croirait toucher une plaque de lard épaisse et dure, un morceau de carton.

Cette dureté commence immédiatement en dedans du *lilac ring*, qui, lui-même, n'est pas induré; elle se produit brusquement sans aucune transition, comme si la partie malade était enchâssée dans les tissus sains. Si l'on parcourt la peau avec la main, en commençant en dehors de l'anneau lilas, celle-ci est arrêtée brusquement par un bord dur, puis perçoit une surface résistante, sèche et un peu rugueuse, qui cesse immédiatement quand on a dépassé la partie inférieure de la lésion.

Le doigt, appuyé un certain temps sur la plaque, laisse une très légère empreinte déprimée à plat, perçoit des différences de dureté, et un maximum de résistance à la partie la plus anciennement atteinte.

Nulle douleur à aucun moment, rarement quelques sensations variées et variables; sens du tact et de la douleur intacts; les piqûres d'aiguille sont perçues, et le plus souvent suivies de l'émission d'une gouttelette de sang.

La régression curative, et la restitution *ad integrum* sont dans le plan normal de la morphée, ainsi que dans celui de la plupart des scléroses limitées à la peau (derme et hypoderme), et partielles. Mais cette régression est toujours lente à venir, et la durée se compte par années, pouvant, exceptionnellement, être de vingt ans et plus. — JON. HUTCHINSON, *Morph. tak. the arrang. of Zoster on chest and arm, twenty years duration; recent single patch on back*, *Brit. med. Journ.*, 1886. — Quand les plaques sont multiples, elles peuvent évoluer successivement, l'une se guérissant quand l'autre progresse, exactement comme dans l'alopécie en aires. Durée moyenne de chaque élément, un à trois ans.

Quand la régression commence, l'anneau lilas pâlit et s'éteint; le bord dur persiste longtemps, mais la lame lardacée s'assouplit, se fond, et il finit par ne rester qu'un peu de pigmentation, et quelques télangiectasies superficielles. Nous n'avons souvenir, dans nos propres observations, que d'un seul cas dans lequel les altérations aient persisté *sur place*, au delà de trois années.

Que la morphée soit distincte en quelque chose de la sclérodermie généralisée, et que toutes les dermatoscléroses en plaques, ou systématisées, ne lui soient pas assimilables, cela ne saurait faire question, sans quoi le terme de morphée serait inutile.

Pour les mêmes raisons, nous ne croyons pas justifiée l'extension du mot *morphée*, additionné de qualificatifs variés, à la désignation de toutes les espèces de dermatoscléroses en plaques, alors même que celles-ci restent isolées, et sont elles-mêmes distinctes de la sclérodermie généralisée, de la maladie sclérodermique.

Le terme de *morphée* s'applique *non* à une espèce, mais à une forme

marasme produit soit directement par l'affection cutanée, soit par une complication. Mais tant que l'on ne sera qu'au stade de sclérose, on peut garder l'espoir d'une guérison complète (1).

ou à une variété : une forme de sclérose cutanée *partielle*, ayant les caractères du type que nous avons décrit, souvent solitaire, plus rarement multiple, à peu près constamment bénigne, et se terminant, longuement et lentement, par la guérison, sans maladie proprement dite, tous caractères qui, *en pratique médicale*, ont une importance de premier ordre.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le pronostic d'affections aussi différentes que celles qui sont réunies sous la désignation commune de « sclérodémie », ne peut être ainsi formulé sommairement, et en bloc. Il ne peut être établi que par espèce, et, dans chaque espèce, par cas particulier.

La *scléromie* constitue une affection sérieuse par ses phénomènes cutanés, par leur longue durée, et la lenteur avec laquelle elle cède aux actions médicamenteuses, mais dans l'état actuel de la thérapeutique, et si les conditions qui l'ont produite cessent, elle ne compromet pas l'existence.

Le même genre de bénignité *relative* s'attache à toutes les dermatoscléroses *partielles*, même à celles qui sont disséminées, quand elles ne coalescent pas, et n'envahissent pas successivement les membres. Il ne reste à considérer que la durée, la résistance au traitement, le développement sur des parties découvertes, les déformations partielles, les rétractions de la sclérodémie rubanée, les atrophies cutanées consécutives, et cela dans une mesure et à un degré variables avec chaque cas particulier.

Tant que les éléments sclérodermiques, systématisés ou non, discrets ou agglomérés, limités à un point ou répandus sur un grand nombre de points du corps, n'ont pas encore envahi une *surface régionale* telle que la face, les membres, le tronc, les extrémités, d'une manière uniforme et symétrique, on reste en présence d'une lésion cutanée, et non d'une *maladie générale*, confirmée, irrémédiable.

Mais quand la sclérose, d'emblée ou secondairement, s'est établie *régionale* et symétrique, enveloppant comme d'un fourreau dur et trop étroit les parties sous-jacentes, les conditions pronostiques ne sont plus les mêmes, et la gravité est tout autre.

Cependant, il faut encore, dans ces espèces, établir des variétés et des degrés au point de vue du pronostic.

Dans la sclérodémie généralisée progressive, même avec sclérodactylie mutilante, quelques malades, surtout dans l'âge jeune, poursuivent une très longue existence sans lésion viscérale, et deviennent simplement des infirmes d'hospice — nous parlons toujours de la gravité *absolue* envisagée au point de vue de la vie des malades. Dans tous les cas, la gravité *relative* est extrême; l'existence de ces sujets est brisée, et traversée par une série illimitée de misères de détail.

Mais quand la maladie, avec ou sans sclérodactylie, s'installe généralisée, ne laissant presque aucun point de réserve; quand la santé

Le traitement, que l'on ne devra jamais abandonner, pourra, dans ce stade et dans certains cas particuliers, rendre des services. On doit chercher à exciter la nutrition et les échanges nutritifs; dans ce but, on recommandera, à l'intérieur, les reconstituants : fer, quinquina, amers, huile de foie de morue, arsenic; des bains chauds, des bains de vapeur, des bains de boues, des bains ferrugineux; en été : les cures de lait et d'eaux minérales, le séjour à la campagne, les bains froids, les bains de mer. Localement, on peut employer les frictions avec les corps gras simples, les pommades à l'oxyde de cuivre, la glycérine, la vaseline, et faire pratiquer un massage méthodique. Les frictions avec l'onguent mercuriel, et l'iodure de potassium à l'intérieur, se sont montrés inefficaces; par contre, certains observateurs prétendent avoir obtenu de bons résultats de l'emploi du courant constant sur les points sclérosés de la peau et le sympathique (1).

générale s'altère, et que, dès les premiers mois, dans les premières années, et même quelquefois après cinq et dix ans, se manifestent des phénomènes pathologiques, aigus ou lents, du côté du poumon, des reins, du tube digestif, la maladie prend une extrême gravité, et la terminaison fatale devient le plus souvent inévitable, quelquefois à brève échéance. Dans ces cas, ce n'est pas la sclérodémie, à proprement parler, qui est en cause, mais bien la maladie générale dont la sclérose de la peau n'est qu'un élément.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les médications diverses auxquelles avaient conduit les conceptions anciennes de la sclérodémie, aussi bien que celles dont l'empirisme seul a donné l'inspiration, sont restées sans action décisive, au moins dans la grande généralité des cas. Les succès sont la règle, et, pour les succès, entiers ou partiels, il faut tenir compte du secours du temps, et de l'évolution spontanée favorable, qui appartient à quelques formes. Ces médications comprennent la totalité des agents de la matière médicale — toniques, fer, huile de morue, mercuriaux, iodures, alcalins, arsenic, etc., — évacuants, antiphlogistiques locaux et généraux, diurétiques, sudorifiques, etc. — Localement, saignées, incisions, scarifications, vésicatoires, topiques « résolutifs », douches thermales, bains, électricité — ARMAINGAUD, Sclérodémie, traitement par les courants continus, *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1879, p. 736, — électropuncture, électrolyse, massage, etc.

Et sous l'empire de la théorie trophonévrotique, — antispasmodiques, bromures, hydrothérapie thermale, révulsifs, cautères et cautérisations le long du rachis, etc.

Les conceptions nouvelles qui entrent en scène aujourd'hui — théorie artérielle avec tous ses accessoires, — amèneront-elles un progrès dans la thérapeutique? Cela n'est pas impossible, mais il ne nous semble pas que le but soit, par cela, considérablement rapproché.

En somme, il faut en revenir, pour poser les indications du traite-

## AÏNHUM.

Une maladie appelée aïnhum signalée sur les nègres de Nagôs trouve ici sa place naturelle. Elle attaque un seul orteil ou les deux petits, parfois aussi le quatrième. Sans cause connue et sans aucuns phénomènes précurseurs, il se produit à la surface inférieure de la première phalange du petit orteil un sillon superficiel qui devient peu à peu plus profond et plus large et qui, en même temps, par sa marche progressive, dépasse les bords latéraux des orteils et envahit tout le tour du membre. Dans l'espace de un à dix ans, la première phalange s'amincit au point de former un pédicule, tandis que la partie antérieure de l'orteil est épaissie et prend la forme d'une pomme de terre bosselée; finalement, l'orteil se détache spontanément. Les plaies consécutives se cicatrisent d'une manière

ment, à la division des espèces, et à l'étude de chaque cas particulier, à la lutte contre les altérations réalisées, sans grand espoir d'agir sur la maladie elle-même.

Pour tous les cas — toniques généraux et mise en action de tous les moyens d'hygiène et de traitement que réclament les conditions particulières de milieu, et d'individu, après examen approfondi des organes et des fonctions.

Pour la scléremie — diurétiques et sudorifiques (pilocarpine), massages, frictions, douches sulfureuses chaudes, locales et dérivatives, courants continus, bains électriques, compression localisée, etc.

Pour la sclérodémie progressive, indépendamment de la mise au point de l'état organique et fonctionnel — alcalins, iodures, anaesthésiques, cures d'air, inhalations d'oxygène faites avec persévérance, et, suivant les cas, addition des moyens précédents — avec application spéciale et précoce de l'électricité aux amyotrophies, que l'on devra rechercher, de bonne heure, avec grand soin.

Pour les sclérodémies régionales, la sclérodactylie — courants continus faibles et prolongés; pointes de feu le long de la partie supérieure du rachis, douches hyperthermales sur le rachis, inhalations d'oxygène, sans préjudice des autres moyens de traitement.

Pour les dermatoscléroses en plaques, disséminées ou latéralisées, mêmes interventions que dans les cas ci-dessus, réglées suivant les conditions propres à chaque cas particulier, usage simultané des iodures et des bromures. Il est difficile de se soustraire à l'obligation d'employer en même temps que le massage l'électricité, l'électrolyse, etc.; les résolutifs locaux, emplâtres mercuriels, résorcines, la compression, etc. En ce qui concerne l'électrolyse, à l'étude en ce moment surtout entre les mains de Brocq, nous recommandons provisoirement une certaine réserve; plusieurs dermatoscléroses partielles guérissant spontanément sans laisser de lésion considérable du derme, il y a lieu d'examiner avec soin la question des cicatrices thérapeutiques.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

normale. Les recherches histologiques approfondies qui, depuis la première communication (1867) du D<sup>r</sup> Da Silva-Lima, de Bahia, ont été faites par Hermann Weber, Wucherer, Schüppel, etc., permettent d'admettre qu'il s'agit ici d'un épaississement hypertrophique et d'une rétraction consécutive du tissu conjonctif du derme, analogue à celui de la sclérodémie, et que la disparition de l'os sous-jacent ne devrait être considérée que comme une atrophie par compression, et l'hypertrophie de la partie antérieure du membre comme un phénomène consécutif (1). Le D<sup>r</sup> Da Silva-Lima a également, dans quelques cas, pu enrayer le processus par une incision faite de bonne heure dans le cordon sclérosé qui étranglait l'orteil et par là sauver la partie menacée, tandis qu'à la période avancée de l'atrophie, toute intervention était inutile.

(1) L'Aïnhum est une maladie spéciale des orteils, particulièrement du cinquième, jamais congénitale ni infantile, propre à l'adulte, exclusive à la race noire, débutant par une stricture annulaire de la base qui lentement, longuement, insidieusement, pédiculise le doigt atteint, tandis que les parties situées en aval s'hypertrophient, se déforment, et qui se termine, au bout de quelques années, par la chute spontanée de l'orteil.

Elle n'a que des analogies éloignées, et très grossières, avec une variété rare de sclérodactylie annulaire, et aucun rapport avec la sclérodémie proprement dite, qui est une maladie ubiquitaire, et qui n'a pas de localisation anatomotopographique exclusive.

Encore moins, est-elle assimilable aux strictures annulaires, et aux amputations spontanées congénitales, avec lesquelles on a voulu, tout récemment encore, la confondre, sans la moindre raison — Voy. les pièces que nous avons déposées dans le Musée de Saint-Louis, sous les nos 1419, 1420 et 1421, et que nous avons intitulées : Malformations et lésions congénitales : Strictures annulaires du type de l'aïnhum; pied bot; amputations dites spontanées; syndactylies, lésions réunies sur le même sujet.

A aucun titre, la place de cette maladie exotique n'est ici.

Le lecteur qui voudra plus de détails sur l'aïnhum les trouvera surabondants dans l'ouvrage de FERNAND ROUX — *Traité pratique des maladies des pays chauds, etc.*, T. III, Paris, 1888, p. 387, et dans l'excellente Monographie de notre élève JULES ROUGET — *Amputations congénitales et Aïnhum, Thèse de Paris, 1889*, — qui avec RECLUS, TRÉLAT, et nous-mêmes, a démontré le non fondé des assimilations contre lesquelles nous nous sommes élevés dans cette courte note.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

## SCLÉRÈME DES NOUVEAU-NÉS

*Sclérème des nouveau-nés* (Chaussier), algidité progressive (Hervieux), induratio telæ cellularis neonatorum, induration du tissu cellulaire des nouveau-nés de beaucoup d'auteurs.

Essentiellement différente de la sclérodémie des adultes, tout en présentant avec elle bien des analogies, est l'affection désignée sous le nom de sclérème des nouveau-nés.

Cette affection atteint les enfants dès les premiers mois de la vie, rarement dans la première et la seconde année, et débute par le refroidissement, l'œdème, l'induration des pieds et des jambes; la peau y est tendue, luisante, rouge ou blanche, parfois jaunâtre, dure, mais se déprimant sous la pression du doigt (œdème). En quelques heures, en un ou deux jours, l'altération se propage à l'abdomen, au tronc, aux membres supérieurs, au visage; là aussi la peau devient dure, froide, immobile, tandis que les membres inférieurs, d'abord atteints, deviennent, par suite de la disparition de l'œdème, plus minces, plus denses, ridés et comme momifiés. La température de la peau et des organes internes tombe régulièrement chaque jour de 2 à 3° C. La face, dont la peau semble fixée sur les plans musculaires sous-jacents, se roidit et donne aux malades l'aspect de petits vieillards; la rigidité de la bouche empêche la succion et ne permet plus la nutrition. Les enfants ainsi atteints sont étendus, immobiles, comme glacés, et ne donnent plus signe de vie que par quelques mouvements des parties les moins malades, et par de faibles gémissements. La température continue à baisser ou bien en quelques points la peau œdématisée s'enflamme sous l'influence de l'élévation de la température, devient cyanosée, puis se gangrène; en même temps, il survient des complications dans d'autres organes et la mort arrive en deux à dix jours. Il est rare que la terminaison fatale tarde davantage. Plus rarement encore, la température se relève dans les parties déjà refroidies, l'œdème et l'induration disparaissent; dans ces cas, il peut survenir un rétablissement progressif et une guérison complète.

La cause prochaine des manifestations du sclérème se trouve dans un ralentissement de la circulation capillaire dans les parties périphériques. La cause éloignée comprend toutes les circonstances qui diminuent l'énergie cardiaque et la production de chaleur. Aussi la maladie se montre-t-elle chez des enfants atteints de lésions du cœur, ou affaiblis par une pleuro-pneumonie, un catarrhe chronique des voies respiratoires ou digestives, la diarrhée, des ulcérations intestinales, ou à

la suite de mauvais soins, de syphilis héréditaire, ou de faiblesse congénitale.

Anatomiquement, nous avons trouvé avec Förster, Virchow et d'autres auteurs, une infiltration œdémateuse du tissu cutané, une structure dense du pannicule, analogue à celle de la stéarine, mais aucune autre altération notable. Contrairement à ce que l'on observe dans la sclérodémie, nous n'avons pas observé dans le sclérème des nouveau-nés d'infiltration cellulaire ni d'hypertrophie du tissu connectif. Löschner aurait rencontré une distension du chorion et l'apparition d'îlots de tissu conjonctif embryonnaire, riche en cellules. La stagnation dans les lymphatiques périphériques et la lymphangite (Pastorella) sont plutôt des lésions consécutives. Ludwig Langer explique aussi l'origine du sclérème des nouveau-nés par la nature stéariniforme déjà indiquée du pannicule adipeux de l'enfant (1).

La thérapeutique doit avoir pour but de relever la chaleur et les forces vitales, en réchauffant artificiellement le corps par les frictions, en administrant des stimulants et en prescrivant une alimentation convenable. L'amélioration se manifeste par l'augmentation de l'activité cardiaque, l'élévation de la température de la peau, et, au bout de quelques jours, par la disparition du sclérème.

Ici se place tout naturellement l'œdème de la peau (anasarque), lequel survient à la suite du ralentissement du courant sanguin ou d'un obstacle à la circulation occasionné par une cause mécanique (compression) ou fonctionnelle (nerveuse ou provoquée par une maladie des parois vasculaires). Cet œdème siège d'ordinaire sur des régions du corps prédisposées par leur situation, par exemple là où il existe un état variqueux, ou une compression sur les vaisseaux par un cal osseux, etc., ou bien généralisées ou diffuses par suite de troubles centraux de la circulation, lésions cardiaques, emphysème, etc. Mais nous croyons devoir nous borner à les citer, puisque la pathologie générale, la pathologie médicale et chirurgicale sont appelées à traiter également à fond cette question.

Mais comme fait moins connu et rentrant plus dans le domaine de la dermatopathologie, il faut encore signaler l'œdème que Quincke a décrit sous le nom d'œdème aigu circonscrit de la peau, que Dinkelacker,

(1) Cette question affère à la pathologie infantile, et non à la dermatologie. Le sclérème vrai des nouveau-nés et l'œdème des nouveau-nés constituent deux états pathologiques distincts, cliniquement et anatomiquement, mais dont le pronostic est également grave, et dont la thérapeutique est identique — indications tirées de l'état des organes, massage et frictions; emploi de la *couveuse* — Voy. BALLANTYNE, *Brit. med. Journ.*, anal. franç. in *Bulletin médical*, 1890, p. 210.

Jamieson et spécialement Strübing ont étudié d'une manière approfondie à propos de cas qu'ils ont observés. Cet œdème survient par accès et à plusieurs reprises chez le même individu, régulièrement associé à des troubles gastriques, vomissements, diarrhée ; il se présente sous forme de tuméfactions œdémateuses, mamelonnées, d'un blanc luisant, sur la peau de la face, sur celle d'autres régions, ainsi que de la muqueuse buccale, pharyngienne et laryngienne. Dans ce dernier cas, le manque de respiration et le danger de suffocation sont la conséquence la plus prochaine de la tuméfaction. Il est facile de reconnaître qu'il s'agit ici d'un trouble angionerveux de la circulation et d'une exsudation de sérum (Strübing), et cela dans le sens d'une urticaire, peut-être d'une urticaire géante (Milton) (1).

Il est une autre affection qu'il faut rapporter à la stase des humeurs, c'est l'hypertrophie diffuse du tissu connectif de la peau que l'on appelle éléphantiasis des Arabes.

(1) L'œdème « aigu circonscrit » de la peau, de QUINCKE, de RIEHL, œdème angioneurotique de STRÜBING, représente une affection générale, successive et récidivante, caractérisée par des œdèmes localisés, en plaques, à développement aigu, à bords nets, à surface érythémateuse ; indolents, non prurigineux, fugaces ; mais se multipliant et constituant, par la réunion des poussées successives, non pas comme l'indiquerait son nom, une affection aiguë, mais un état pathologique qui peut se prolonger fort longtemps, et même qui peut s'installer, et persister sous forme d'œdème chronique.

Bénigne tant qu'elle réside sur la peau proprement dite, l'œdématisation circonscrite se montre plus intense et plus pénible aux paupières, aux lèvres, à la vulve, au pénis et au scrotum ; elle peut devenir mécaniquement grave dans ses localisations buccolinguales et pharyngolaryngées. Elle ne se confond pas avec l'urticaire géante, les nodosités rhumatismales, les pseudolipomes sous-cutanés, les érythèmes en plaques, les dermolymphtes simples ou spécifiques ; mais elle a été jusqu'ici confondue avec ces états pathologiques, et la limite entre l'urticaire géante de MILTON, massive de RAPIN — *loc. cit.*, — n'est pas encore absolument tranchée. Cf. COURTOIS-SUFFIT, Sur l'œdème aigu circonscrit de la peau, *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1889, p. 859 ; MAX JOSEPH, Congrès de Prague, 1887, *Berl. klin. Wochensch.*, 1890, n° 4.

*Traitement* : Diurétiques, sudorifiques, purgatifs ; sulfate de quinine, salicylate de soude, atropine ; — nous avons employé avec succès, dans un cas, les applications locales prolongées de compresses de lint, imprégnées de solution de salicylate de soude 2 à 5 p. 100, additionnée de bicarbonate de soude 1 à 3 p. 100.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

## ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES.

On désigne sous ce nom ou sous celui de pachydermie (Fuchs), une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, limitée à certaines régions du corps, consécutive à des troubles locaux de circulation, à des inflammations chroniques et réitérées des vaisseaux sanguins et lymphatiques, à l'érysipèle ou à un œdème de longue durée, et qui, intéressant également les tissus sous-jacents, détermine une augmentation de masse et de volume de toutes les parties qui constituent la région atteinte.

Le mot éléphantiasis a été créé par les traducteurs des Arabes (d'où éléphantiasis des Arabes), et est synonyme du mot arabe, *dal-fil* (pied d'éléphant), par lequel on désigne la jambe d'un pachyderme. Cette remarque détruit donc l'idée erronée qui consiste à regarder cette maladie comme spéciale à l'Arabie ; car l'éléphantiasis des Arabes se trouve, du moins certaines formes, d'une façon beaucoup plus fréquente et presque endémique dans un grand nombre de contrées tropicales et subtropicales, en Égypte, sur les bords de la Méditerranée ; en Arabie, sur la côte occidentale de l'Afrique, au Brésil, dans les Antilles, les îles de la Sonde, sur les bords et dans les îles des mers du Sud. Mais on en rencontre des cas isolés dans tous les pays, sous tous les climats ; quelques variétés de la maladie se voient même assez fréquemment en Europe (1).

(1) Le nom d'ÉLÉPHANTIASIS, *sans qualificatif*, est le seul qui convienne aujourd'hui à la maladie décrite par les auteurs arabes sous le nom de *dal-fil*, pied d'éléphant ; pour la première fois clairement au neuvième siècle de notre ère par RAZÈS, et que les arabistes traduisirent par le terme d'éléphantiasis.

Jusqu'à l'époque actuelle, un *double emploi* fâcheux de ce mot a persisté avec la désignation donnée antérieurement par les auteurs grecs à la lèpre, et a amené dans la littérature médicale des confusions inextricables, de sorte qu'il y avait *deux* éléphantiasis, l'*éléphantiasis* DES GRECS, ou LÈPRE, et l'*éléphantiasis* DES ARABES. Aujourd'hui dans le langage scientifique correct, la lèpre n'est appelée que de son nom, et le terme d'éléphantiasis ne s'applique qu'à la maladie décrite par RAZÈS.

Pour remédier au double emploi du mot, FUCHS, en 1840, avait proposé le terme de PACHYDERMIE. Mais cette désignation n'a pas prévalu définitivement, et ne devait pas prévaloir, parce que sa signification partielle ne vise que les lésions de la peau — *παχὺς δέρμα*, peau épaisse — et n'exprime pas aussi typiquement que le mot éléphantiasis l'augmentation massive, et la déformation caractéristique.