

ment de néoplasme, apporté par la circulation dans un organe sain jusque-là, y détermine, par une sorte d'action de contact, le développement d'une néoplasie semblable; dans l'autre, c'est le fragment lui-même qui prolifère, soit en raison de sa puissance immanente d'activité nutritive, soit par l'intermédiaire de parasites qu'il contient, et forme une nouvelle tumeur. Nous verrons plus loin, en étudiant les épithéliomes, que celle-ci est la seule vraie. Les tissus ambiants peuvent s'atrophier ou devenir le siège d'un processus inflammatoire : jamais ils ne participent à la genèse de la néoplasie.

Voici d'ordinaire comment les choses se passent : *Les éléments de la tumeur pénètrent dans la cavité des vaisseaux sanguins ou lymphatiques situés dans sa masse ou à sa périphérie; de là, ils sont transportés, quelquefois avec des caillots dont ils ont provoqué la formation, dans la circulation veineuse, puis dans différents organes où se développent les néoplasmes secondaires. La structure de ces derniers est identique à celle de la tumeur initiale.*

Au point de vue pratique, on distingue avec raison des tumeurs *bénignes* et des tumeurs *malignes*. Celles-ci ont tendance à s'accroître rapidement, à s'ulcérer et à se généraliser; celles-là restent stationnaires, isolées et ne s'ulcèrent pas. Parmi les tumeurs d'une même structure, les unes peuvent être malignes et les autres bénignes. En général, la malignité est d'autant plus grande que les éléments cellulaires de la tumeur se rapprochent davantage de ceux de l'embryon, qu'ils sont plus abondants par rapport au stroma, et que le néoplasme est plus vasculaire : c'est dans ces conditions qu'il a le plus de tendance à augmenter de volume, à envahir les parties voisines et à se multiplier.

Les tumeurs peuvent provoquer des accidents *locaux* et des accidents *généraux*.

Les accidents locaux sont surtout des phénomènes de compression, dont l'importance varie suivant le siège et le volume de la tumeur, et des phénomènes d'inflammation; certaines néoplasies sont ainsi très douloureuses.

Les accidents généraux peuvent résulter secondairement des troubles fonctionnels locaux que produit la tumeur; c'est ainsi que les hémorragies, les pertes de matériaux consécutives aux ulcérations et la résorption des toxines sécrétées par le néoplasme contribuent à produire l'anémie et la cachexie. Dans les cas où les tumeurs sont volumineuses et se multiplient rapidement, la quantité de substances assimilées qu'elles absorbent constitue pour l'organisme une perte difficile à réparer.

III. — TROUBLES DANS LES FONCTIONS DE LA PEAU

La peau est à la fois un organe de protection, de sensibilité, de sécrétion et d'excrétion; en même temps, elle concourt puissamment, par l'intermédiaire de ses vaso-moteurs, à la régulation de la chaleur organique et très accessoirement aux échanges gazeux; elle est intéressée directement ou indirectement dans la plupart des maladies générales, et ses altérations retentissent secondairement sur tout l'organisme.

On peut donc pressentir *a priori* que l'étude des modifications que subissent ses fonctions présente un intérêt considérable pour le pathologiste et l'on doit regretter d'autant plus qu'elles ne soient pas mieux connues.

Les notions que l'on possède actuellement sur la physiologie pathologique du tégument externe sont si incomplètes que l'on ne peut interpréter d'une manière satisfaisante les effets très remarquables que produit la suppression de ses fonctions par le vernissage. Becquerel et Breschet ont montré que, si l'on recouvre d'un enduit imperméable la surface cutanée d'un animal, il languit et meurt bientôt dans une sorte de collapsus général accompagné d'albuminurie; or la mort ne peut s'expliquer, en pareil cas, ni par la suppression de la sécrétion sudorale, qui semble n'éliminer qu'une proportion relativement faible de matériaux de désassimilation, ni par la suppression de la respiration cutanée, qui chez les animaux pilifères est très peu importante, ni par la suppression des excitations que les nerfs cutanés transmettent au centre respiratoire, ni même par une action réflexe sur les vaso-moteurs des viscères, analogue à celle que produisent les brûlures étendues: François Franck l'attribue à une action exercée à distance par l'excitation des nerfs de la peau sur l'innervation spinale.

I. — TROUBLES DE LA SÉCRÉTION SUDORALE

La sécrétion sudorale peut être *diminuée*, *accrue* ou *perversie*; nous étudierons successivement ces trois ordres de modifications.

1. — Anidrose.

La sécrétion de la sueur est diminuée ou tarie dans diverses affections squameuses, parmi lesquelles nous citerons l'ichtyose, ainsi que dans certaines inflammations cutanées telles que l'érysipèle, le phlegmon et l'eczéma sec; il en est de même souvent après les

perles abondantes de liquides, dans le frisson fébrile et chez les cachectiques; congénitale et toujours persistante dans l'ichtyose, l'anidrose disparaît, quand elle est liée à une inflammation cutanée, avec l'affection qui l'a produite. D'après les observations de l'un de nous (Hallopeau), l'anidrose peut encore résulter d'une action d'arrêt provoquée par une vive émotion psychique, et persister pendant des mois sous cette influence (1).

On a admis généralement que la rétention des produits qui doivent être normalement éliminés avec la sueur est nuisible à l'organisme. Elle pourrait jouer un rôle dans la production de certaines albuminuries.

2. — Hyperidrose.

C'est par l'intermédiaire des nerfs excito-sudoraux, dont l'activité est mise en jeu directement ou par voie réflexe, que se produisent les sueurs morbides; certains faits pathologiques, particulièrement l'aspect fluide ou visqueux de la sécrétion sudorale et la corrélation de son augmentation avec une hyperémie cutanée ou l'état inverse qui est un des éléments essentiels du collapsus algide, peuvent faire présumer que ces nerfs n'ont pas tous une action identique et que les glandes sudoripares, comme les glandes salivaires, peuvent être excitées suivant deux modes différents.

Les sueurs morbides peuvent survenir dans des conditions très diverses, et nous sommes loin de pouvoir déterminer constamment quelle est la cause de l'excitation nerveuse qui leur donne naissance. C'est ainsi qu'on les observe dans les affections du système nerveux, dans des maladies chroniques telles que la tuberculose, dans les maladies fébriles, dans les intoxications, et, comme nous venons de le voir, dans le collapsus algide.

Elles peuvent être *générales* ou *locales*; on leur donne, dans ce dernier cas, le nom d'*éhidroses*: ces sueurs locales s'observent particulièrement au cuir chevelu, où elles peuvent contribuer à produire la séborrhée, dans les creux axillaires (elles s'y produisent souvent par action réflexe quand on fait déshabiller les individus), au niveau des surfaces plantaires et palmaires, sur le lobule nasal; elles peuvent être *unilatérales*, par exemple dans l'hémichorée.

Les sueurs peuvent être *fluides* ou *visqueuses*.

Leur réaction est presque constamment *acide*. A. Gautier (2) dit

(1) M. A. V... éprouve, en janvier 1897, une vive émotion provoquée par une opération grave qui a dû être pratiquée sur l'un de ses proches; depuis lors, il se produit chez lui toute une série de phénomènes qui n'ont pu recevoir d'autre interprétation qu'une *action d'arrêt d'origine psychique*: tels sont, la suppression des sueurs, auparavant très abondantes, l'incapacité absolue de tout travail, un amaigrissement considérable, le ralentissement du pouls, etc.

(2) GAUTIER, *Chimie biologique*, t. II, p. 433.

qu'on les trouve parfois *alcalines* dans le typhus et l'urémie et chez les sujets soumis à un traitement par les alcalins à hautes doses. Leur acidité est exagérée chez les rhumatisants, les goutteux et les rachitiques.

Leur *constitution chimique* n'a été qu'incomplètement étudiée; on y a trouvé un excès d'urée dans le choléra, dans l'urémie et dans l'intoxication par le phosphore, du sucre dans le diabète et de la graisse dans la fièvre hectique.

Leur *abondance* est extrêmement variable: tantôt elles donnent lieu à une simple moiteur de la peau; tantôt elles sont tellement profuses que les vêtements et les draps des malades semblent avoir été trempés dans l'eau; on observe tous les degrés intermédiaires. L'*odeur* de la sueur avait beaucoup préoccupé les anciens auteurs: elle est fétide dans certaines infections putrides; on la dit *urineuse* ou *fécaloïde* dans des cas de rétention de l'urine ou des fèces, *musquée* dans l'infection purulente. Sa fétidité paraît due, le plus souvent, à la décomposition de la leucine et de la tyrosine (Ch. Robin).

Les sueurs peuvent provoquer des accidents locaux en irritant les téguments: ce sont habituellement des érythèmes, qu'accompagnent souvent des éruptions vésiculaires, les *sudamina*. On a considéré, à tort, comme subordonnée aux troubles de la sécrétion sudorale, une éruption de vésicules et de bulles qui occupe surtout les mains et qui a été décrite par Hutchinson sous le nom de *cheiro-pompholix*, et par Tilbury Fox sous celui de *dysidrosis*; confondue le plus souvent avec l'eczéma, quelquefois avec le pemphigus, elle constitue un type spécial, sur lequel nous aurons à revenir.

3. — Sueurs fétides ou bromidrose.

Nous avons déjà signalé l'odeur désagréable que présentent parfois les sueurs dans certaines maladies.

Il est une affection dont cette odeur constitue le caractère dominant, c'est la *sueur fétide des pieds*; on ignore à quelle cause elle est due; elle semble locale: sous une influence indéterminée, la sécrétion des téguments qui recouvrent les parties inférieures et latérales des orteils s'exagère; l'épiderme, comme macéré, prend une couleur blanchâtre et souvent s'ulcère; les parties exhalent une odeur d'une répugnante fétidité; on n'a pu déterminer s'il s'agit d'une altération de la sueur elle-même ou du produit des glandes sébacées. Donné a trouvé cette sécrétion alcaline; d'après Ch. Robin, elle contiendrait de la leucine qui donnerait naissance, en se décomposant, à du valérate d'ammoniaque; Chevreul a admis que les principes gras de l'enduit sébacé peuvent donner lieu, en présence d'un liquide aqueux, au dégagement d'acides volatils d'une grande fétidité.

Trousseau et Doyon ont rapporté des exemples de troubles de la santé générale dus à la suppression de ces sécrétions.

Les sueurs axillaires, inguinales et sous-mammaires peuvent également être fétides; leur odeur diffère de celle des précédentes.

4. — Sueurs colorées ou chromidrose.

Cette affection, appelée par Leroy de Méricourt et Féréol *chromocrinie partielle et cutanée*, est, d'après la définition de Parrot, une névrose sécrétoire, quia pour siège habituel la peau de la face et pour matière un pigment bleuâtre. Signalée au siècle dernier par James Yonge, plus tard par Lecat, en 1831 par Billard d'Angers et depuis lors par Teevan, Bousquet, Neligan et Erasmus Wilson, elle n'a été décrite méthodiquement qu'en 1857 par Leroy de Méricourt; il en existe maintenant plusieurs observations qui présentent les caractères de l'authenticité.

La coloration varie du noir foncé au bleu clair; elle peut être ocreuse, rosée. Elle apparaît d'habitude, en premier lieu, aux paupières inférieures, puis elle s'étend le plus souvent sur les joues et le front, parfois sur la poitrine. La matière colorante, quelquefois onctueuse, adhère intimement à la peau et l'on a peine à l'en détacher, mais l'on y parvient; elle reparait au bout d'un laps de temps qui varie de quelques minutes à un quart d'heure. Sa constitution chimique n'a pu être déterminée; Ordonez y a trouvé un peu de fer; elle est mélangée de débris épithéliaux enlevés en même temps qu'elle; Kühne attribue sa coloration à la présence de vibrions; l'observation de Schwarzenbach, qui lui a trouvé des réactions analogues à celles de la pyocyanine, est en faveur de l'opinion de Kühne, car on sait aujourd'hui que le pus bleu doit sa couleur à la présence de microbes.

La chromidrose survient le plus souvent chez des hystériques et à l'occasion d'émotions. Parrot la considérait comme liée à un trouble de l'innervation cutanée.

5. — Hématidrose.

Ce phénomène morbide n'est pas, à proprement parler, un trouble de la sécrétion sudorale, et l'expression de *sueurs de sang*, employée quelquefois pour le désigner, est mal appropriée, car il consiste essentiellement en une hémorragie des glandes sudoripares. On doit à Parrot d'en avoir fait connaître la nature et le mode de production.

L'hématidrose s'observe chez les hystériques; son apparition est précédée de troubles dans la sensibilité ou l'innervation vaso-motrice, dans la région où elle va se produire: ce sont, tantôt des douleurs, tantôt des éruptions érythémateuses; l'hémorragie se manifeste le plus souvent à la suite d'une vive émotion ou d'un accès douloureux.

Le liquide est plus ou moins coloré, suivant les cas; il forme des gouttelettes ou il s'étale en nappe; on y a trouvé des globules rouges.

L'hémorragie est constamment limitée à une surface peu étendue; elle siège le plus souvent dans le creux de la main, à la plante des pieds, autour du mamelon et au front. Le flux sanguin se produit par accès qui coïncident souvent avec les époques menstruelles. C'est une manifestation de l'hystérie, comparable aux hémorragies gastro-intestinales qui surviennent sous l'influence de cette névrose, une hémorragie par diapédèse, liée à un trouble dans l'innervation des petits vaisseaux que contiennent les parois des glandes sudoripares.

II. — TROUBLES DE LA SÉCRÉTION ET DE L'EXCRÉTION SÉBACÉES

A l'état physiologique, la peau est constamment le siège d'une élimination de matières grasses qui rendent la surface épidermique douce et onctueuse au toucher. Cette élimination se fait par les glandes sébacées et aussi par les glandes sudoripares. On sait, en effet, que la sueur normale contient de la graisse et des acides gras.

Dans certains cas, *cette sécrétion est insuffisante*; la peau est sèche, rude et écaillée; il en est ainsi dans l'ichtyose et la xérodermie, et aussi, d'après Kaposi, dans le psoriasis et le lichen ruber (1).

Plus fréquemment, *cette sécrétion est exagérée* et contribue à donner lieu à diverses affections (2) que nous étudierons sous le nom de *séborrhéides*; ce sont des flux huileux, des desquamations furfuracées, des éruptions appelées à tort *eczémas marginés* ou *flanellaires*, de véritables *eczémas* et des psoriasis à caractères spéciaux, des folliculites suppuratives, dépilantes, des acnés et d'autres dermatoses papulo-pustuleuses et squameuses.

Comment ces diverses affections cutanées sont-elles liées aux troubles des fonctions sébacées? Lorsqu'il y a seulement hyperidrose huileuse, on peut supposer que la sécrétion des matières grasses est simplement accrue dans des proportions anormales, mais cette explication n'est pas suffisante lorsqu'il s'agit d'un *eczéma* ou d'un *psoriasis séborrhéiques*: il faut admettre alors, ou bien que les matières grasses excrétées sont altérées dans leur composition et deviennent irritantes, ou bien qu'elles sont modifiées de manière à devenir un milieu de culture pour des microphytes, lesquels donneraient lieu à l'irritation des téguments, soit par eux-mêmes, soit par leurs produits. On doit considérer comme bien peu probable qu'il s'agisse là d'un trouble lié à une altération généralisée des glandes sébacées et sudoripares, et toutes les vraisemblances sont au contraire en faveur d'une dyscrasie, d'un vice dans l'élaboration des matières grasses,

(1) HEBRA et KAPOSI, *loc. cit.*

(2) UNNA, *Das seborrhoisches Eczema* (M. F. D., 1887.)

d'où résultent leur excrétion en quantité anormale et la modification qui les rend nocives par elles-mêmes ou par les microphytes qui s'y développent (1).

Sabouraud a établi qu'il existe une séborrhée considérable dans des plaques de pelade vraie; il la rapporte à l'hypertrophie des glandes, tandis que l'alopecie serait due à l'action de toxines engendrées par un bacille qu'a décrit Unna dans l'acné et qui emplit l'utricule pileaire; suivant l'un de nous (2), cette relation n'est pas établie, ni même vraisemblable, les deux maladies présentant de trop grandes différences dans leur évolution pour reconnaître une seule et même cause; la séborrhée peladique peut être attribuée simplement à l'absence des cheveux et au défaut d'utilisation corrélatif des matières sébacées.

Dans certains cas, l'accumulation des produits sébacés à la surface de la peau en couches brunâtres, lisses ou saillantes, rappelle l'aspect de l'ichtyose (*séborrhée nigricans*).

D'autres fois, les matières grasses s'accumulent au pourtour des orifices sébacés, et amènent, particulièrement sur le nez et à son pourtour, la formation de concrétions grasses qui peuvent devenir le point de départ d'épithéliomes.

Les obstacles à l'excrétion de la matière sébacée, tels que les agglomérations de cette matière, les corps étrangers, les parasites, les cicatrices, ont pour résultat son accumulation, la distension des culs-de-sac glandulaires, leur inflammation et, par suite, la production des états pathologiques que l'on désigne sous les noms de *comédon*, de *milium* ou *grutum*, d'*état granité* de la peau et d'*acné*.

III. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ

1. — Douleur.

La douleur, sensation de nature spéciale, phénomène psychique comme la sensibilité dont elle est un mode, doit nécessairement se produire dans un groupe de cellules encéphaliques. Ce groupe cellulaire, qui n'a pu être encore localisé, est vraisemblablement le même que celui où sont perçues les sensations physiologiques. La douleur peut être provoquée dans la peau par tous les traumatismes ainsi que par l'impression du froid ou du chaud, l'électrisation, les irritations ou cautérisations chimiques, les inflammations, les hyperémies, une partie des néoplasies cutanées. La peau peut être aussi le lieu où se font sentir des douleurs liées à des altérations des cordons ou des centres nerveux: telles sont celles des névralgies, des

(1) HALLOPEAU, *Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis*, séance du 20 novembre 1888.

(2) IDEM, *S. F. D.*, mars 1897.

névrites, des compressions nerveuses, des maladies des ganglions nerveux et des racines qui y aboutissent, des faisceaux postérieurs de la moelle: en pareils cas, elles peuvent s'accompagner de troubles dans l'innervation trophique (vésicules de zona, bulles pemphigoides, etc.).

L'*acuité* de la douleur dépend, d'une part de la nature et du siège de la lésion qui la provoque, d'autre part, de la sensibilité du sujet: il y a, à cet égard, de grandes différences entre les individus.

Les douleurs cutanées sont de nature diverse: en dehors de celles que provoquent les traumatismes et les violences extérieures, tels que les coups, les pincements, les piqûres, les coupures, les brûlures (les extrémités nerveuses sensibles réagissent différemment contre ces diverses excitations); on peut distinguer des sensations de constriction, de refroidissement, de chaleur, de fourmillements, de picotements, d'onglée, et surtout de *cuisson* et de *prurit*.

La *cuisson* paraît être surtout en relation avec l'hyperémie cutanée: c'est ainsi qu'on l'observe dans l'érysipèle, le phlegmon, les fièvres éruptives, les brûlures superficielles, l'urticaire où elle prend un caractère spécial; elle augmente sous l'influence de la chaleur et peut être calmée par le froid.

On peut lui opposer les sensations pénibles que provoque l'asphyxie locale, sensations dont l'onglée est l'expression la plus fréquente.

Le *prurit* est un mode de réaction sensitive qui appartient en propre à la peau: il a pour conséquence un besoin impérieux de grattage; bien que chacun le connaisse, il est impossible d'en rendre compte par des mots. Son intensité varie dans les limites les plus étendues; il est parfois des plus violents et pénibles, si bien qu'il peut conduire à des idées de suicide; il donne lieu le plus souvent, mais non constamment, à la formation de ces papules excoriées que nous désignons généralement en France, conformément à la nomenclature de Willan et Bateman, sous le nom générique de *prurigo*, alors qu'en Allemagne on réserve cette dénomination à une seule affection prurigineuse de la peau, le *prurigo* de Hebra.

Le *prurit* peut être provoqué par des piqûres d'insectes dont les plus fréquentes sont celles de l'*acarus scabiei* et des diverses espèces de *pediculi*; il faut y ajouter celles des *puces*, des *punaises*, des *moustiques* et de divers insectes exotiques; chose singulière, ces sensations ne se produisent pas chez tous les sujets, ni, chez le même sujet, à toutes les périodes de son existence: c'est ainsi que l'on rencontre des gales sans démangeaisons et que tel individu, après avoir longtemps réagi contre les piqûres de puces par des plaques urticariennes, ne les perçoit plus lorsqu'il a dépassé l'âge mûr. Le prurit est fréquent dans les dermatoses qui intéressent le corps papillaire, telles que l'eczéma, le lichen, le mycosis; il s'étend souvent en dehors de la région lésée; il revient habituellement par accès plus ou moins prolongés.

Parfois, il semble que la sensibilité de la peau, à force d'avoir été mise en jeu, cesse de donner lieu à une réaction sous l'influence des mêmes causes : c'est ainsi que l'on voit les *pediculi vestimentorum* exister en grand nombre chez des vagabonds atteints d'une pigmentation intense des téguments sans qu'il ne se produise plus trace d'excoriations.

Il est probable qu'en pareil cas les grattages antérieurs, et aussi les toxines sécrétées par les parasites, ou toute autre cause, ont altéré la partie du derme qui réagit par le prurit et l'ont mise ainsi hors d'état de provoquer cette sensation, ou, si cette sensation se produit, aux réactions qui en sont habituellement la conséquence et donnent lieu aux excoriations croûteuses : on connaît, en effet, plusieurs dermatoses qui comptent le prurit parmi leurs manifestations prédominantes et qui cependant, malgré des grattages incessants prolongés, et parfois frénétiques, ne donnent pas lieu à la production de prurigo : il en est ainsi généralement du lichen de Wilson et surtout, ainsi que l'a établi l'un de nous, avec Besnier, du mycosis fongoïde, particulièrement dans sa période érythrodermique (1).

D'autres fois, le grattage se traduit par des éruptions différentes de ce prurigo ; nous en avons pour témoin ce qui se passe dans le lichen simple : des démangeaisons intenses et persistantes y déterminent la production de ces élevures avec épaissement des plis de la peau que l'on a dénommées *lichénoïdes* (Brocq) ; la même réaction peut s'observer dans la maladie de Duhring où, malgré des grattages incessants, il ne survient pas non plus de prurigo : l'un de nous y a vu, par contre, se produire, sous cette même influence, les élevures lichénoïdes dont il vient d'être question (2).

On ignore jusqu'ici pourquoi les extrémités nerveuses réagissent aussi différemment sous l'influence de diverses excitations.

2. — Anesthésie et analgésie.

Ces troubles dans les fonctions cutanées ont pour causes prochaines, sauf les cas où les extrémités nerveuses sont détruites, comme dans la lèpre et les cas d'ischémie par excitation des vaso-constricteurs (asphyxie locale), des altérations des cordons ou des centres nerveux étrangers à notre sujet.

IV. — TROUBLES DE L'INNERVATION TROPHIQUE

La nutrition des tissus est soumise à l'influence du système nerveux : celle-ci s'exerce en partie par l'intermédiaire des vaso-moteurs qui augmentent ou réduisent l'afflux sanguin, en partie direc-

(1) BESNIER et HALLOPEAU, *Congrès de Vienne*, 1892.

(2) HALLOPEAU et JACQUES MONOD, *Sur un cas de dermatite* (S. F. D., 1895.)

tement. On voit fréquemment se produire, dans les maladies nerveuses, des troubles trophiques. Leur siège peut correspondre à la distribution de rameaux nerveux de même origine métamérique : le fait est de toute évidence pour le zona (Brissaud, Head). Cependant le siège d'une lésion sur le trajet d'un nerf ou d'une distribution métamérique ne suffit pas à en démontrer l'origine nerveuse (Kaposi et Leredde).

Il est admis que l'influence trophique peut être troublée isolément et donner lieu à des lésions cutanées que n'accompagne aucun désordre de l'innervation motrice ou sensitive ; leur origine nerveuse est alors beaucoup plus difficile à déterminer (1).

Les dermopathies d'origine trophonévrotique peuvent offrir les caractères les plus variés : ce sont des taches érythémateuses, des éruptions vésiculeuses ou bulleuses, des ulcérations, des gangrènes, des œdèmes, des taches de purpura, du vitiligo, des plaques d'alopécie, de la dermatographie ; elles sont souvent symétriques et se distribuent parfois sur le trajet des nerfs (2). Concurrément, on peut trouver les ongles courbés et tuméfiés ou atrophiés, déformés, diversement altérés ; de même, les cheveux et les poils peuvent devenir blancs ou tomber ; dans certains cas, la peau est amincie : sa surface est lisse et brillante ; elle s'atrophie et se décolore par places, se rétracte et semble devenir trop petite pour contenir les parties sous-jacentes : il en est ainsi dans la forme de sclérodermie que l'un de nous a proposé d'appeler *trophonévrose disséminée* (3). Les lésions peuvent s'étendre dans cette maladie aux muqueuses, aux os et aux articulations ; d'habitude, on observe concurrément des phénomènes d'asphyxie locale.

Le *tissu cellulaire* peut, sous l'influence de troubles trophiques, devenir le siège d'*œdèmes passagers* ou *durables*. Ceux qui accompagnent, dans certains cas, les poussées d'urticaire, et que l'un de nous a vus persister durant des années (4), doivent être considérés comme tels.

La peau peut être le siège d'*hyperthermies* et d'*algidités* locales ; elles sont liées à des troubles inverses de l'innervation vaso-motrice : on peut considérer comme types, de celles-là, l'*érythromélgie*, *névrose vaso-dilatatrice*, de celles-ci, l'*asphyxie locale*, *névrose vaso-constrictive*.

(1) LEREDDE, *Le rôle du système nerveux dans les dermatoses*, mém. inédit. 1899.

(2) LELOIR, *Rech. sur les affections cutanées d'origine nerveuse* (*Journal des mal. cut. et syphilitiques*), 1883.

(3) HALLOPEAU, *Note sur un cas de sclérodermie avec atrophie des os et arthropathies multiples* (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 1872). — Il n'est pas prouvé que la sclérodermie soit nécessairement une maladie d'origine nerveuse (LEREDDE et THOMAS, *Arch. de méd. expér.*, 1898).

(4) H. HALLOPEAU, *Sur un œdème généralisé persistant d'origine ortiée* (S. F. D., 1893 et 1898).

On connaît les troubles de la pigmentation (*vitiligo*) dans le goitre exophtalmique.

IV. — DIAGNOSTIC DES LÉSIONS CUTANÉES

Le *diagnostic général* des maladies cutanées comprend plusieurs étapes successives : il faut, en effet, déterminer d'abord quelles sont les *lésions dites élémentaires*, puis reconnaître le *processus* dont elles sont l'expression et enfin remonter à la *cause de ce processus* : il va de soi que, dans la grande majorité des cas, pour un médecin expérimenté, ces trois étapes sont franchies simultanément.

I. — DIAGNOSTIC DES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES

Cette dénomination de *lésions élémentaires*, acceptée depuis Willan par tous les dermatologues, s'applique à des manifestations qui répondent à des processus très divers : elle n'a qu'une signification purement clinique ; à ce titre elle peut être conservée.

Nous avons à considérer des LÉSIONS PRIMAIRES qui sont des *taches persistantes* ou *macules*, des *taches érythémateuses*, des *papules*, des *plaques ortiées*, des *vésicules*, des *bulles*, des *pustules*, des *soulèvements purulents*, des *tubercules*, des *gommés*, des *végétations*, des *saillies cornées* et des *tumeurs* ; et des LÉSIONS SECONDAIRES, qui sont des *squames*, des *excoriations*, des *fissures*, des *croûtes*, des *amincissements* et des *épaississements de la peau*, des *ulcérations* et des *cicatrices* ; — il faut distinguer aussi des *lésions mixtes* (1).

I. — Lésions primaires.

A. TACHES OU MACULES PERSISTANTES. — Elles peuvent être *achromiques* ou *hyperchromiques*. Les macules *achromiques* se présentent sous les formes les plus diverses. Elles peuvent *exister sans autres altérations cutanées* : il en est ainsi dans le *vitiligo*, dans la *syphilide maculeuse* où, contrairement à l'opinion de dermatologues éminents, elles se produisent indépendamment des hyperpigmentations ; l'un de nous les a observées après la disparition de plaques de *psoriasis* (2) ; l'achromie est généralisée chez les albinos ; d'autres fois, elle est liée à une *atrophie de la couche profonde du corps muqueux* : c'est ce que l'on observe dans les cicatrices et les vergetures ; elle coïncide alors avec un effacement des plis de la peau.

Cette atrophie peut être liée à une *inflammation durable* du derme

(1) Voy. pour l'anatomie et la physiologie pathologique de ces lésions, le chapitre *Processus*, p. 34 et suiv.

(2) HALLOPEAU, S. F. D., 1893 et 1898.

vasculo-papillaire (témoins les plaques de *morpheé*) ou *indélébile*. L'aspect de ces macules atrophiques peut être caractéristique : c'est ainsi que les cicatrices consécutives aux ulcérations serpiginieuses de la syphilis, aux pustules varioliques, aux lésions de la sclérodermie et d'autres trophonévroses, celles de la tuberculose, de la lèpre et du farcin, ainsi que celles qui succèdent au chancre simple, à la maladie de Raynaud ou aux boutons des pays chauds, sont souvent pathognomoniques.

Les *macules hyperchromiques* ou *taches pigmentées* peuvent varier beaucoup dans leur coloration, depuis le jaune clair jusqu'au noir ; parmi ces taches, il faut mentionner, en première ligne, les tatouages : il est peu de nos malades de la classe ouvrière qui n'en portent ; ils sont le plus souvent bleus, parfois rouges ou noirs ; le pigment est inclus profondément dans le derme ; leur siège d'élection sont les bras, le devant de la poitrine, et la région interscapulaire ; par leurs types particuliers chez les différentes races, et, dans un même peuple, suivant les professions, elles constituent d'importants caractères anthropologiques.

L'*hyperpigmentation généralisée*, mais *plus prononcée sur la partie postérieure du tronc*, est fréquente chez les vagabonds ; elle est alors répandue en nappes uniformes ; il est probable qu'elle est due surtout, ainsi que nous l'avons indiqué déjà, à la production d'une matière colorante par les *pediculi vestimentorum*.

Il n'est pas rare de voir, chez les vieillards, le tégument prendre une teinte jaunâtre qui résiste aux soins de propreté. La chlorose, le cancer, la lèpre donnent à la peau une coloration qui varie d'un jaune pâle pour la première au jaune foncé pour le second et au brun pour la troisième. On observe encore une pigmentation généralisée dans la maladie d'Addison, dans l'acanthosis nigricans.

Une inflammation chronique de la peau peut laisser à sa suite une *hyperchromie en nappes* : il en est ainsi de l'eczéma chronique, surtout quand il occupe les membres inférieurs, du psoriasis, du lichen de Wilson, des syphilides, de la maladie de Neumann, parfois d'une simple vésication, au grand désenchantement des malades.

Les *taches pigmentées* peuvent coïncider avec le développement de néoplasie ou le précéder : elles sont alors, tantôt brunes ou noirâtres, tantôt d'un jaune clair : nous citerons, comme exemples, les macules du xéroderma pigmentosum, celles qui accompagnent les neurofibromes, celles de la maladie de Darier et de l'acanthosis nigricans.

Des taches d'un *jaune brillant* peuvent exister sous formes de lentilles ou de stries dans le xanthélasma en même temps que les tumeurs de même coloration ; la matière colorante de la bile, séjournant dans le derme, lui donne une couleur qui varie du jaune clair au jaune foncé. Des taches *bleues* sont constituées par les toxines

que sécrètent les *pediculi pubis*. Diverses variétés d'aspergillus donnent lieu aux pigmentations diverses connues sous le nom de *karatés*.

Des taches *jaunes* ou roussâtres peuvent être congénitales et constituer le *lentigo* ou se développer sous l'influence, soit de la lumière solaire, soit de la grossesse (*cloasma*).

Les dermatopathies d'origine toxique peuvent laisser à leur suite des pigmentations persistantes : il en est ainsi, au premier chef, de celle que provoque constamment, chez certains sujets, l'antipyrine.

Les taches *hémorragiques* comptent au nombre des plus fréquentes : elles siègent le plus souvent aux membres inférieurs. Elles peuvent se développer *secondairement* dans les maladies érythémateuses de la peau : telles sont celles de la rougeole, de la scarlatine et de la variole dans sa première période ; plus souvent, elles viennent compliquer un exsudat interstitiel séreux ou purulent : il en est ainsi dans l'érysipèle, la dermatite herpétiforme, le pemphigus, le zona, les pustules varioliques, dans l'érythème polymorphe où elles infiltrèrent le plus souvent des saillies papuleuses, dans l'urticaire et enfin dans la maladie de Werlhoff ; si l'on déprime avec une plaque de verre une surface érythémateuse, on peut constater parfois que des extravasations sanguines y persistent alors que cependant l'éruption ne paraît pas au premier abord hémorragique. D'autres fois, les *hémorragies cutanées se développent sans autre altération appréciable du légument* : nous avons vu qu'il en est ainsi dans les maladies du cœur, dans l'hémophilie, et dans les affections de nature encore indéterminée que l'on appelle purpura simple ou hémorragique.

Ces taches hémorragiques sont, tantôt miliaires ou lenticulaires, tantôt dispersées en de larges nappes ; elles prennent alors le nom d'*ecchymoses* ; on les a appelées *vibices* quand elles sont en forme de stries ; cette dénomination est inusitée en France. D'abord d'un brun sombre caractéristique, elles présentent ultérieurement toutes les modifications qui appartiennent aux transformations chimiques de l'hémoglobine ; on observe souvent, en raison de poussées hémorragiques successives, la gamme des couleurs, depuis les hémorragies récentes d'un brun foncé jusqu'aux taches jaunâtres.

B. TACHES ÉRYTHÉMATEUSES. — *La peau peut devenir rouge dans toute son étendue* ; il en est ainsi dans la scarlatine, dans les érythèmes scarlatiniformes, dans l'érythrodermie prémycosique, dans le pemphigus foliacé, dans le psoriasis, l'eczéma et le pityriasis rubra. D'autres fois, la rougeur est disposée en *nappes* plus ou moins vastes, par exemple dans les psoriasis, les eczémas, les formes aiguës du lichen de Wilson, dans les intoxications médicamenteuses, dans les inflammations accidentelles par la lumière, la chaleur, les irritations mécaniques ; souvent enfin elle est *lenticulaire* ou *miliaire* : il en est de la sorte dans la rougeole, fréquemment

aussi dans la syphilis où elle prend le nom de roséole, dans la scarlatine, dans les miliaires aiguës, dans les érythèmes polymorphes, les eczémas, la dermatite herpétiforme.

La *couleur* est, au début, d'un *rouge clair et vif* ; plus tard, elle devient *sombre* avec des tons violets : cette modification, comme l'a bien montré Kromayer, a une importance capitale, car elle différencie le processus en activité des altérations en voie de rétrocession. Dans celui-là, les parties atteintes sont d'habitude légèrement ou fortement surélevées : on peut y constater, par la main, une élévation de la température qui se rapproche de celle du sang, ainsi que permet de le constater l'application du thermomètre ; la rougeur disparaît rapidement et complètement sous la pression du doigt ; dans celles-ci, au contraire, les parties malades ont cessé d'être saillantes, leur relief a notablement diminué, il n'y a plus d'hyperthermie locale et la couleur sombre ne s'efface plus que lentement et parfois incomplètement par la compression digitale.

C. PAPULES. — Ce sont des saillies liées, soit simplement à une *hyperémie intense*, soit à une *infiltration du derme papillo-vasculaire* ; les premières s'affaissent complètement sous la pression du doigt. Leur *volume* varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une pièce de 20 centimes ; elles peuvent être *isolées* ou *réunies en placards*, comme on l'observe dans le psoriasis, le lichen de Wilson. Leur surface peut être *lisse et brillante* comme dans le lichen de Wilson.

Leur *forme* est variable ; on peut s'en assurer en pratiquant dans un certain nombre d'entre elles, comme l'a fait Kromayer, des coupes verticales : on voit ainsi que la *papule d'acné* est *acuminée* ; son profil rappelle celui du Vésuve ; elle est entourée d'une zone inflammatoire ; la *papule syphilitique* donne une coupe de *figure parabolique* à contours nettement arrêtés ; la *papule psoriasique* peut donner l'image d'un *plateau avec saillie considérable des papilles et bords verticaux*. Les papules peuvent aussi prendre la forme d'*ovales* ou d'*ellipses* dont le grand axe est parallèle à celui des plis de la peau, particulièrement dans les régions axillaires et inguinales, sous-mammaires, cervicales.

Leurs *contours* sont arrondis ou polygonaux (lichen de Wilson). Elles sont ou non entourées d'une aréole érythémateuse.

Leur *couleur* peut être, par exemple dans l'acné, celle de la peau normale ; plus souvent, elle varie du *rouge vif*, comme dans l'érythème polymorphe, au *rouge sombre* ou à la *couleur jaune brun*, comme dans la syphilis. Elles peuvent être le siège de *stries opalines* qui contribuent à les caractériser dans le lichen de Wilson.

On peut y observer des *dépressions punctiformes* correspondant à des orifices glandulaires (lichen de Wilson).

Leur *consistance* est le plus souvent ferme, parfois dure.

Les *plis* de la surface cutanée, étudiés sur les papules par l'em-