

Le *diagnostic* des alopecies que nous venons de décrire repose sur les commémoratifs, qui révèlent l'existence d'un état général, et sur les caractères diffus des lésions (Voy. *Pelades*).

TRAITEMENT. — Dans tous les cas d'alopecie diffuse, il convient de remonter à la cause générale, à l'intoxication aiguë ou chronique qui en est la cause et de traiter le malade en conséquence.

Dans les cas où l'altération est consécutive à une pyrexie, il n'est pas prouvé qu'il y ait avantage à tenir les cheveux coupés court et encore moins à les raser, surtout chez les femmes, à qui cette pratique est à juste titre pénible. L'un de nous (H.) a pour règle de s'en abstenir, la chevelure repousse cependant d'une manière spontanée ou avec l'aide des moyens que nous allons indiquer.

La tête sera nettoyée tous les jours avec des solutions alcooliques de bichlorure ou de cyanure de mercure à un millième. Puis on fera des lotions excitantes, additionnées d'acide acétique et de teinture de cantharides. On emploiera par exemple la formule suivante :

Alcool à 60°.....	100 grammes.
Eau-de-vie camphrée.....	20 —
Alcoolat de romarin.....	10 —
Teinture de cantharides.....	10 —
Chlorhydrate de pilocarpine.....	0gr,50
Essence de santal.....	} à X gouttes.
Essence de fenouil.....	

Lorsque les cheveux et la peau sont secs, il convient de les graisser avec de l'huile d'amandes douces, ou de l'huile de ricin.

S'il existe de la séborrhée, l'emploi des lavages savonneux ainsi que du soufre, de l'huile de cade ou de l'huile de bouleau blanc, est indiqué (Voy. *Séborrhéides*) (L.) (1).

(1) Nous n'avons voulu comprendre parmi les maladies toxiques de la peau que celles dont l'origine toxique nous paraissait certaine. Il est du reste possible que parmi les dermatoses dont l'origine ne peut encore être déterminée quelques-unes soient de cause toxique (Voy. *Lichen plan*, *Lichen simplex chronique*, *Psoriasis*).

MALADIES NERVEUSES DE LA PEAU

MALADIES NERVEUSES DE LA PEAU EN GÉNÉRAL

Parmi les lésions cutanées et les dermatoses qui ont été considérées comme d'origine nerveuse, on peut admettre plusieurs groupes.

Les unes sont consécutives à des lésions matérielles portant sur les centres nerveux ou les filets nerveux périphériques : telles sont le *décubitus acutus* des hémiplegiques, le *glossy-skin* des paraplégiques, les troubles de la peau qui s'observent chez les sujets atteints de névrites alcooliques.

D'autres n'ont pu être rattachées jusqu'ici à des altérations appréciables des organes de l'innervation; nous citerons, en particulier, celles qui s'observent chez les hystériques.

Enfin, il existe une série de dermatoses dont l'origine nerveuse est appuyée sur des arguments multiples, sans être, pour certaines, complètement démontrée : nous les maintiendrons dans le groupe des dermatoses nerveuses.

Nous étudierons ainsi successivement :

A. Les dermatoses liées à des altérations déterminées du névraxe et des nerfs;

B. Les dermatoses liées à l'hystérie;

C. Diverses autres dermatoses, l'asphyxie locale, l'érythromélangie, la sclérodémie, le vitiligo, le zona, les tropho-névroses achromiques et lichénoïdes, les alopecies tropho-névrotiques, l'angio-névrose achromique dépilante, la tricotillomanie, la dermothlasie.

DERMATOSES LIÉES A DES ALTÉRATIONS DÉTERMINÉES DU NÉVRAXE ET DES NERFS

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Les lésions cutanées dues à l'altération des nerfs périphériques sont des plus nombreuses. On a observé l'œdème, la rougeur, des sueurs, l'abaissement thermique, l'hyperthermie, des pseudo-phlegmons (Hamilton et Couyba), l'épaississement et l'induration du derme, l'état ichtyosique, des troubles pigmentaires, des lésions pilaires et unguéales, des érythèmes, le syndrome du *glossy-skin*, de l'eczéma, des éruptions zostérisiformes, pemphigoïdes, des escarres, l'ecthyma, le furoncle(1).

Parmi les affections spinales, celle qui s'accompagne le plus

(1) V. BABINSKI, *Traité de méd. de CHARCOT et BOUCHARD*, t. VI.

fréquemment de lésions cutanées est la syringomyélie; mais on en observe également dans les myélites, surtout aiguës, dans la compression de la moelle, le tabès, etc...

Enfin, les lésions cérébrales graves, surtout l'hémorragie avec apoplexie, provoquent des lésions de la peau qui peuvent amener la mort (décubitus acutus).

De ces lésions, certaines sont dues à des troubles vaso-moteurs, mais un grand nombre sont rattachées par les auteurs classiques à la lésion de centres et de filets nerveux trophiques, distincts des nerfs vaso-moteurs; on explique ainsi une série d'altérations où les troubles de la circulation ne jouent ou ne paraissent jouer aucun rôle.

Cependant, comme l'a reconnu Leloir, l'existence des filets trophiques n'a pu être démontrée d'une manière directe.

La liste des altérations tropho-névrotiques de la peau a été extrêmement étendue. Nous en avons déjà étudié un grand nombre qui doivent, de l'avis de l'un de nous (L.), être classées dans les lésions traumatiques ou parasitaires, parce que leur cause *efficiente* est un traumatisme ou une action microbienne (1). Le rôle des troubles trophiques doit être compris, en général, ainsi qu'il suit: l'altération nerveuse diminue la résistance des tissus à des causes morbides pour lesquelles ils sont normalement invulnérables; en outre, les lésions que celles-ci déterminent prennent des caractères assez particuliers, une extension considérable, grâce aux troubles de nutrition qui les précèdent.

Une expérience intéressante de Jacquet (2) montre l'importance des causes traumatiques.

Il injecte de l'huile de croton dans les nerfs sciatiques d'un chien et provoque ainsi une névrite: un des deux membres postérieurs est enveloppé de ouate et par suite protégé contre tous les traumatismes externes; or, au bout de deux mois, il n'y a de lésions tégumentaires que du côté non protégé, quoique les lésions nerveuses soient égales des deux côtés.

Les érythèmes, les escarres que l'on observe dans les affections du système nerveux sont, d'après ces faits, des lésions d'origine mixte; en effet, ils se produisent uniquement au niveau des régions comprimées.

Le rôle du parasitisme est, d'autre part, aisément démontré par la banalité d'une partie des lésions qui se développent, au niveau des extrémités, dans le type Morvan de la syringomyélie. Les agents vulgaires de la suppuration interviennent dans leur production; mais l'extension qu'elles prennent, les destructions qu'elles produisent sont dues à la suppression de l'action normale du système nerveux sur les tissus.

(1) LEREDDE, *Le rôle du système nerveux dans les dermatoses* (Arch. gén. de méd., 1899).

(2) JACQUET, *Bull. de la Soc. de biologie*.

Il est de toute évidence que les furoncles et l'ecthyma qu'on observe à la suite des névrites reconnaissent une pathogénie analogue, et il en est très probablement de même pour l'eczéma, qui est du reste très rare en pareils cas. Il est enfin possible qu'une partie des éruptions pemphigoïdes (*pemphigus tropho-névrotiques*) qui se produisent consécutivement à des lésions nerveuses soient d'origine parasitaire et doivent être rapprochées de l'affection que nous avons décrite sous le nom de phlycténose streptogène (p. 366) (L.).

En résumé, le nombre des affections cutanées que l'on peut qualifier de purement tropho-névrotiques est assez restreint.

SYMPTÔMES. — Des troubles vaso-moteurs se rencontrent dans un grand nombre d'affections nerveuses sous la forme d'œdèmes, de cyanose, d'asphyxie locale, d'érythèmes (Voy. ces articles).

Nous n'insisterons pas sur les *altérations pilaires*; l'hypertrichose est rare; en général, il s'agit d'atrophies qui peuvent aller jusqu'à l'alopécie; nous reviendrons plus loin sur les *altérations unguéales* dont l'origine peut être complexe.

Suivant l'un de nous (H.) (1), les lésions des nerfs cutanés peuvent donner lieu à une dermatose caractérisée exclusivement par une inflammation *bulleuse* de la peau.

L'éruption s'est développée autour d'un vésicatoire du bras entretenu depuis longtemps et en grande partie cicatrisé; elle a continué à se produire pendant plusieurs mois après la cicatrisation complète; elle était constituée par des bulles remplies d'un liquide citrin, purulent ou hémorragique, reposant sur une base rouge et indurée; l'éruption, disposée autour de la cicatrice du vésicatoire, lui était manifestement subordonnée; plus tard, elle s'est étendue de haut en bas; on a eu la preuve qu'il s'agissait bien réellement d'une éruption tropho-névrotique dans ce fait que, pendant son cours, la peau de l'avant-bras s'est tuméfiée et est devenue érythémateuse dans la sphère d'innervation du nerf cubital jusqu'à l'extrémité du petit doigt; il n'y a eu d'autre trouble de la sensibilité qu'une sensation de cuisson au niveau des bulles.

Les éruptions zostéroïdes peuvent simuler exactement le zona. On en a observées, en particulier, dans le tabès. Dans certaines lésions de la moelle, elles sont bilatérales.

Rappelons que, chez les tabétiques, on observe parfois des hémorragies cutanées, sous forme de taches purpuriques, d'ecchymoses (Straus, Faisans).

Les *pseudo-phlegmons* sont des tuméfactions de la peau, d'abord molles, puis résistantes et rouges; il ne s'y forme pas de pus, et les lésions disparaissent rapidement sans laisser de traces; elles peuvent se reproduire au point où elles se sont manifestées.

(1) HALLOPEAU, *Sur une dermatite bulleuse du bras survenue sous l'influence d'un vésicatoire permanent* (S. F. D., 1893).

L'épaississement, l'induration de la peau consécutifs à des lésions des nerfs périphériques peuvent, dans une certaine mesure, se rapprocher de la sclérodémie.

Glossy-skin. — Sous le nom de glossy-skin, on décrit un amincissement avec rougeur de la peau. Celle-ci est tendue; sa surface est lisse, paraît vernissée; les poils tombent. Ces lésions sont douloureuses; elles peuvent se compliquer d'ulcérations linéaires, dues à l'éclatement des tissus.

L'état *ichtyosique* qu'on a signalé à la suite des lésions nerveuses rappelle de très près l'ichtyose vraie; il s'accompagne d'une desquamation assez intense.

Les troubles pigmentaires sont assez communs: il s'agit, tantôt de pigmentation, tantôt de dépigmentation.

Décubitus acutus. — A la suite d'attaques d'apoplexie, et en particulier quand elles sont dues à l'hémorragie cérébrale, on peut observer, au bout de peu de jours, une tache érythémateuse arrondie, qui occupe une région saillante des tissus, exposée à la pression; presque toujours, il s'agit de la fesse du côté paralysé. Rapidement, surviennent des bulles, petites, puis volumineuses; l'érythème s'assombrit; il devient violacé; les bulles se rompent, en laissant des ulcérations à nu; puis, les lésions prennent, parfois en quelques heures (Charcot), une couleur noire. L'escarre s'élimine assez rapidement; tout autour, les tissus sont tuméfiés, bleuâtres. Quand elle est tombée, les os sont à nu; ils se nécrosent; la cavité rachidienne peut être ouverte; l'infection générale ou une méningite se déclare et emporte le malade.

Chez les hémiplegiques de date ancienne, les escarres occupent surtout la ligne médiane, au niveau de la région sacrée; elles se limitent parfois, lorsque le traitement en est fait avec les soins nécessaires (L.).

LÉSIONS DE LA PEAU LIÉES A L'HYSTÉRIE

La plupart des processus morbides peuvent être mis en jeu dans la peau par cette grande névrose.

Les affections qui en résultent ont pour caractères communs de débiter soudainement, parfois sous l'influence, soit d'un choc moral, soit d'un traumatisme, soit d'une simple pression, soit d'une application irritante telle qu'un vésicatoire. Elles sont presque constamment associées à d'autres manifestations de la maladie. Leurs localisations sont des plus variables: elles peuvent être limitées à un membre, à une moitié du corps, intéresser simultanément des régions symétriques ou être disséminées sans ordre.

On compte parmi elles: l'*asphyxie locale des extrémités*, l'*érythromélagie*, le *dermographisme*, le *purpura*, des *érythèmes*, l'*œdème*

bleu, des *éruptions bulleuses*, des *gangrènes multiples* (1), des *éruptions vésiculeuses suivies d'ulcérations et parfois d'escarres*.

Des articles spéciaux sont consacrés aux différentes dermatoses que nous venons d'énumérer; nous insisterons seulement sur les *œdèmes* et les *gangrènes*, en raison des caractères particuliers que peuvent présenter ces altérations lorsqu'elles se développent sous l'influence de cette maladie.

L'*œdème* peut y offrir les mêmes caractères que dans les maladies de l'appareil circulatoire. Il y est cependant remarquable par la soudaineté avec laquelle il peut se modifier et s'effacer, ainsi que par ses localisations régionales, souvent asymétriques.

L'*œdème bleu*, décrit par Charcot, est, au contraire, spécial à l'hystérie (2). Habituellement unilatéral, il siège, le plus souvent, aux membres supérieurs; la peau peut y être notablement indurée; la température locale est tantôt surélevée, parfois, comme l'a vu Boix, de 10°, tantôt abaissée; les téguments y présentent une teinte cyanique prononcée et tout à fait caractéristique. Cet œdème est sujet à des alternatives quotidiennes d'augmentation et de régression; il coïncide avec d'autres manifestations hystériques, particulièrement avec des anesthésies, des analgésies et divers troubles trophiques: c'est ainsi que l'un de nous et Constensoux l'ont observé concurremment avec des ulcérations à progression excentrique (3).

Il peut s'accompagner de sensations, de fourmillements et d'engourdissements ou de véritables douleurs; sa durée varie de quelques jours à plusieurs années: il disparaît soudainement, comme il est venu, parfois à l'occasion d'attaques convulsives.

Les *gangrènes hystériques* ont été fréquemment signalées: Rasch en a trouvé plus de 30 observations dans la littérature médicale (4).

Suivant les altérations auxquelles elles ont été associées ou qui ont pu en être le point de départ, on les a dénommées *érythémateuses*, *vésiculeuses*, *bulleuses*, *pemphigoïdes*, *urticariennes*, *purpuriques*; certaines sont dues aux traumatismes volontaires: on en a pour preuve, dans nombre d'observations, la découverte de la supercherie; le siège le plus habituel de ces altérations à la partie antérieure du membre supérieur gauche est également en faveur de cette étiologie. On ne peut dire, cependant, qu'il en soit ainsi dans la totalité des cas, et Rasch insiste, à juste titre, sur la facilité avec laquelle, chez les hystériques, des lésions banales de la peau aboutissent à la gangrène, sous l'influence des troubles de l'innervation vaso-motrice ou tro-

(1) KAPOSI, *Zoster gangraenosus atypicus* (Centralblatt für klinische Medizin, 1890).

(2) GILLES DE LA TOURETTE et DUTIL, *Nouvelle iconographie*, 1889. — Boix, *ead. loc.*, 1891.

(3) H. HALLOPEAU et CONSTENSOUX, *Sur un cas d'ulcérations tropho-névrotiques liées à un œdème bleu chez un hystérique* (S. F. D., 1899).

(4) RASCH, *Ueber hysterische Hautaffectionen* (Monatsh. für Dermat., 1899).

phique qui existent à un si haut degré chez ces sujets. Il est possible aussi que ces troubles vasculaires favorisent le développement de colonies microbiennes, génératrices de toxines qui amènent la gangrène (1).

Étant donné que ces gangrènes des hystériques sont le plus souvent provoquées volontairement, on ne peut s'étonner qu'elles se renouvellent incessamment pendant plusieurs années.

Comme manifestations cutanées de l'hystérie, nous devons encore signaler les *stigmata* qui se sont plusieurs fois formés, chez les extatiques, dans les paumes des mains et sur le dos des pieds, dans les parties correspondantes aux clous de la croix; ils ont été positivement constatés par des observateurs impartiaux.

ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS (SYNDROME DE RAYNAUD)

On décrit, sous ce nom, l'ensemble de symptômes auquel donne lieu la contraction persistante des artérioles de ces régions; elle a pour conséquences immédiates la stase plus ou moins complète du sang dans les capillaires et les veinules: nous verrons qu'elle reconnaît, pour cause prochaine, une excitation des vaso-constricteurs: si nous disons *syndrome* et non *maladie de Raynaud*, du nom du médecin qui l'a le premier décrite, c'est qu'il s'agit d'un trouble qui peut survenir dans des conditions très diverses et varier d'autant dans sa marche (2).

CARACTÈRES CLINIQUES. — En provoquant la stase locale, la contraction des artérioles donne lieu à des troubles dans la circulation capillaire et, par suite, dans la coloration, la température, la sensibilité et la nutrition de la peau. Les parties sous-jacentes peuvent être simultanément intéressées. Le syndrome s'observe surtout symétriquement aux doigts et aux orteils; les oreilles, et très exceptionnellement le lobule du nez, peuvent aussi en être le siège.

Les troubles fonctionnels varient, suivant que l'obstacle circulaire est plus ou moins complet.

Dans l'asphyxie locale proprement dite, la contraction est limitée aux artérioles; les veines se laissent distendre par le sang qu'elles contiennent, mais ce sang, devenu stagnant, se surcharge d'acide carbonique: il en résulte une couleur violacée des parties malades. Si l'on vient à y tracer une rainure avec l'ongle, la ligne blanche qui en résulte persiste plus longtemps que chez un sujet sain, sans doute parce que les parois vasculaires sont alors plus excitables qu'à l'état physiologique.

(1) J. RENAUT, *Médecine moderne*, 1890.

(2) MAURICE RAYMOND, *Sur l'asphyxie locale et de la gangrène symétrique des extrémités*. Paris, 1862.

Cette couleur violacée peut s'étendre à l'ongle. Elle survient, le plus souvent, par accès d'une durée plus ou moins longue; elle peut persister sans interruption pendant plusieurs semaines; plus souvent, elle ne se prolonge que pendant quelques heures ou quelques jours. Son intensité est plus ou moins considérable: il en résulte que la couleur des parties atteintes varie du blanc bleuâtre au violet livide et même presque au noir.

La stase veineuse peut se propager à une hauteur plus ou moins considérable. M. Raynaud l'a vue, au membre supérieur, remonter jusqu'au deltoïde; assez souvent, elle se traduit par des marbrures tout à fait comparables, comme l'a bien montré cet auteur, à celles qui se produisent, à la longue, sur les jambes et les cuisses des personnes qui font usage de chaufferettes.

Lorsque l'accès se termine, les parties violacées rougissent, en même temps qu'elles deviennent le siège de sensations pénibles analogues à celles de l'onglée; la coloration rouge-vermeil, qui remplace momentanément la cyanose, se manifeste d'abord sous forme de taches qui, bientôt, s'étendent et se réunissent.

A un degré plus avancé, que Maurice Raynaud a appelé *syncope locale*, les parties deviennent complètement exsangues: c'est que le spasme des artérioles oblitère complètement la lumière de ces vaisseaux, en même temps que les veines se vident du sang qu'elles contenaient; il en résulte un aspect comparable à celui de l'état que l'on appelle le *doigt mort* et qui se produit chez des sujets sains sous l'influence du froid.

La décoloration des parties est alors complète; elle s'accompagne d'une perte totale de la sensibilité et d'une parésie des mouvements; les phalanges ne peuvent être que partiellement fléchies; la température locale s'abaisse; quelquefois, il se produit des sueurs locales. Comme dans la forme précédente, le rétablissement de la circulation locale donne lieu à des sensations douloureuses, souvent très pénibles.

L'asphyxie locale peut s'accompagner d'un certain degré de tuméfaction liée à la stase du sang dans les capillaires et les veinules.

L'affection, comme l'a bien montré Legroux, coïncide assez souvent avec des engelures (1).

: Lorsque cet état se prolonge, il tend à se compliquer de troubles trophiques.

Ce sont d'abord des exsudats bulleux, phlycténoïdes; le liquide est séreux ou séro-purulent: ces éruptions se produisent surtout aux extrémités digitales.

Le plus souvent, ces phlyctènes se rompent: le derme se trouve alors mis à nu; il se mortifie partiellement dans une petite partie de

(1) LEGROUX, *Asphyxie locale des extrémités, ses rapports avec les engelures* (S. F. D., 1892, p. 73).

son étendue et, lorsque l'escarre ainsi produite s'est éliminée, il se forme une petite cicatrice décolorée, légèrement déprimée et indurée : on peut voir ces altérations occuper, en nombre multiple, la plupart des extrémités des doigts et des orteils.

Sous leur influence, ou par le seul fait du trouble que l'asphyxie locale amène dans la nutrition, l'aspect et la forme des doigts se modifient : ils s'effilent à leur extrémité, prennent une forme conique ; la peau semble s'atrophier ; elle adhère plus intimement aux parties sous-jacentes ; elle devient luisante, comme parcheminée ; à la suite des accès, il peut se produire de la desquamation.

Ainsi que l'a fait remarquer Maurice Raynaud, les phlyctènes, surtout celles des pieds, peuvent ne pas se rompre : leur liquide se résorbe alors peu à peu ; l'épiderme soulevé brunit ; lorsqu'il s'exfolie, on voit que les papilles ont été plus ou moins intéressées par une mortification superficielle.

Il n'est pas rare de voir les ongles tomber : parfois, ils se détachent tous les uns après les autres.

Au lieu des petites gangrènes superficielles et localisées dont nous venons de parler, il peut se produire des mortifications beaucoup plus étendues et qui, au premier abord, semblent massives : elles sont annoncées par des sensations pénibles, d'abord d'engourdissement et de fourmillements, puis de douleurs qui peuvent atteindre une grande intensité et arracher au malade des plaintes incessantes. En pareils cas, les phlyctènes font défaut : on voit une ou plusieurs phalanges devenir noires en même temps qu'elles se refroidissent et se ratatinent ; au bout de quinze jours environ, il se fait un travail d'élimination ; un cercle inflammatoire se développe sur les limites de l'escarre, une suppuration s'établit, la partie sphacélée se détache peu à peu, et l'on peut s'assurer alors qu'elle n'occupe que la partie superficielle du derme : le plus souvent, le corps papillaire est conservé (M. Raynaud).

La gangrène peut cependant être plus profonde et amener la chute partielle ou totale d'une ou de plusieurs phalanges.

M. Raynaud a remarqué que les ongles cessent de s'accroître pendant toute la période d'asphyxie qui accompagne la mortification, comme il est de règle d'ailleurs pour toutes les maladies, générales ou locales, qui troublent passagèrement la nutrition de ces organes : une dépression transverse indique cet arrêt de nutrition.

Pendant toute la période de mortification, les parties atteintes restent nécessairement algides ; leur température peut s'abaisser à 15°. Par contre, ainsi que le fait remarquer Broca, la température s'élève dans les parties sus-jacentes du membre, sans doute sous l'influence de la réaction inflammatoire.

Ces altérations se manifestent surtout au niveau des extrémités des doigts et des orteils. Ehrmann a constaté que, dans les cas où elles

sont subordonnées à une névrite, elles se limitent à la sphère de distribution du nerf intéressé et coïncident avec des amyotrophies (1). Elles peuvent intéresser le lobule du nez et les conques auriculaires : il ne se produit pas, dans ces régions, d'escarres profondes, mais il peut survenir des pertes de substance superficielles, indiquant un processus nécrosique circonscrit. Chez un malade observé par l'un de nous (H.), les pertes de substance étaient limitées aux rebords des pavillons auriculaires ; ils étaient recouverts de cicatrices ; ils présentaient, vers le milieu de leur hauteur, une profonde concavité en forme de parabole ; au moment de notre examen, cette concavité était le siège, de chaque côté, d'une croûte noirâtre recouvrant une ulcération du diamètre d'une pièce de dix centimes. Elle s'était développée durant l'hiver et persistait encore en juin.

Ces altérations se produisent généralement sans troubles notables de la santé générale ; il peut survenir cependant une réaction fébrile, ordinairement peu intense, au moment où se fait le travail d'élimination. M. Raynaud a vu l'artère centrale de la rétine se contracter au moment d'un accès. Il a aussi noté des troubles dans la contraction d'autres troncs artériels ; ils sont très exceptionnels.

Dans trois observations d'Osler (2), le syndrome s'est manifesté concurremment avec des troubles dans l'innervation encéphalique, accès épileptiforme, aphasie passagère, pertes de connaissance, qu'il a rapportés à des contractures artérielles.

L'œdème qui accompagne ce syndrome peut prendre des proportions considérables et aboutir à la production d'un éléphantiasis.

Le syndrome de Raynaud se renouvelle le plus souvent plusieurs fois, avec une intensité variable, chez les mêmes sujets : il a surtout tendance à se reproduire durant la saison froide, mais il n'y a là rien d'exclusif.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — L'ensemble des phénomènes que nous venons d'énumérer peut s'expliquer par une contraction prolongée des artérioles amenant l'effacement de leur cavité et, par suite, l'arrêt de l'afflux sanguin dans les parties affectées ; si les veines restent perméables, le sang s'y accumule et reflue dans les capillaires en prenant une coloration asphyxique ; il peut s'y joindre un certain degré d'œdème interstitiel, d'où le gonflement, habituellement léger, qui accompagne souvent l'asphyxie locale. L'aspect est le même lorsque la contraction des artérioles n'en efface qu'incomplètement le calibre : le cours du sang est alors ralenti, mais non aboli dans les capillaires et les veinules. D'autres fois, au contraire, en même temps que l'obstacle à l'afflux sanguin est complet, les veinules se contractent, le reflux du sang veineux dans les capillaires devient

(1) EHRMANN, *Arch. für Dermat.*, 1896.

(2) OSLER, *Die cerebralen Komplikationen der Raynaudschen Erkrankung* (*Americ. Journ. of the med. Sciences*, novembre 1896).

impossible : il en résulte un aspect absolument exsangue de la région ; si cet état persiste, les parties ne reçoivent plus les matériaux nécessaires à leur nutrition : elles se mortifient.

Cet état de contraction anormal et prolongé des artérioles ne peut s'expliquer que par une excitation des vaso-constricteurs : leur apparition dans les quatre extrémités des membres, ainsi que parfois au lobule du nez et aux oreilles, a été invoquée en faveur d'un trouble dans les centres d'innervation du grand sympathique, de la moelle ou du bulbe ; il est possible cependant, ainsi que l'a dit Vulpian, que la distribution symétrique des phénomènes soit due à une prédisposition locale des parties de l'organisme où ils se manifestent : cette prédisposition locale peut consister en une réaction trop vive des téguments des extrémités sous l'influence du froid ou d'autres causes d'excitation, ou encore en une exagération de l'activité réflexe des centres ganglionnaires ou axiles. Peut-être ces diverses hypothèses sont-elles susceptibles de se réaliser ?

ÉTILOGIE. — Le syndrome de Raynaud s'observe dans des conditions très diverses ; il faut admettre, en premier lieu, une prédisposition ; c'est ainsi que l'on rencontre plus fréquemment le phénomène chez les jeunes femmes névropathiques ; certaines d'entre elles, mais non toutes, sont hystériques ; cependant, ni le sexe masculin, ni l'âge mur, ni même la vieillesse n'en sont exempts ; l'un de nous (H.) a vu le syndrome se produire avec persistance chez un vieillard atteint d'acrodermatite continue suppurative ; Féré l'a signalé dans l'épilepsie, Erb chez des tabétiques, dans la myélite chronique, dans les névrites périphériques ; Fuchs dans la sclérodactylie ; nous en avons nous-même observé des cas chez des tuberculeux, dans la lèpre, dans la commotion spinale ; Elsenberg l'a vu survenir sous l'influence de syphilomes des artères des mains (1), Ritti dans la folie circulaire, etc.

Ces faits établissent bien, ainsi que nous l'avons indiqué déjà, que l'état morbide décrit par Maurice Raynaud constitue, non une maladie, mais un syndrome qui peut survenir dans les conditions les plus diverses.

DIAGNOSTIC. — Il n'offre aucune difficulté, car il n'est pas d'autre affection dans laquelle on observe simultanément une teinte cyanique ou une décoloration complète des extrémités avec leur refroidissement et la perte de leur sensibilité.

Dans la *sclérodactylie*, les lésions sont plus profondes ; toute l'épaisseur des extrémités souffre alors dans sa nutrition ; on doit savoir cependant que l'asphyxie locale peut coïncider avec cet état morbide. Les *engelures* diffèrent du syndrome de Raynaud par leur localisation, la tuméfaction et la coloration d'un rouge plus vif des parties ; nous avons vu que la prédisposition à ces deux états mor-

(1) ELSENBERG, A. F. D., 1892.

bides peut coexister chez le même sujet. Pour ce qui est du *myxœdème*, la généralisation de la tuméfaction tégumentaire suffit à éviter une erreur.

PRONOSTIC. — Il est moins grave que ne pourrait le faire supposer au premier abord la dénomination de gangrène symétrique, et, malgré l'aspect des parties malades pendant la période d'état, les pertes de substance sont, dans la grande majorité des cas, peu considérables et hors de proportions avec l'impression que produisent l'intensité et l'étendue de la coloration asphyxique.

On ne doit pas méconnaître cependant ce que cet état morbide a de pénible en raison des douleurs, souvent très vives, qui l'accompagnent, de l'incapacité de travail qui en résulte, des soins qu'il nécessite et de ses récurrences fréquentes.

TRAITEMENT. — On ne peut malheureusement pas s'adresser scientifiquement à l'indication causale : on ignore, en effet, la nature de la prédisposition en raison de laquelle les accidents se produisent et l'on est sans action sur elle ; la médication ne peut être que purement symptomatique.

Contre le spasme vasculaire, on peut recourir aux excitations tégumentaires par diverses substances, telles que l'alcoolat de térébenthine, les frictions sèches, peut-être les courants induits ; l'algidité sera combattue par l'enveloppement avec de l'ouate ; les médicaments susceptibles de diminuer l'activité des réflexes vaso-moteurs que nous avons vu jouer le rôle essentiel dans la genèse des accidents sont encore indiqués : tels sont la belladone, les bromures et la trinitrine.

Quand l'escarre s'est développée, il y a lieu de recourir aux applications antiseptiques.

On peut lutter contre la douleur, soit par l'application locale de liniments laudanisés, soit par des injections de morphine.

ÉRYTHROMÉLALGIE

Synon. *Maladie de Weir Mitchell*.

Cet état morbide peut être considéré comme l'inverse du précédent avec lequel il peut coïncider (Morel-Lavallée) : il consiste, en effet, non plus en des phénomènes d'anémie locale liés à une excitation des vaso-constricteurs, mais bien en des accès d'hypérémie liés à une dilatation vasculaire ; les deux dénominations sous lesquelles il est désigné sont également impropres : celle d'*érythromélgie* implique une importance exagérée au phénomène douleur qui reste d'ordinaire sur le second plan et est susceptible de faire défaut ; il en est ainsi lorsque les troubles vaso-dilatateurs se localisent aux oreilles et aux mains ; celle de *maladie de Weir Mitchell* n'est pas justifiée, car ce syndrome a été signalé pour la première fois par Duchenne (de Boulogne), et l'on n'est par conséquent pas en droit de lui donner le nom de

l'auteur anglais qui l'a décrit ultérieurement. Comme l'asphyxie locale, cette dermatose vasculaire siège exclusivement aux extrémités et aux oreilles : on peut cependant en rapprocher la rougeur des pommettes qui survient presque physiologiquement après les repas, chez certains sujets, et aussi la rougeur réflexe de la même région au début de la pneumonie; mais nous laisserons de côté ces faits pour nous occuper exclusivement des troubles purement angio-névrotiques.

SYMPTÔMES. — Ils varient suivant que le syndrome est plus ou moins accentué.

Il est habituellement plus localisé que l'asphyxie locale : c'est ainsi qu'il peut rester limité, non seulement à un pied, mais aussi à un orteil; il intéresse souvent l'une des oreilles, mais sans attirer l'attention du médecin, car il est, en pareil cas, tout à fait indolore et revient par accès de courte durée. A un léger degré, il est constitué exclusivement par une rougeur vive, avec chaleur, d'une région circonscrite : on a vu le thermomètre appliqué sur la partie ainsi affectée monter à 2 ou 3 degrés plus haut que sur les parties symétriques non intéressées.

A un degré plus intense, la rougeur prend une apparence phlegmo-neuse; elle s'accompagne d'une notable tuméfaction : il semble qu'il se soit développé un œdème aigu et congestif du tégument. Quand l'altération occupe les orteils, la situation déclive du membre, et surtout la marche, aggravent les accidents; certains malades sont obligés de s'arrêter dans la rue pour attendre la fin du paroxysme; si l'on examine alors la partie malade, on la trouve d'un rouge vif tout à fait différent de la teinte cyanique propre à l'asphyxie cutanée; les veines voisines sont dilatées, les artères battent plus violemment; les malades accusent, dans ces parties, une pénible sensation de chaleur qui peut s'accompagner de fourmillements et même de douleurs déchirantes lorsque les choses sont poussées à l'excès; les phénomènes se reproduisent pour ainsi dire à coup sûr chaque fois que le malade met le pied à terre, de telle sorte que la marche devient pour ainsi dire impossible : l'on voit de ces sujets ne progresser qu'avec des béquilles pour éviter ces accès pénibles ou même marcher à genoux.

Nous avons vu que les sensations douloureuses font complètement défaut lorsque les troubles vaso-moteurs se produisent aux mains et aux oreilles (1); dans ce dernier cas, ils peuvent coïncider avec des sensations vertigineuses, des bourdonnements d'oreilles et des troubles visuels : mais c'est là une rare exception.

Les accidents reviennent, par accès, sans cause déterminée et à intervalles plus ou moins éloignés : les cas dans lesquels ils sont fatalement provoqués par la station debout doivent être considérés comme

(1) MOREL LAVALLÉE, *Cas d'érythromélagie* (S. F. D., 1891, p. 354).

très rares. D'habitude, l'affection offre les caractères d'une névrose dont les accès se reproduisent sans aucune règle appréciable et sans cause occasionnelle apparente.

La durée de ces accès est ordinairement très courte : rarement elle atteint ou dépasse une heure.

La maladie ne s'accompagne généralement pas de troubles trophiques; cependant, Morel-Lavallée a pu lui rattacher une altération des ongles caractérisée par des dépressions transversales, des stries verticales, un aspect dépoli ou un état mamelonné avec incurvation.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Les phénomènes que nous venons d'énumérer ne peuvent s'expliquer que par une dilatation vasculaire permettant l'afflux du sang en quantité exagérée dans les capillaires de la région intéressée.

Le retour par accès dans l'intervalle desquels il n'y a pas trace de phénomènes morbides ne peut laisser de doute relativement à leur nature tropho-névrotique; or, deux ordres de troubles nerveux peuvent amener ainsi une vaso-dilatation locale : ce sont, d'une part, une paralysie des vaso-constricteurs, d'autre part, une excitation des vaso-dilatateurs. Cette dernière explication nous paraît de beaucoup la plus vraisemblable : le mode d'apparition soudain de ces accès chez des individus d'ailleurs parfaitement sains et l'acuité de leur marche ne s'expliquent pas dans l'hypothèse d'une paralysie; au contraire, celle d'une excitation passagère des vaso-dilatateurs est d'accord avec ce que l'on observe dans d'autres névroses par excitation, telles que les hyperidroses locales.

En raison de la circonscription des troubles morbides à une région limitée, on doit admettre avec vraisemblance une excitabilité anormale des centres ganglionnaires périphériques plutôt qu'une altération spinale ou bulbaire.

ÉTILOGIE. — Le phénomène s'observe surtout dans l'adolescence et la jeunesse, mais il n'y a là rien d'absolu, car nous avons vu ce syndrome continuer à se produire souvent, par accès, chez des sujets avancés en âge : il nous a paru d'une fréquence égale dans les deux sexes.

Il survient sans cause appréciable; nous l'avons observé chez des sujets qui n'étaient nullement névropathes : par contre, il nous a paru coïncider fréquemment avec la migraine.

Nous avons vu que, chez certains sujets, la marche provoque le retour des accès; on a accusé aussi le simple contact du drap; mais c'est loin d'être la règle.

DIAGNOSTIC. — Les symptômes de l'érythromélagie sont tellement typiques qu'ils ne peuvent guère prêter à la confusion avec une autre maladie : tout au plus, en cas de localisation à l'un des orteils, pourrait-on, par un examen trop superficiel, penser à un accès de goutte, mais la nature des douleurs et la durée de l'accès, beaucoup