

La sclérodémie se développe le plus souvent chez des sujets présentant des antécédents nerveux plus ou moins accusés : migraines, manifestations hystériques d'intensité très variable, tendances vésaniques parfois très nettes, dont la maladie exagère encore les manifestations sous forme de délire des persécutions, de mélancolie, etc. ; l'épilepsie est parfois signalée chez les sclérodermiques. En outre, on peut voir coïncider avec cette affection cutanée des signes de lésions organiques des centres nerveux, tabes, syringomyélie, sclérose des cordons latéraux, atrophie des cornes antérieures, hémiatrophie faciale progressive. Ces faits ont conduit à attribuer à la sclérodémie une origine nerveuse, hypothèse que nous discuterons en étudiant la pathogénie de cette affection.

Dans ces dernières années, une notion nouvelle s'est fait jour : on a rapporté un certain nombre de cas de sclérodémie coexistant avec des altérations du corps thyroïde : atrophie thyroïdienne se traduisant ou non par des symptômes accusés de myxœdème, goitre simple ou goitre exophtalmique. Quelque dissemblables que ces deux affections soient en apparence, elles s'accompagnent de troubles de la fonction thyroïdienne, d'insuffisance de ses sécrétions, et on comprendrait qu'elles puissent provoquer une transformation scléreuse dans le tégument, de même qu'elles y produisent les altérations caractéristiques du myxœdème ; on pourrait même se demander si les affections du système nerveux, qui se rencontrent fréquemment chez les sclérodermiques, ne pourraient pas provoquer la lésion cutanée par l'intermédiaire du corps thyroïde sur la nutrition et les fonctions duquel le système nerveux a une si grande influence. Quoique des faits relativement nombreux ceux de von Leube, Kahler, Jeanselme, Grünfeld, Raymond, Singer, Eichhorst, etc. aient été publiés, dans lesquels coïncidaient la sclérodémie et des lésions du corps thyroïde, il est encore impossible d'établir une relation précise de causalité entre les deux affections et d'en déduire la pathogénie de la sclérodémie.

Des traumatismes ont parfois déterminé, non la sclérodémie, mais sa localisation en un point des téguments.

*Pathogénie.* — Le mécanisme instrumental, qui préside à la production des lésions sclérodermiques, a été diversement apprécié ; les théories mises en avant se sont inspirées des idées courantes en pathologie générale depuis la découverte de la sclérodémie.

Après la période où elle a été rapportée vaguement au rhumatisme, ce qui laissait de côté toute interprétation pathogénique, la sclérodémie, dans ses diverses formes, a été mise sur le compte d'une altération fonctionnelle ou de lésions matérielles du système nerveux. Il n'en pouvait être autrement, à une époque où le système nerveux paraissait expliquer toute la pathologie et où les troubles vaso-moteurs étaient invoqués pour rendre compte de tant de lésions et de symptômes.

La défaveur qui a succédé à l'enthousiasme excessif pour les théories vaso-

motrices a provoqué une réaction, qui n'est peut-être pas moins excessive ; l'origine nerveuse de la sclérodémie est battue en brèche par de nombreux arguments et, bien que cette affection porte plus que beaucoup d'autres le cachet nerveux, on cherche à la rattacher à une origine infectieuse et à lui dénier toute relation avec une altération du système nerveux.

Les arguments en faveur de son origine nerveuse sont des plus variés, mais de valeur très inégale : on a invoqué son développement chez des sujets à système nerveux manifestement taré, sa coïncidence avec des troubles nerveux accusés, arguments manifestement insuffisants. On a invoqué également le début d'une de ses formes les plus remarquables, la sclérodactylie, par des accidents de syncope et d'asphyxie locale que des raisons multiples autorisent à regarder comme des troubles vaso-moteurs ; cet argument aurait plus de valeur si on ne voyait les mêmes accidents acro-asphyxiques se produire à la suite de maladies infectieuses diverses, dans des conditions où l'intervention des vaso-moteurs ne paraît nullement nécessaire : depuis que la syringomyélie a été dégagée du chaos des troubles trophiques des extrémités, il a cependant pris une importance réelle et la ressemblance des lésions cutanées de certains cas de syringomyélie avec celles de la sclérodémie des extrémités prouve tout au moins que l'origine nerveuse de cette dernière n'a rien d'invraisemblable.

Les lésions du système nerveux constatées à l'autopsie des sclérodermiques ont été également citées à l'appui de la théorie nerveuse. Il faut reconnaître qu'elles sont loin d'être constantes et surtout que, lorsqu'elles existent, elles n'ont pas une valeur certaine. Les altérations des nerfs périphériques, au niveau des tissus sclérodermiques, sont secondaires aux lésions dermiques et dues à leur propagation de proche en proche ; les lésions de la moelle sont inconstantes et variables, mal définies ; celles du grand sympathique ne sont pas soupçonnées.

La distribution des lésions sclérodermiques a été également invoquée à l'appui de leur origine nerveuse. La symétrie des symptômes de la sclérodémie généralisée et de la sclérodactylie cadre bien avec cette théorie, mais elle peut s'expliquer aussi par la similitude de structure et de réaction des régions symétriques. Bien plus importante est la topographie des lésions de la sclérodémie en plaques et en bandes : sans systématisation apparente dans certains cas, elle affecte souvent avec les zones d'innervation de la peau des relations trop étroites et trop apparentes pour ne pas forcer l'attention : j'ai montré que, contrairement aux assertions des auteurs, cette topographie correspond non pas aux territoires de distribution cutanée des nerfs périphériques, mais aux zones dites métamériques, qui sont la projection sur le tégument des expansions nerveuses issues d'un même segment médullaire. La constance même de cette distribution métamérique doit faire rechercher dans la moelle l'origine de faits de sclérodermies qui y répondent. De là à conclure que toutes les sclérodermies ont leur point de départ, leur cause anatomique ou fonctionnelle dans la moelle, il n'y a qu'un pas, et, de fait, tant que le groupe des sclérodermies ne sera pas dissocié en une série d'états morbides

correspondant à chacune de ses formes anatomo-topographiques ou cliniques, il ne sera pas possible de contester la valeur de l'argument tiré de la disposition des plaques de sclérodémie, et de nier formellement l'origine nerveuse de la maladie dans son ensemble.

A défaut d'une lésion anatomique constante, ou même fréquente, des centres nerveux, la cause organique de la sclérodémie a été cherchée dans des lésions de l'appareil circulatoire, dans une altération des petits vaisseaux du derme se propageant par continuité à la trame fibro-conjonctive; la sclérodémie devenait ainsi un cas particulier, une localisation spéciale et des plus remarquables des scléroses périvasculaires qui jouent un si grand rôle dans la pathologie viscérale. Cette théorie vasculaire n'est pas, en principe, en contradiction avec la théorie nerveuse : des expériences, celles de Mathieu et Gley en particulier, ont en effet démontré que des lésions des nerfs peuvent entraîner des altérations des vaisseaux dans les segments correspondants des membres; on conçoit donc que la lésion nerveuse causale agisse par l'intermédiaire d'une altération vasculaire. Complétant ou non la théorie nerveuse de la sclérodémie, la doctrine qui fait de cette maladie la propagation directe d'une lésion vasculaire a à son actif des autopsies dans lesquelles l'artérite était manifeste, non seulement au niveau de la peau mais encore dans les différents viscères. On peut, par contre, lui opposer des examens histologiques comme ceux de Unna, de Marianelli et de Darier dans lesquels la sclérose dermique était très prononcée et l'artérite à peine marquée ou totalement absente; elle est d'ailleurs en contradiction avec l'opinion soutenue par Brault, d'après laquelle les scléroses viscérales ne sont pas en connexion directe avec les lésions viscérales qui semblent les commander, mais sont produites par une cause, toxique ou autre, laquelle peut agir simultanément ou isolément, ou à des degrés différents sur les parois vasculaires et sur les tissus périvasculaires.

A défaut d'une preuve directe de la théorie nerveuse de la sclérodémie et de lésions vasculaires constantes et suffisantes, quelques auteurs cherchent dans l'action directe sur la peau d'agents infectieux ou de produits toxiques l'origine de cette affection; Leredde et Thomas se rattachent à cette théorie qui fait de la dermatosclérose une lésion spécifique, effet direct de la cause de la maladie.

Cette théorie, qui fait table rase de toutes les données antérieurement acquises, ne saurait rendre compte de la distribution des lésions sclérodermiques, de leur localisation. Il faudrait tout au moins lui adjoindre, comme corollaire pour ainsi dire, l'intervention du système nerveux dans le déterminisme topographique, admettre qu'une altération anatomique ou un trouble dynamique plus ou moins localisé de ce système gouverne l'apport de l'agent toxique ou infectieux ou rend les tissus propres à en subir les effets.

Il semble donc que la pathogénie de la sclérodémie soit, comme celle de tant d'autres dermatoses, essentiellement complexe, qu'elle suppose à la fois des causes prédisposantes, une cause efficiente infectieuse et toxique, un

mécanisme instrumental mettant en jeu des intermédiaires multiples parmi lesquels le système nerveux, grand régulateur des fonctions organiques, n'est pas sans jouer un rôle capital.

**Traitement.** — Des médications générales très diverses ont été employées dans les diverses formes de sclérodémie : leur diversité est la preuve que les médecins qui les ont mises en œuvre y ont été conduits par des idées théoriques diverses, et fausses pour la plupart.

Les iodures, en particulier l'iodure de potassium et l'iodure de sodium, les mercuriaux même sous les formes les plus variées ont été employés à titre de résolitifs et en raison de leur action plus ou moins nette sur les scléroses viscérales; les préparations iodurées peuvent être essayées dans les sclérodermies, surtout dans les sclérodermies localisées, mais elles restent le plus ordinairement sans effet et leur usage devra être cessé après démonstration de leur inefficacité.

Les médicaments qui agissent sur le système nerveux et sur l'appareil vaso-moteur tirent leur indication des théories nerveuses sur la pathogénie de la sclérodémie : les sels de quinine, de strychnine, les préparations de belladone, de valériane, l'antipyrine, les bromures ont été employés en vertu de cette indication théorique; ils ne semblent pas avoir produit de modifications bien appréciables dans les lésions sclérodermiques, mais ils ont agi parfois sur les phénomènes nerveux concomitants; dans le même but, on a parfois eu recours à la révulsion sur les parties du rachis correspondant aux territoires névro-cutanés envahis par la sclérodémie : elle a paru également inefficace.

Les toniques les plus variés, arsenic, fer, quinquina, phosphates, glycérophosphates, huile de foie de morue, etc., peuvent combattre les troubles généraux de la nutrition associés à la sclérodémie, mais ne paraissent pas influencer le processus même de celle-ci. Les inhalations d'oxygène, qui ont été préconisées par E. Besnier dans l'asphyxie locale des extrémités et dans la sclérodémie progressive, retardent l'évolution du processus angio-scléreux et surtout les conséquences mécaniques de l'irrigation sanguine insuffisante des extrémités, elles peuvent aussi atténuer les troubles de l'hématose d'origine mécanique dans les sclérodermies envahissant le tronc.

L'insuffisance du fonctionnement des glandes cutanées dans les sclérodermies étendues et l'existence d'une infiltration œdémateuse du tégument dans la sclérodémie généralisée d'emblée a conduit à l'emploi des diaphorétiques, des bains de vapeur, de la pilocarpine; cette médication donne parfois des résultats, mais suppose l'intégrité au moins relative de l'appareil circulatoire.

La médication thyroïdienne a été essayée dans un grand nombre de cas depuis qu'on a constaté la coexistence de lésions du corps thyroïde et de la sclérodémie. Marsh, Lustgarten, Gayet, Eddowes, lui ont dû des améliorations; elle a par contre échoué entre les mains de Osler, de Uhlenhuth, de

Dreschfeld, de Stelwagon; elle pourrait être essayée, avec toutes les précautions qu'elle comporte et sous condition de l'intégrité du cœur, chez les sujets atteints de sclérodémie généralisée, surtout à la phase œdémateuse.

L'emploi des salicylates, comme celui de diverses autres substances, a pour fondement la croyance à l'origine rhumatismale de la sclérodémie; comme dans nombre d'affections où cette origine a été invoquée, même à juste titre, ces préparations qui sont si efficaces dans la polyarthrite rhumatismale sont restées sans effet.

Les bains électriques et médicamenteux rendent dans les diverses formes de sclérodémie, surtout dans la sclérodémie généralisée d'emblée, de très réels services; les eaux thermales de Barèges, de Bagnères-de-Bigorre, de Luchon, d'Uriage, d'Aix-les-Bains, et peut-être plus encore les boues thermales de Dax et de Saint-Amand ont donné dans quelques cas des résultats très remarquables; dans les formes localisées, les eaux riches en acide carbonique, en particulier celles de Royat et de Châtel-Guyon, mériteraient d'être employées en raison de leurs propriétés révulsives et excitantes.

Des médications locales très variées ont également été préconisées contre les diverses formes de sclérodémie, et spécialement contre les sclérodémies localisées. Des liniments excitants, à base d'essence de térébenthine, de chloroforme, etc., ont été souvent préconisés et restent le plus souvent sans effets; la congélation répétée des téguments malades que Debove a employée avec succès dans la sclérodactylie, n'est pas sans danger en raison de l'insuffisance de la nutrition des tissus et doit être maniée avec prudence. Les applications permanentes d'emplâtres mercuriels (emplâtre de Vigo, emplâtre rouge de Vidal), lorsqu'elles ne provoquent pas d'irritations superficielles, peuvent aider à la résolution des plaques sclérodémiques.

Le massage, répété quotidiennement, peut amener un amendement dans les lésions de la sclérodémie généralisée et de la sclérodémie en plaques; il peut être pratiqué avec une substance grasse indifférente, ou, de préférence, avec une pommade iodurée ou avec l'huile de foie de morue.

L'électrolyse est, en fait, le plus utile des modes de traitement local de la sclérodémie; elle s'applique presque exclusivement, il faut le reconnaître, aux sclérodémies localisées, soit en plaques, soit en bandes. Le mode opératoire de l'électrolyse ayant été donné par Brocq et Bissérié dans le tome II de cet ouvrage, il suffit de signaler ici les particularités spéciales de son application au traitement des sclérodémies. Brocq<sup>(1)</sup> a obtenu des résultats très remarquables dans plusieurs cas de sclérodémie, au moyen de l'électrolyse négative; il recommande d'agir avec prudence pour éviter la production d'eschares et la persistance de cicatrices consécutives, d'espacer suffisamment les piqûres d'aiguilles pour que les zones de décoloration produites par le passage du courant ne se rejoignent pas, et pense qu'il est préférable d'employer des

<sup>(1)</sup> Brocq, Traitement des sclérodémies en plaques et en bandes par l'électrolyse. *Ann. de dermat.*, 1898, p. 115

intensités électriques peu considérables afin de pouvoir faire un nombre plus élevé de piqûres. Il a constaté d'ailleurs que l'action du courant électrique ne se bornait pas aux points atteints, et que des effets favorables se produisaient à distance sur une même plaque, voire même sur des plaques qui n'avaient pas été traitées directement. Cette méthode, qui ne peut avoir d'autre inconvénient que de rester inefficace, active certainement, si elle ne la produit pas à elle seule, la guérison des plaques sclérodémiques dans la plupart des cas. Les effets peuvent être accrus par l'application d'emplâtres hydrargyriques dans l'intervalle des séances d'électrolyse qui peuvent être répétées une ou plusieurs fois par semaine; le résultat favorable demande toujours, pour être manifeste, un certain nombre de séances.

En résumé, les médications générales et thermales ont une influence certaine sur la sclérodémie généralisée, surtout dans ses formes initiales; les sclérodémies localisées relèvent, au contraire, surtout de la médication locale, au premier rang de laquelle il faut placer l'électrolyse.

SCROFULIDES. — Étym. : *scrofulæ*, de *scrofa*, truie, parce que les pores sont sujets à une affection analogue aux écrouelles.

Le mot scrofulides, encore employé par nombre de praticiens, ne s'applique plus cependant, à l'heure actuelle, à aucune dermatose distincte.

Pour Bazin, les scrofulides étaient des manifestations cutanées, sous-cutanées, muqueuses et ganglionnaires appartenant à la première et à la deuxième période de la scrofule. Il les divisait en quatre groupes, dont les premiers seuls concernent la dermatologie. Le premier groupe des *scrofulides cutanées superficielles, primitives ou bénignes* renferme, dans ses trois classes, pèlemèle : l'engelure permanente, l'érythème induré des jeunes filles, l'acné rosacée, l'impétigo, l'impétigo granulata, l'eczéma impétigineux, le strôphulus, l'acné scrofuléuse, etc. Le second groupe comprend, à côté des différentes variétés de lupus érythémateux et tuberculeux et des gommes tuberculeuses de la peau, le molluscum.

On voit que, comme les termes d'arthritide et d'herpétide, celui de scrofulide ne peut plus être conservé. Il ne signifie plus qu'une sorte d'état particulier du malade, qu'une disposition générale de l'économie, un tempérament lymphatique, qui fait que l'organisme est un terrain favorable à la germination et au développement de certains microbes et de certaines dermatoses que nous venons d'énumérer.

SCROFULO-TUBERCULIDES. — Voir les articles : *Scrofulides et Tuberculides*, t. IV.

SÉBACÉES (GLANDES). — Étym. : *sebaceus*, de *sebum*, suif.

Voir les articles : *Acné*, t. I, p. 492 et l'article ci-contre.