

Symptomatologie générale. — L'étude clinique d'ensemble que nous allons essayer d'esquisser n'a d'autre intérêt que celui de préciser les caractères ordinaires les plus saillants des affections auxquelles peut s'appliquer le terme générique de trophonévroses. Il y a en effet dans ce groupe morbide des syndromes d'allures variées, d'aspect disparate, et c'est bien plus l'idée que l'on se fait de la pathogénie des lésions et de l'influence prépondérante de l'action nerveuse, que l'analogie clinique de ces diverses espèces qui les fait ici ranger en un même groupe.

Les symptômes fondamentaux des trophonévroses sont les troubles trophiques proprement dits portant sur tous les tissus, atrophies, hypertrophies, ulcérations, gangrènes, rétractions tendineuses, aponévrotiques; les troubles vaso-moteurs : œdèmes, congestions, purpuras, hémorragies, dermographisme, ecchymoses, érythèmes, urticaire; les perturbations sécrétoires : hyperidrose, anidrose, stéatidrose, chromidrose, bromidrose; les perturbations de la fonction des phanères : pelades, alopecies, ralentissements ou exagération de la croissance, productions atypiques; les ataxies pigmentaires : vitiligo, canitie, mélanodermes; enfin les stigmates de névrose, de névropathie centrale ou périphérique avec tous les troubles de sensibilité, de réflectivité et de motricité qui en sont les caractéristiques. Quant à la peau proprement dite, derme et épiderme, elle est le siège des transformations d'ordre général qu'entraînent à leur suite les perturbations de l'innervation et de la vascularisation, quelles qu'en soient l'origine et la variété; elle est de plus affectée de lésions élémentaires, variables d'un cas à l'autre, et qui peuvent reproduire toute la gamme des lésions dermatologiques fondamentales : vésicules, papules, tubercules, gommages, bulles, phlyctènes, purpura, ulcérations externes, chéloïdes, etc.

Nous étudierons en quelques mots l'ensemble de ces symptômes; leur combinaison est ordinaire dans le tableau des trophonévroses.

Les troubles vaso-moteurs ont pour expression, tantôt l'excès, tantôt l'insuffisance de la circulation périphérique. Ils peuvent être localisés à la partie du tégument qui est le siège des lésions trophiques ou s'étendre au contraire fort loin de la zone malade et dystrophiée. Ils se produisent tantôt par action locale, comme si la terminaison des nerfs dans les tuniques des vaisseaux était seule atteinte et atteinte seulement en un point circonscrit, comme cela se voit dans la maladie de Raynaud, les angionévroses des extrémités, l'érythromélgie; tantôt au contraire ils semblent être soumis aux lois de l'innervation réflexe, et on les observe en coïncidence avec d'autres lésions cutanées qui ne sont comme eux que la manifestation symptomatique d'une irritation spéciale d'un centre : tels les troubles vaso-moteurs concomitants avec la pelade, le lupus érythémateux, les névralgies et les paresthésies diverses, les lésions viscérales. D'autres fois encore, ils ne sont que l'expression périphérique de la névrose organique ou fonctionnelle des centres eux-mêmes : tels les cas de perturbations vaso-motrices au cours des grands processus mentaux, manie, épilepsie, mélancolie, démence sénile, paralysie générale, hystérie;

dans ces dernières affections, le trouble vaso-moteur n'est pas nécessairement général, il peut être et il est fréquemment unilatéral et partiel, souvent il est croisé.

Ces troubles vaso-moteurs s'accompagnent le plus souvent de phénomènes thermiques qui sont en rapport direct avec l'activité de la circulation dans la partie atteinte, mais qui peuvent, comme le trouble vaso-moteur lui-même, être sous la dépendance de la lésion nerveuse elle-même, surtout quand cette lésion est d'origine centrale. Il s'agit alors d'une sorte de syndrome thermo-vaso-trophique bien plus que d'un symptôme dû à l'exagération ou au ralentissement des échanges dans les tissus atteints. Cela se comprend bien si l'on se rappelle l'influence particulière de certaines zones corticales ou intra-encéphaliques sur les modifications de la température périphérique ou centrale. Par là s'expliquent des faits en apparence contradictoires comme ceux de la maladie de Raynaud où l'inflammation locale se poursuit sans amener l'hyperthermie des zones enflammées.

L'intensité et l'étendue, l'apparence des réactions vaso-motrices et vasculaires sont d'une extrême variabilité. De l'érythème au purpura, de la cyanose et de la rougeur vive à la syncope livide ou blanche, de l'imbibition normale à l'œdème le plus intense, on observe tous les degrés et tous peuvent apparaître successivement au cours du processus morbide, comme il arrive dans la maladie de Raynaud. Ces perturbations vaso-motrices s'accompagnent d'une variation très nette de l'excitabilité locale des vaso-moteurs. Si le fait n'est pas prouvé pour toutes les affections de ce groupe il l'est au moins pour les états vaso-moteurs de la paralysie générale. Klippel et Dumas⁽¹⁾ ont en effet démontré que la ligne onduleuse normale, fournie par la circulation capillaire à l'examen pletysphymographique, ne se modifiait pas chez les paralytiques généraux comme elle se modifie chez un homme normal quand on pique la main pendant l'examen.

Il est certain, d'autre part, que ces modifications vaso-motrices ne sont qu'un des phénomènes de l'acte complexe qui se traduit par le trouble trophique et que les autres tissus subissent en même temps l'influence trophique des nerfs malades qui se distribuent à leur intérieur. Le trouble vaso-moteur, lorsqu'il existe seul, n'amène pas de dystrophie très appréciable des téguments; tel est le cas de nombreuses acrocyanoses qui disparaissent sans laisser aucune trace après avoir duré des années; lorsqu'il est la manifestation d'une lésion centrale considérable, comme Kaiser⁽²⁾ l'a observé dans la démence sénile avec ictus, il ne reste pas isolé, la peau se modifie. On peut constater, par exemple, l'œdème, l'amincissement, un état lisse brillant et tendu de l'épiderme qui devient plus friable et s'excorie sous l'influence de frottements légers.

Il y a, dans l'opposition de ces faits, une preuve indirecte de l'influence

(1) KLIPPEL et DUMAS, Des paralysies vaso-motrices dans leurs rapports avec l'état affectif des paralytiques généraux. *Arch. clin. de Bordeaux*, janvier 1896.

(2) KAISER, Sur un trouble vaso-moteur unilatéral d'origine corticale. *Neurolog. Centralbl.*, 1895, n° 10, p. 457.

immédiate des centres sur la nutrition des organes qui leur sont subordonnés, puisque la lésion de ces centres a sur leur trophisme une influence beaucoup plus grande que la lésion d'une seule variété des nerfs qui les abordent. C'est-à-dire que le phénomène vaso-moteur, commandé sans doute par un centre autonome très sensible, se produit aisément sans lésion appréciable de la substance nerveuse, et que, dès lors, il peut évoluer sans être accompagné de perturbations vitales dans les tissus; tandis que ces perturbations se produisent quand les terminaisons nerveuses appartenant en propre à la vie particulière de ces tissus sont lésées par une maladie destructive ou par une action inhibitrice d'origine centrale, comme le fait se produit dans les cas de grandes lésions encéphaliques qui atteignent à la fois tous les modes de l'innervation.

Il est malheureusement impossible d'attribuer à un centre quelconque la production exclusive d'une variété de vaso-névrose avec dilatation ou constriction et il semble, comme nous le verrons, que l'apparition d'une angionévrose déterminée soit en rapport, non pas avec une affection identique à elle-même, d'une zone toujours identique, mais qu'elle puisse se produire au contraire, comme il arrive pour l'érythromélgie et sans doute pour la maladie de Raynaud, au cours de maladies de zones bien diverses de l'axe cérébro-spinal.

En présence d'un trouble de la circulation et de la thermo-régulation des extrémités, il conviendra donc de chercher toujours avec soin s'il se rattache à quelque névropathie décelable et il ne faudra pas subordonner le refroidissement ou l'échauffement périphériques à la seule perturbation vaso-motrice, mais bien plutôt les regarder tous deux comme l'expression double de l'atteinte de centres spécialisés et peut-être uniques.

A un degré plus élevé ce n'est plus le simple trouble vaso-moteur, avec asphyxie, érythème ou cyanose, que l'on observe, c'est la transfusion du sang ou tout au moins de sa substance colorante dans les tissus : l'*ecchymose*. Elle peut être spontanée, et se produire comme l'unique symptôme du trouble vaso-moteur au cours d'une affection psychique. Elle est assez souvent symétrique, son évolution se fait dans le temps normal vers la résolution. Nous n'insisterons pas sur l'*hémorragie* qui est le plus souvent un phénomène isolé au cours d'états psychiques bien spéciaux tels que l'hystérie, et qui se produit souvent à l'occasion des traumatismes dont l'intensité est tout à fait disproportionnée avec l'abondance qu'elle peut avoir. Dans le même ordre d'idées on a noté le *purpura*; mais c'est là un accident commun des formes vasculaires de la trophonévrose. Les auteurs s'accordent à diviser les troubles vaso-moteurs en troubles par vaso-constriction, dans lesquels ils rangent comme un type la maladie de Raynaud, et par vaso-dilatation, dont l'érythromélgie leur paraît être le type. Il est probable qu'il n'y a là qu'une question de degrés comme le paraît prouver l'alternance possible de ces phénomènes, comme le prouve en particulier l'observation de Potain⁽¹⁾ où les phénomènes érythro-

(1) POTAIN, Asphyxie locale des extrémités et érythromélgie chez un même sujet. *Journal de méd. et de chir. prat.*, 10 janvier 1897.

mélagiques existaient à droite, tandis qu'à gauche se manifestait la maladie de Raynaud.

Ces phénomènes vaso-moteurs de tout ordre semblent être sous la dépendance d'*excitations permanentes des centres, transmises par les voies sensibles* : l'acrocyanose, l'hémorragie, les élevures urticariennes se produisent en permanence ou momentanément dans les points irrités et il est probable que, chez les prédisposés, tel phénomène, en apparence extraordinaire et incompréhensible, est la conséquence d'irritations ou de traumatismes dont l'importance est disproportionnée avec les accidents observés. Ceci dit, en passant, pour les hystériques en particulier.

Les accidents dermatographiques au cours du tabes n'auraient pas d'autre cause pour Raichline⁽¹⁾ que cette hyperesthésie cutanée. Il en est de même dans la syringomyélie.

Nous verrons se manifester partout, dans le cours de cet article, l'influence de l'innervation sensitive sur les accidents des trophonévroses.

Aux troubles vaso-moteurs se relie les *œdèmes*, quelques faits rares d'érythème noueux. Toutes les variétés objectives de l'œdème appartiennent aux trophonévroses à l'exception des grands œdèmes de l'anasarque et des œdèmes très étendus des cardiaques, des brightiques, des malades dont la circulation cave inférieure est entravée.

Le plus grand nombre des œdèmes au cours des trophonévroses a comme caractères principaux la limitation assez nette, la disposition segmentaire, la résistance à la pression. Tous ces œdèmes sont durs, élastiques, le godet qu'y fait le doigt s'efface bientôt. On peut les regarder comme des gonflements plutôt que comme des œdèmes. Ils sont assez fréquemment froids, unilatéraux, ils n'ont aucune tendance au suintement et la piqûre de l'aiguille n'en fait sourdre aucune sérosité. Leur évolution est variable, souvent leur apparition est brusque, ils peuvent alterner avec d'autres manifestations névropathiques. Schlesinger⁽²⁾ décrit sous le nom d'*hydrops hypostrophos*, ou d'œdèmes aigus angioneurotiques, des œdèmes de cette dernière variété pouvant alterner ou coexister avec l'œdème névropathique des muqueuses et certains phénomènes que nous avons coutume, en France, de qualifier « arthritiques », diarrhée nerveuse, asthme, œdèmes périarticulaires. Ces *œdèmes intermittents* peuvent s'accompagner de douleurs intenses, de sensations pongitives dans les tempes, comme il est noté dans un cas de Wassiljew⁽³⁾. Dans ce cas l'œdème se produisit un jour au cours d'une crise convulsive suivie de parésie du bras. Cette association semble faite pour la démonstration.

(1) RAICHLINE, Le dermatographisme dans le tabes. *Soc. de biol., et Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1897, n° 92.

(2) SCHLESINGER, Hydrops hypostrophos. OEdèmes aigus angioneurotiques. *Münch. med. Woch.*, 1899, 1157.

(3) WASSILJEW, Ein Fall von intermitterendem localem Gesichtsoedem (œdema angioneuroticum Quincke). Analysé in *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1897, t. I, p. 510.

A côté de ces œdèmes aigus angioneurotiques intermittents, il faut placer les œdèmes permanents, comme ceux qui constituent le type de la *main succulente* et que l'on observe dans un assez grand nombre d'états divers tels que la syringomyélie, l'hémiplégie, la myopathie Landouzy-Dejerine, la poliomyélite antérieure.

La coloration des régions atteintes est très variable, d'ordinaire elle est blanche ou bleuâtre. L'évolution est souvent fort longue, ces œdèmes sont persistants. Le dermatographisme et l'urticaire les accompagnent fréquemment.

Tous ces phénomènes vaso-moteurs sont d'ordinaire précédés, ou accompagnés, de symptômes subjectifs, tels que fourmillements, frissons, élancements, horripilations, quelquefois ils évoluent dans des zones anesthésiques.

Quand on recherche avec soin l'état des nerfs, on découvre fréquemment des névralgies latentes, comme Haskovec⁽¹⁾ l'a signalé dans l'acroparesthésie, Jacquet⁽²⁾ dans la pelade. Mais ces phénomènes n'ont rien de constant et ils peuvent différer complètement d'un cas à l'autre. Dans beaucoup d'autres cas les lésions nerveuses sont beaucoup plus importantes, elles dominent la scène, ce n'est plus alors la trophonévrose qui est intéressante, c'est la maladie nerveuse dont elle n'est que l'épiphénomène. Dans ce cas, il est le plus souvent impossible de discerner dans le complexe nerveux la perturbation spéciale dont la trophonévrose est l'effet de l'ensemble des autres phénomènes nerveux.

L'influence de la maladie sur les parties constituantes de la peau, derme, épiderme et phanères, se traduit par les épaissements, les atrophies, les scléroses, les gangrènes et ulcérations, par l'apparition de lésions élémentaires variées et de dystrophies des phanères avec phénomènes sécréteurs.

L'*atrophie cutanée* pure est assez souvent précédée de phénomènes vaso-moteurs parmi lesquels la cyanose est le plus fréquent, elle évolue avec une rapidité assez grande en quelques mois, un an, elle envahit avec une certaine régularité de la périphérie vers le centre au moins dans les cas où elle est le symptôme prédominant ou exclusif⁽³⁾. Certaines de ces atrophies cutanées se poursuivent sans être accompagnées d'un processus réactionnel spécial. Nous renvoyons pour leur étude complète à l'article de Thibierge, dans le premier volume de cet ouvrage⁽⁴⁾.

Dans le plus grand nombre des cas, l'atrophie cutanée n'entre dans le tableau de la trophonévrose qu'à titre de lésion symptomatique, associée souvent à des atrophies profondes du squelette, des tendons et des muscles. Elle se traduit parfois par les lésions que l'on a décrites sous le nom de *glossy-skin* : peau mince, luisante, rosée, violacée ou blanchâtre, souvent marbrée, tendue

(1) HASKOVEC, Sur l'acroparesthésie. *Soc. des méd. Tchèques de Prague*, 27 juin 1897.

(2) JACQUET, Nature et traitement de la pelade. La pelade d'origine dentaire, *Annales de dermat.*, 1902, p. 97.

(3) HUBER, Ueber atrophia idiopathica progressiva cutis. *Arch. für Dermat. und Syphil.*, 1900, p. LII.

(4) THIBIERGE, Atrophies cutanées. *Pratique dermatologique*.

sur les parties qu'elle couvre, auxquelles elle semble adhérente, laissant transparaître les tendons et les os, donnant à la main qui explore une sensation de fixité et d'inextensibilité qui contrastent avec sa minceur réelle et avec l'élasticité de la peau du voisinage. Les rides et les plis de la peau normale n'existent plus, les duvets sont tombés. La résistance de la peau au traumatisme est fortement diminuée.

Dans d'autres cas, où l'atrophie de la peau est généralisée, il existe en même temps des troubles de développement portant sur le squelette et les tissus intermédiaires. Dans ces grands troubles trophiques, le système nerveux joue certainement un rôle, car les sujets ont un état psychique anormal, mais il est impossible de préciser ses effets propres. On doit rapprocher ces cas de ceux que l'on attribue à la dystrophie thyroïdienne, à la dystrophie pituitaire, on doit les rapprocher aussi de la dystrophie génitale et de la sclérodémie. Tels sont les cas de Bombarda⁽¹⁾, Grasset⁽²⁾.

Ces faits sont d'une interprétation trop incertaine pour que nous puissions dès aujourd'hui les classer. Ils sont passibles de deux interprétations principales : soit que l'on admette l'influence directe de la sécrétion interne viciée de certains organes, pituitaire, thyroïde, testicules, etc., sur l'ensemble des tissus, soit que l'on regarde cette action comme exagérée par l'interposition du système nerveux, comme il se produit dans le goitre exophtalmique, peut-être dans le myxœdème et dans l'acromégalie. Certains auteurs ont voulu même regarder l'érythromélie comme voisine de l'acromégalie.

Il semble donc que l'on puisse, au point de vue des trophonévroses, faire des atrophies cutanées trois classes principales : l'une renfermant les *atrophies symptomatiques* d'états connus, atrophies le plus souvent locales se produisant au cours d'une affection déterminée : telles les atrophies dues aux lésions traumatiques des nerfs et aux variétés diverses de la névrite périphérique; aux affections médullaires, syringomyélie, tabès, pachyméningites, paralysie infantile, etc.; la seconde comprenant les *atrophies dites idiopathiques* où prennent rang des atrophies évoluant souvent sans troubles sensitifs, sans douleurs, avec conservation des réflexes cutanés, exagération des réflexes tendineux, peau blanche. Il serait dans ces derniers cas utile de faire avec suite l'étude pletysphymographique de la circulation des extrémités, peut-être démontrerait-elle d'intéressantes anomalies de la fonction circulatoire et par suite des vaso-moteurs, ce qui rapprocherait alors ces atrophies des trophonévroses vraies. Ces cas sont rares, le cas de Huber que nous signalons plus haut en est un exemple. Enfin la troisième variété comprendrait les *trophonévroses associées* à des anomalies du développement général et accompagnées de perturbations de la fonction physiologique de certains organes, thymus, thyroïde, pituitaire, testicules, etc.; cas où le trouble trophique a une relation indirecte peut-être avec la lésion organique qui le produit.

(1) BOMBARDA, Un cas de trophonévrose généralisée. *A Medicina contemporanea*, 1898, t. XVI, p. 5.

(2) GRASSET, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1896, n° 5.