

*SUDORIPARES (MALADIES DES GLANDES).*

Par CH. AUDRY.

MALADIES DES GLANDES SUDORIPARES<sup>(1)</sup>

Ce chapitre n'est pas sans offrir, pour le dermatologiste, plus d'une difficulté. En effet, si l'on en distrait la dyshidrose, les tumeurs, les porokératoses qui sont traitées dans ce livre en des articles spéciaux, il ne nous reste plus guère que les troubles fonctionnels, les anomalies physiologiques de la fonction sudoripare, et un bien petit nombre de lésions précises telles que les sudamina et la miliaire d'été. Or, parmi les troubles de la fonction sudoripare, un très grand nombre sont complexes, douteux, et dépendent en somme de la neuropathologie ou de la pathologie générale bien plus souvent que d'une dermatose vraie. Enfin, il va sans dire que les anomalies sudorales déterminées par chacune des affections cutanées n'ont droit ici qu'à une simple citation.

Nous aurons à étudier :

- 1° Les anomalies de la fonction sudoripare, indépendantes d'altérations anatomiques appréciables;
- 2° Les lésions des glandes qui ne sont ni des tumeurs, ni aucune des affections que nous avons énumérées.

## TROUBLES DE LA FONCTION SUDORALE

La sueur peut devenir anormale en quantité et en composition. Que les troubles quantitatifs s'accompagnent de modifications dans la constitution chimique du liquide excrété, cela paraît très vraisemblable; mais, en ce qui touche la dermatologie, ces modifications ne paraissent pas encore présenter beaucoup d'intérêt; au moins, nous sont-elles actuellement à peu près inconnues. D'autre part, on verra que nous sommes obligés d'admettre parmi les anomalies qualitatives de la sueur des phénomènes qui, en bonne méthode, devraient en être complètement disjoints, ceux des hématisidroses par exemple. Cependant, il paraît tout à fait commode et suffisamment exact de distinguer :

- 1° Des anomalies quantitatives;
- 2° Des anomalies qualitatives.

(1) Comme sources générales d'information, outre les différents traités (Rayer, Hebra, Kaposi-Besnier-Doyon, Duhring (Barthélemy et Colson), Brocq, Jarisch, Hallopeau et Leredde, etc., etc.), j'indiquerai : BOUVERET, *Thèse d'agrégat.*, Paris, 1880. — L'article et la bibliographie de VON GEBER, *Ziemssen's Handbuch*, t. II. — La bibliographie de MORAT et DOYON, *Traité de physiologie*, t. IV, p. 561. — Et les différents articles des dictionnaires de Franck, Du Cazal, Strauss, Parrot, Raynaud, etc., etc. D'une manière générale, les renseignements sont extrêmement nombreux, mais disséminés partout. — Voir également : TORÖK, in *Handbuch de Mrazek*.

## I. — Anomalies quantitatives de la fonction sudorale.

La sueur peut être exagérée, *hyperidrose*, ou diminuée, *anidrose*.

L'hyperidrose, ou mieux, les hyperidroses, sont de beaucoup les plus fréquentes, et par suite les plus intéressantes; mais hyperidrose et anidrose peuvent se rencontrer dans des circonstances telles qu'elles représentent simplement un symptôme en rapport avec d'autres lésions précises, habituellement du système nerveux; d'autres fois elles semblent constituer un seul phénomène morbide, autonome, au moins en clinique; c'est seulement dans ce dernier cas qu'elles intéressent réellement la dermatologie, et qu'elles doivent alors attirer particulièrement notre attention. Toutefois une telle distinction ne se justifie qu'au point de vue pratique. Nous ne sommes pas en mesure de déterminer exactement les processus physiologiques d'après lesquels on pourrait légitimement les séparer.

Les physiologistes nous ont appris que la réaction sudorale est commandée par des nerfs spéciaux, excito-sudoraux, et que cette même sécrétion sudorale, phénomène actif, est dans une large mesure, sinon totalement, indépendante du système vaso-moteur.

Mais les nerfs excito-sudoraux peuvent être influencés par une foule de causes, extrêmement variées, d'ordre physique, chimique, ou psycho-physique qui agissent tantôt sur la totalité de l'individu, tantôt sur un segment de ce même individu. Toutefois, l'observation nous apprend d'une manière certaine que la sécrétion sudorale peut être influencée par l'état de la circulation sanguine, soit qu'il s'agisse là de phénomène de stase, soit que cette stase agisse directement ou indirectement sur le système glandulaire. Enfin, des expériences telles que celle d'Aubert, qui suspend la sécrétion sudorale par des badigeonnages avec une solution d'atropine, montrent que des causes extérieures peuvent agir directement sur l'épithélium sécréteur.

Ces brèves considérations suffisent à montrer la complexité extraordinaire de la pathogénie des anomalies quantitatives de la sueur et l'impossibilité où nous sommes de donner à leur étude une base physiologique.

## HYPERIDROSE

L'hyperidrose est l'exagération quantitative de la sueur.

Premièrement, on doit se demander quand il y a hyperidrose. Il n'y a pas de commune mesure entre les différents individus, et l'équation personnelle a une importance évidente. C'est donc une question d'évaluation grossière, et qui relève simplement de l'expérience courante et de l'évidence personnelle.

Mais pour qu'il y ait hyperidrose vraie, il faut que le phénomène soit sinon définitif et permanent, du moins durable. Je ne considère pas comme une



hyperidrose les sueurs qui accompagnent les pyrexies, et nous ne parlerons de la suette miliaire que pour l'éliminer de notre cadre au même titre que les sueurs des phisiques : pour des faits de cet ordre, il ne sera peut-être pas inutile de conserver le vocable de « sueurs morbides ».

Même parmi les hyperidroses manifestes et durables, généralisées ou locales, il en est un grand nombre dont nous n'avons à nous occuper que pour en faire rapidement mention : je veux parler de toutes celles qui sont manifestement en rapport avec des lésions du système nerveux. On trouvera dans la thèse de Bouveret un certain nombre de ces faits, disposés suivant que l'exagération de la sudation est consécutive à des névrites ou à des sections nerveuses périphériques, à des lésions du sympathique, à des altérations de la moelle ou de l'encéphale. Un travail de Paul Raymond a réuni de son côté une assez grande quantité de documents consacrés à l'étude des sueurs pathologiques de la face ; on y distingue celles qui sont consécutives à des altérations matérielles du système nerveux cérébro-spinal, celles qui dépendent de lésions du sympathique cervical, les hyperidroses dues à des anomalies des nerfs de la face, et enfin des hyperidroses réflexes des hystériques. Au fond, toutes les hyperidroses, on pourrait presque dire toutes les sueurs, en apparence spontanées, peuvent être considérées comme réflexes, quel que soit l'irritant initial : émotion, chaleur, etc., et, par suite, nerveuses. Cependant, il semble qu'on puisse admettre à côté des hyperidroses purement secondaires, symptomatiques, des hyperidroses que nous qualifierons d'essentielles : ce sont celles-là seules que nous étudierons ; il est évident qu'une telle division est purement empirique et conventionnelle ; mais on voit l'impossibilité de prendre comme point de départ une conception physiologique ; elle est d'ailleurs suffisamment claire pour que nous nous en contentions.

HYPERIDROSES ESSENTIELLES. — Elles sont *généralisées* ou *locales* : on appelle souvent *éhidroses* les sueurs localisées.

*Hyperidrose généralisée.* — Les physiologistes indiquent, pour la quantité normale de sueur excrétée, des chiffres variant de 600 à 900 grammes par vingt-quatre heures. Il y a des différences énormes entre individus, et suivant la température et l'hygrométrie de l'atmosphère ambiante, de telle sorte que si on prend pour critérium la seule quantité de sueur, il est impossible de dire s'il y a ou non *hyperidrose* vraie. Je pense qu'on doit réserver le mot aux cas où l'excrétion sudorale présente une augmentation notable, durable, mais non tout à fait permanente. Je précise : un individu suerait de 7 à 800 grammes normalement ; par suite de circonstances variables, connues ou indéterminées, la quantité de sueur, pendant deux, trois ans, est portée à 1500 ou 2000 grammes, il y a hyperidrose : un autre individu, toute sa vie durant, émettra 1500 à 1800 grammes de sueur ; ce ne sera pas de l'hyperidrose.

De tels chiffres sont tout à fait conventionnels ; il est certain que la sueur d'un sujet hyperidrosique peut atteindre des quantités bien plus considérables ; mais nous n'avons pas de documents bien précis à ce sujet. En fait, les observations récentes d'hyperidroses sont rares. Ce phéno-

mène avait frappé les anciens d'une manière beaucoup plus vive, etc. (1).

Ces hyperidroses pourraient être héréditaires, provoquées par le froid, liées à des états généraux défectueux plus ou moins bien caractérisés ; on les a vues apparaître brusquement et cesser de même après plusieurs années de durée. Ce que nous connaissons mieux, ce sont les hyperidroses qui survivent à certains états de convalescence et qui persistent obstinément pendant des mois nombreux ; un exemple de ce genre est fourni par l'exagération notable de la sueur qu'on observe souvent chez les neurasthéniques ; on pourrait dire qu'il y a une variété sudorale de neurasthénie. Chez de tels sujets, le rôle initial des troubles nerveux est évident ; on est en droit de supposer que les hyperidroses des convalescents réclament la même interprétation ; de fait on les voit parfois cesser tout à coup. Enfin, on peut signaler comme rentrant dans le même cadre, les hyperidroses transitoires de la ménopause sur lesquelles Liégeois a attiré l'attention.

Toutes ces hyperidroses relèvent de la médecine générale beaucoup plus que de la dermatologie, et nous avons hâte de nous occuper des variétés circonscrites dont un certain nombre, au moins, rentrent tout à fait dans le plan du présent ouvrage.

*Hyperidroses partielles.* — Je crois qu'on peut utilement les diviser en deux classes :

1<sup>o</sup> *Les hyperidroses locales à systématisation nerveuse*, auxquelles je proposerai d'affecter le terme connu d'*éhidrose* ;

2<sup>o</sup> *Les hyperidroses régionales.*

HYPERIDROSES PARTIELLES. — Faisant abstraction des cas où l'éhidrose est manifestement sous la dépendance de lésions du système nerveux, il reste un grand nombre de cas où l'on voit l'hyperidrose rester localisée à des surfaces nettement déterminées par des distributions nerveuses périphériques. Au point de vue pathogénique, les unes peuvent être considérées comme réflexes, et les autres, comme dues à des influences tout à fait insaisissables.

A. Parfois, des désordres anatomiques précis en sont l'origine : Jacquet a observé une éhidrose faciale *gauche* chez une malade présentant de l'hémia-trophie à *droite*. Or, à l'autopsie, cet auteur trouve de la sclérose pleurale comprimant fortement les deux ganglions cervicaux inférieurs *droits*, et beaucoup plus légèrement les deux ganglions cervicaux inférieurs *gauches* (2). La sclérose pleurale joue ici un rôle d'excitant, exactement contraire à celui d'une section.

B. Parmi les éhidroses, il en est un grand nombre d'unilatérales ; quelques-unes sont très circonscrites. Quelques-unes apparaissent en même temps que d'autres phénomènes, ainsi celles qui accompagnent les accès de migraine hémicrânique et qui restent localisées à tout ou partie de la face. De Graefe a décrit des éhidroses limitées aux paupières. L'*éhidrose parotidienne* avait vivement frappé l'imagination des anciens auteurs, parce que cette singulière

(1) IMBERT-GOURBEYRE, *Gaz. méd. de Paris*, 1856.

(2) BARREL a publié *in extenso* l'observation de Jacquet. *Thèse de Lyon*, 1902, p. 61.



localisation les avait amenés à supposer qu'il s'agissait d'une transsudation salivaire; une telle manière de voir était encouragée par ce fait qu'elle coïncide souvent avec un arrêt de la sécrétion salivaire de ce côté.

L'éphidrose parotidienne apparaît pendant la mastication; c'est souvent une éphidrose réflexe d'origine gustative semblable à celles que Brown-Sequard a particulièrement étudiées; ces éphidroses gustatives sont en réalité fréquentes; je connais une personne qui ne peut goûter du fromage de Roquefort, une autre du vinaigre, sans que leur visage s'inonde de sueur; Schizman a observé une éphidrose parotidienne après incision d'une parotidite typhique incisée et guérie (1).

La localisation restreinte à la région parotidienne est assez exceptionnelle. L'hémidrose faciale n'est pas très rare; mais, la plupart du temps, elle est liée à des altérations nerveuses; je renvoie pour cette étude au travail cité de P. Raymond. Je l'ai observée chez un jeune homme parfaitement sain dont la moitié droite de la face se couvrait de sueur pendant le repas. Notons dès maintenant qu'on a rencontré plusieurs fois l'idrocystome chez des hémidrosiques, migraineux ou non.

La distribution des éphidroses est variée; on a vu des hémidroses étendues à toute une moitié du corps; Sack, Kaposi ont fait mention d'hyperidrose croisée: dans ces cas, la sudation est exagérée sur un côté de la face, du cou, de la poitrine, et sur l'autre côté de l'abdomen. Mais la malade de Sack avait très vraisemblablement des lésions du sympathique; tandis que celle de Kaposi était une syphilitique (2). W. Rhein a rapporté l'histoire d'une malade présentant une éphidrose faciale droite avec rougeur, gonflement et engourdissement de la main et du bras; il y avait aussi du myosis (3). Paul Raymond, Rieh ont insisté sur l'état de la pupille chez ces malades; on distinguerait deux types: éphidrose et myosis, associés à des troubles vaso-moteurs, ou bien, éphidrose et mydrose seuls. Rhein considère sa malade comme une hystérique, mais il n'est nullement certain qu'il n'y ait pas dans ce cas une lésion du sympathique.

On a remarqué dès longtemps que les éphidroses systématisées avaient souvent des tendances à s'étendre progressivement sur les territoires cutanés voisins. La systématisation peut être caractérisée non seulement par l'unilatéralité, le croisement, etc., mais encore par une disposition transversale. Kaposi a étudié avec soin un malade atteint « d'hyperidrosis spinalis superior ». Un an après la naissance, on avait constaté une sueur abondante localisée au nez; cette éphidrose avait gagné successivement la lèvre supérieure, le front, la partie interne des sourcils, le menton, le cou, le tronc jusqu'à la sixième côte et les bras jusqu'au poignet. Recouvertes, ces parties restaient sèches; mais l'éphidrose apparaissait aussitôt que le malade découvrait les bras, ou buvait

(1) SCHIZMAN, in *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1897.

(2) KAPOSI, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1900.

(3) W. RHEIN, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1899.

un liquide froid. La pilocarpine amenait une sudation générale, mais l'hyperidrose était manifeste dans les points indiqués. L'atropine la faisait disparaître. Kaposi a admis que cette anomalie était due à une hydromyélie irritant les centres vaso-moteurs de la moelle dorsale et cervicale inférieure (1).

Les éphidroses à systématisation nerveuse ne comportent guère de traitement autre que des palliatifs. On pourrait essayer les badigeonnages avec des solutions d'atropine; mais il n'est pas vraisemblable qu'on puisse en attendre des résultats durables. C'est par le traitement de la cause, souvent inconnue, qu'on pourrait espérer la guérison; ce n'est pas de la dermatologie que relève une semblable thérapeutique.

*Hyperidroses régionales.* — Certaines régions, la tête, le cuir chevelu, par exemple, transpirent souvent notablement davantage, et plus facilement, que le tronc ou les membres; cependant, cette exagération n'est ni assez marquée ni assez intéressante pour mériter de nous arrêter, et nous nous occuperons seulement de l'hyperidrose des plis et de l'hyperidrose des extrémités.

L'hyperidrose des plis a pour type l'hyperidrose axillaire; mais je ne sais si on doit la considérer comme un phénomène morbide, tellement elle est fréquente. Tout le monde connaît l'hyperidrose axillaire des personnes nues qu'a étudiée Aubert, et qu'il regarde comme consécutive à une hyperthermie locale, tandis que Besnier et Doyon la considèrent comme d'origine émotive.

Assez souvent, les plis sont le siège d'hyperidroses considérables et temporaires. J'ai vu une dame de quarante-cinq ans qui, depuis cinq ans, présentait pendant l'été des sueurs abondantes à peu près localisées au cou et aux plis des deux coudes. Comme il arrive au début des sudations violentes et abondantes, l'hyperidrose s'accompagnait de violentes démangeaisons, puis de rougeur superficielle, sans vésicule, ni suintement, ni croûtes; quand la température ambiante s'abaissait d'une manière durable, la rougeur s'atténuait progressivement, et tout disparaissait après une desquamation furfuracée.

L'hyperidrose des extrémités est la plus importante à connaître. Unna distingue les sueurs des mains et des pieds, suivant que ces extrémités sont chaudes par exagération de la circulation, ou froides, grâce à la stase; mais il arrive précisément que les mêmes individus sont sujets à avoir les extrémités ou trop froides ou trop chaudes; il en est souvent ainsi chez les dyspeptiques (2).

Je pense qu'il est préférable de distinguer les extrémités frappées d'asphyxie bleue et celles qui présentent de l'anémie blanche. Dans le premier cas, ce sont des pieds et surtout des mains épaisses, molles, capitonnées; dans le second, on a affaire à des extrémités fines, d'un blanc jaunâtre, comme

(1) KAPOSI, *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1898.

(2) De Sinety a vu se produire l'hyperidrose des extrémités chez une femme syphilitique. Un de mes malades, atteint de cystite, présentait une hyperidrose périnéale intense pendant les lavages de la vessie.



chlorotiques. Les unes et les autres sont fréquemment hyperidrosiques.

On voit alors des mains qui sont toujours moites, et en été non seulement humides, mais constamment mouillées; dans les formes extrêmes, très rares, on voit la sueur couler littéralement. Cette hyperidrose est accentuée d'une manière particulière sur la face palmaire de la main et des doigts, mais toute la main transpire abondamment; l'hyperidrose manuelle est toujours désagréable, elle est parfois désastreuse pour les sujets peu fortunés et qui ont besoin d'un toucher délicat. Peut-être est-ce cette dernière raison qui la fait paraître plus fréquente chez les femmes. Beaucoup se plaignent de rouiller leurs aiguilles, leurs ciseaux, leurs instruments de couture; quelques-unes ne peuvent pas toucher une étoffe sans s'exposer à la faire déteindre.

L'hyperidrose des pieds offre d'autres inconvénients. D'abord, elle entraîne souvent, du moins pendant les saisons chaudes, une irritation notable de l'épiderme qui devient rouge, douloureux, et s'érode facilement, apportant à la marche de véritables entraves. Enfin, trop souvent, cette hyperidrose s'accompagne d'une odeur fétide extrêmement désagréable pour le sujet et son entourage. Nous étudierons tout à l'heure cette bromidrose qui n'est pas, du reste, une conséquence nécessaire de l'hyperidrose des pieds.

Toutes ces sueurs des extrémités sont sujettes à des variations plus ou moins intenses, suivant l'état général de l'individu qui en est affecté; elles atteignent leur maximum de développement pendant l'adolescence et la jeunesse. Parfois elles diminuent après l'achèvement du développement, pour reparaitre pendant la vieillesse; mais les variétés graves sont permanentes, avec des exacerbations.

Les traitements en sont nombreux, ainsi qu'il arrive toutes les fois que la thérapeutique est hésitante, c'est-à-dire trop souvent impuissante.

Cependant, on peut poser en principe que la suppression des sueurs peut être tentée sans inconvénients pour l'intégrité de l'état général. On a remarqué que la sueur des extrémités cesse pendant certaines affections graves, en cas de cachexie, etc., mais la disparition de l'hyperidrose est conséquence, et non pas cause de la maladie générale: c'est un phénomène qu'on retrouve à chaque instant en dermatologie.

Unna conseille de traiter l'hyperidrose des extrémités « froides » par des bains locaux chauds, donnés le soir, et suivis de frictions alcooliques; pendant la nuit, il fait mettre :

Huile de térébenthine . . . . .	}	à à 5 grammes.
Ichtyol . . . . .		
Oxyde de zinc . . . . .		10 —
Axonge . . . . .		50 —

Au matin, bain froid, puis poudre d'amidon.

Si les extrémités sont chaudes: le soir, bains locaux tièdes; la nuit, pommade contenant 40 pour 100 d'ichtyol.

Stewart fait tremper les extrémités dans une solution de permanganate de

potasse à 1 pour 1000, sèche, et enveloppe les parties avec des bandelettes d'emplâtre de céruse, renouvelées toutes les douze heures, pendant deux à trois semaines.

Toutes ces méthodes sont dirigées principalement contre la sueur des pieds. Il en est de même de la méthode « d'écorchement » d'Hebra. Celui-ci fait envelopper le pied avec :

Onguent diachylon simp'c. . . . .	}	à à 00 grammes.
Huile de lin . . . . .		

étalé sur un linge et changé toutes les douze heures. On essuie alors le pied, mais sans le laver. Après douze ou quinze jours, l'épiderme a desquamé. A ce moment, on prescrit des poudres inertes. Hebra et Kaposi disent que, si l'on échoue après une première application, une seconde guérit constamment; mais Brocq a eu des échecs, aussi bien que plusieurs autres.

Peut-être retirera-t-on quelques avantages de l'acide tartrique ajouté aux poudres inertes, si le fait annoncé par S. Fredericq se confirme: que, sous son influence, il se produit une hyperidrose temporaire suivie rapidement de sécheresse cutanée durable. Voici, entre mille, une autre formule de lotion. Elle appartient à Heusner, qui y ajoute volontiers 1 pour 1000 d'acide trichloracétique :

Hydrate de chloral . . . . .	5 grammes.
Acide formique . . . . .	5 —
Baume du Pérou . . . . .	1 gramme.
Alcool . . . . .	89 grammes.

Neebe a étudié soigneusement cette question. Il recommande l'emploi de chaussures de tissu, les lotions d'alcool additionné de tanin, de naphthol, les poudres, etc. Le *militärschweiss pulver* est composé de talc, d'amidon et d'acide salicylique en proportion variable, et c'est une bonne formule.

A la méthode de Hebra, Neebe substitue l'emploi de l'acide chlorhydrique médicinal en bains de pieds, de telle sorte que la plante des pieds baigne; le bain dure dix minutes; puis on lave soigneusement. Si le bain s'accompagne de douleurs, on le suspend aussitôt. On en donne deux par semaine, pendant cinq à six semaines. Au début, on peut ajouter 25 pour 100 d'eau à l'acide chlorhydrique.

Il conseille aussi les badigeonnages quotidiens de la plante des pieds et des espaces interdigitaux avec du nitrate d'argent à 10 pour 100 jusqu'à desquamation complète ( ).

Gorodtzev aurait obtenu de bons résultats en prescrivant des frictions d'abord quotidiennes, puis espacées, pratiquées avec du simple savon blanc, employé à sec, de manière à laisser une couche de savon sur la peau.

On trouvera plus loin quelques indications plus particulièrement relatives au traitement de l'hyperidrose devenue fétide, de la bromidrose.

(<sup>1</sup>) NEEBE, Analyse in *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1895, p. 451.



On peut résumer ainsi le traitement pratique de l'hyperidrose : lotions alcooliques ; emploi des bains locaux très chauds ou très froids. Propreté exquise ; emploi continu de poudres inertes. Changement très fréquent de bas, de chaussures. En période de sueur excessive, accentuer encore les précautions de ce genre, tenir les orteils isolés par de la ouate hydrophile poudrée et, de temps en temps, lotions avec du permanganate de potasse à 1 pour 1000. En réalité, on doit, non pas poursuivre la guérison impossible<sup>(1)</sup>, mais agir de manière telle que la bromidrose ne puisse venir s'y ajouter.

## ANIDROSE

Ce mot désigne naturellement l'absence ou la diminution de la sudation. L'anidrose est peu connue et, à la vérité, il est souvent impossible de la constater, si tant est qu'elle existe réellement.

On peut distinguer une *anidrose d'origine anatomique* et une *anidrose par anomalie fonctionnelle des sudoripares*.

*Anidrose anatomique.* — J'appelle ainsi celle qui est due à une absence congénitale des sudoripares. Les observations authentiques sont extrêmement rares. Tändler a montré un malade de quarante-sept ans qui disait n'avoir jamais transpiré. La peau était lisse, sèche, semée de poils rares. Les mamelons manquaient complètement. Ni les bains chauds, ni la pilocarpine ne provoquaient la moindre sudation. Sous l'influence des rayons solaires, sa température s'élevait d'un degré ; les mouvements respiratoires et le pouls s'accéléraient. Une biopsie avait permis de constater qu'il n'existait dans sa peau ni sudoripares, ni sébacées, sauf cependant quelques-unes de ces dernières au cuir chevelu<sup>(2)</sup>.

Il est certain que quelques personnes transpirent très peu ; quelques-unes, peut-être, pas du tout ; on ajoute que leur épiderme est rude et sec et que, soumises à une température élevée, elles souffrent de tension, de chatouillement, de prurit, etc. ; mais les observations précises font défaut.

Dans un certain nombre de dermatoses, surtout celles qui impliquent des processus infectieux périglandulaires et glandulaires, il est vraisemblable que les sudoripares sont profondément altérées, ou même détruites ; mais de telles altérations sont toujours disséminées et ne portent que sur un très petit nombre de glandes, de telle sorte que l'anidrose n'existe même pas. Cependant, on comprend facilement pourquoi les cicatrices qui succèdent à la destruction profonde du tégument ne suent pas ; pourquoi Aubert a constaté une anidrose définitive sur les placards de lupus, de syphilides profondes, de favus ancien.

<sup>(1)</sup> Notons cependant que, d'après Trendelenburg, l'hyperidrose accompagnerait fréquemment le pied plat, et guérirait après sa correction.

<sup>(2)</sup> TÄNDLER, *Comptes rendus de la Société de médecine de Berlin*, 51 octobre 1900, *Anal. in Semaine médicale*.

L'anidrose des territoires ichtyosiques est due aux lésions notables des sudoripares, car les empreintes montrent qu'un grand nombre de glandes sont supprimées dans les régions malades.

*Anidroses fonctionnelles.* — Elles peuvent être dues : à des altérations générales, à des troubles nerveux, à des lésions cutanées locales.

*Anidroses consécutives à des altérations de l'état général.* — On sait que les diabétiques transpirent peu, et aussi, d'ailleurs, que leur sueur peut contenir du sucre ; on a signalé aussi l'anidrose des cancéreux cachectiques ; ce n'est pas la seule cachexie qui en est la cause déterminante, car d'autres affaiblissements graves s'accompagnent volontiers d'hyperidrose.

*Anidrose nerveuse.* — Une section nerveuse peut amener une anidrose localisée définitive. Je tiens de Jaboulay que les malades auxquels il a coupé le sympathique cervical ont cessé de suer dans la région faciale correspondante. En pareil cas, l'anidrose résulte de la suppression de l'action nerveuse excito-sudorale. Maintenant, existe-t-il une innervation sudo-inhibitrice ? Des expériences de Ott sur le chat, de Arloing sur le bœuf, tendent à le laisser croire, mais sans le prouver d'une manière absolue<sup>(1)</sup>. Faut-il signaler ici l'anidrose signalée par Hallopeau chez un neurasthénique ? C'est là un phénomène tout à fait paradoxal dans de telles circonstances. Enfin on aurait vu l'hémianidrose totale pendant la grossesse.

*Anidrose par lésions cutanées.* — Aubert a obtenu, soit par simple badigeonnage, soit, mieux encore, par cataphorèse, une anidrose locale et momentanée par l'action de l'atropine ; mais on peut se demander, en pareil cas, si l'alcaloïde agit immédiatement sur l'appareil sécrétant, ou si le système nerveux entre en jeu dans la production du phénomène. Quoi qu'il en soit, une telle anidrose est assez bien comparable à celle qui accompagne un très grand nombre d'altérations du tégument. On savait déjà que la sueur disparaît d'une région où l'eczéma se développe. Aubert, avec sa méthode graphique, a repris toute cette étude. Parmi les maladies non inflammatoires, seule, comme on l'a vu, l'ichtyose s'accompagne d'une anidrose partielle limitée aux zones atteintes par la lésion ; les empreintes montrent que, dans ce cas, les sudoripares actives sont beaucoup plus clairsemées qu'à l'état normal, ce qui nous a permis de ranger l'anidrose ichtyosique parmi les anidroses anatomiques<sup>(2)</sup>. Du reste, cette diminution de la fonction sudoripare est importante à ce point, que Vörner la considère comme fondamentale en ce qui touche la distinction du kératome palmaire héréditaire symétrique où l'hyperidrose est la règle<sup>(3)</sup>, opinion du reste inexacte.

<sup>(1)</sup> MORAT et DOYON, *Traité de physiologie*, t. IV, p. 570, et bibliographie, p. 562 (en particulier pour la série des travaux d'Aubert), et AUBERT, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1878.

<sup>(2)</sup> GIOVANNINI note cependant que la sudation est conservée chez la fillette dont il a publié l'observation sous ce titre : Ichtyose avec hypertrophie des sudoripares. *Arch. für Dermatol. und Syphil.*, 1894. Ce cas est ainsi tout à fait paradoxal à tous les points de vue.

<sup>(3)</sup> WÖRNER, *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1911.