

Quand la trophonévrose agit sur la peau, elle y produit assez souvent des pigmentations ou des troubles de coloration disséminés, localisés ou généralisés. Ces *perturbations pigmentaires* se traduisent par la mélanodermie, le vitiligo, le lentigo, les taches de morphée.

La pigmentation généralisée rappelant la maladie d'Addison peut être le fait de lésions médullaires; dans un cas de Cauer⁽¹⁾, on trouva à l'autopsie une lésion médullaire et les capsules surrénales furent trouvées saines, malgré que la symptomatologie fût celle de l'addisonisme.

Ces mélanodermies d'origine nerveuse ne sont pas toujours généralisées, elles peuvent n'occuper qu'une portion d'un membre, le tronc, être disséminées par taches, exagérées aux points de pression. Dans les cas où elles sont disséminées, elles ont les caractères du lentigo. D'autres fois il s'agit de vitiligo disséminé évoluant au cours d'une affection nerveuse. Nous renvoyons pour leur étude plus précise à l'article « Mélanodermies » de Darier et à l'article « Vitiligo » dans ce volume.

Les maladies mentales sont fréquemment l'occasion de ces ataxies pigmentaires.

A l'autre extrémité de la série symptomatique se placent les *hypertrophies* beaucoup plus rares que les atrophies et paraissant liées à des formes très spéciales de maladies médullaires ou encéphaliques; nous aurons l'occasion de les étudier en passant plus tard en revue les trophœdèmes et certains pseudo-éléphantiasis. Ces hypertrophies sont rarement bilatérales et symétriques, quoique le fait puisse s'observer; le plus souvent elles intéressent un membre dans sa totalité, quelquefois seulement un segment de membre. Ces hypertrophies sont dans leur pathogénie très proches parentes des atrophies, car comme celles-ci elles sont la conséquence d'infections frappant l'axe encéphalo-médullaire, et la même affection peut produire tantôt l'atrophie, tantôt l'hypertrophie. Dans certains cas, l'hypertrophie porte sur la peau seule: tels les épaisissements signalés par Féré dans l'épilepsie. « Chez quelques épileptiques l'état asphyxique s'accompagne d'une tuméfaction générale des doigts et des mains, avec épaisissement pachydermique de la peau, assez prononcé pour que les mouvements en soient gênés⁽²⁾. »

A ces mêmes dystrophies paraissent appartenir des lésions de pathogénie actuellement très obscure, probablement variable comme les rétractions tendineuses et aponévrotiques. Schlesinger⁽³⁾ a observé la rétraction de l'aponévrose palmaire dans un cas de syringomyélie. Le même accident est fréquent chez les aliénés⁽⁴⁾.

(1) CAUER, Ueber die Beziehungen zwischen abnormer allgemeiner Pigmentierung und Veränderungen im Nervensystem. *Inaug. Dissert.* Breslau, 1894, et *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1898, t. XLII, p. 278.

(2) FÉRÉ, Note sur l'asphyxie locale des extrémités chez les épileptiques, en particulier sur un cas d'asphyxie disséminée. *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1891, p. 554.

(3) SCHLESINGER, Deux cas de syringomyélie avec symptômes rares. *Wiener klin. Woch.*, 1900, p. 169.

(4) FÉRÉ et FRANCILLON, Fréquence de la rétraction de l'aponévrose palmaire chez les aliénés. *Revue de méd.*, 1902.

Les *annexes de l'épiderme* sont pour leur part atteintes de troubles fonctionnels qui entraînent des anomalies de croissance, la chute des ongles et des poils, des troubles sécrétoires. Ces faits sont remarquables surtout dans la pelade, la canitie, le vitiligo; ils sont dans ces cas sous la dépendance d'actions réflexes dont l'origine est très variable. Head⁽¹⁾ avance que chacun des organes céphaliques, le nez, l'oreille, l'amygdale, les dents, la langue, les glandes salivaires, le larynx, est en relation avec plusieurs zones de la surface cutanée. Il ajoute même que les affections des viscères abdominaux produisent des zones douloureuses non seulement sur le tronc, mais encore sur le cuir chevelu. Nous savons quelles sont les idées de Jacquet sur la pelade trophoneurotique d'origine dentaire ou viscérale. Ces pelades apparaissent et s'étendent brusquement, elles peuvent guérir aussi très rapidement.

Les phanères ont, au cours des trophonévroses, une croissance irrégulière, ralentie ou exagérée; elles sont le siège de dystrophies, l'ongle, en particulier, présente des épaisissements, des irrégularités de surface, des proliférations se font et le soulèvent sur son lit; dans quelques cas il cesse de croître, il tombe, dans d'autres il s'atrophie progressivement.

Sollier⁽²⁾ a même observé des atrophies dentaires chez des hystériques qui avaient un état général mauvais à la suite d'anorexie nerveuse.

Les *troubles sécrétoires* sont fréquents, ce sont le plus souvent des crises d'hyperidrose. Ces crises peuvent se produire sous des influences absolument anormales, sous l'influence du froid, par l'ingestion de boissons glacées; au contraire, la transpiration diminue dans les travaux manuels. Les boissons chaudes l'arrêtent. Tel était le cas de Kaposi⁽³⁾, il n'y avait d'autre altération nerveuse que l'exagération des réflexes patellaires des deux côtés.

Dans d'autres cas l'hyperidrose est associée à des lésions localisées du cortex, à des troubles généraux de la fonction vaso-motrice. Elle fait souvent partie intégrante du tableau clinique de trophonévroses à symptômes multiples; dans ce dernier cas il s'agit le plus souvent d'hyperidrose partielle, associée aux symptômes des acrocyanoses ou des acroparesthésies, de l'hémihypertrophie.

Dans le même ordre d'idées on observe les perturbations de la fonction sébacée se traduisant soit par une sécheresse exagérée de régions naturellement grasses, soit par la sécrétion d'un épais enduit sébacé couvrant les régions malades. Ce dernier fait a été observé dans l'hémihypertrophie faciale.

L'*ulcération* et la *gangrène* au cours des trophonévroses sont liées à des processus pathogéniques bien différents. Il est évident qu'il y a peu de rapports entre la gangrène au cours des acrocyanoses et la gangrène hysté-

(1) HEAD, On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease. *Brain*, 1895, 1894, 1896.

(2) SOLLIER, Troubles trophiques des dents d'origine hystérique. *Congrès franç. de méd.* Nancy, 1896.

(3) KAPOSI, Hyperidrosis spinalis superior. *Arch. für Dermat. und Syphil.*, 1899, t. XLIX, p. 521.

rique vraie, si tant est que celle-ci puisse être scientifiquement établie, et la gangrène consécutive aux grands accidents encéphaliques. Même dans ce dernier cas la nécrose paraît liée à des processus différents : tantôt elle se produit sans aucun accident vaso-moteur apparent évoluant en même temps, d'autres fois elle suit des troubles vaso-moteurs accentués survenant peu après l'hémiplégie, elle atteint les extrémités après une phase de quelques jours de cyanose et de gonflement.

Chez les hystériques on la voit apparaître avec une apparence de spontanéité qui fait invinciblement naître l'idée de simulation. Elle semble chez ces derniers malades se terminer par formation de volumineuses cicatrices chéloïdiennes, et la chéloïde est un accident très ordinaire de la guérison des plaies trophoneurotiques. Nous reviendrons plus loin sur ces accidents.

Quant aux ulcérations elles sont un des accidents ordinaires de toutes les trophonévroses et toujours elles se produisent avec facilité, dans des régions traumatisées, chez les malades atteints d'autres symptômes de troubles de la nutrition locale des tissus. Leurs grands caractères sont de guérir très aisément quand on les soustrait à l'action des irritations extérieures, d'être torpides, souvent analgésiques, et souvent anesthésiques aux divers modes de la sensibilité. Elles se reproduisent plus facilement encore qu'elles guérissent.

En outre des symptômes généraux précédents, les trophonévroses s'accompagnent d'éruptions cutanées dont les lésions élémentaires appartiennent à un type quelconque : bulles, vésicules, papules, tubercules, etc. Ces lésions élémentaires ne nous arrêtent pas, car elles n'ont en elles-mêmes rien de caractéristique, mais assez fréquemment leur localisation et leur distribution suffisent à impliquer la nécessité de l'intervention d'une lésion ou d'un trouble nerveux dans leur production.

Les lois de localisation des éruptions au cours des trophonévroses sont simples quand la trophonévrose évolue au cours d'un état nerveux dont la lésion causale peut être déterminée et localisée, mais même dans ce dernier cas beaucoup de particularités de localisation nous échappent. On peut dire qu'en général les éruptions qui se produisent chez les individus dystrophiés n'évoluent pas en même temps dans la région dystrophiée et dans la région saine, mais qu'elles choisissent, pour ainsi dire sans cause appréciable, l'une ou l'autre de ces régions. C'est ainsi que nous trouvons des éruptions syphilitiques généralisées envahissant toute la peau, sauf les membres paralysés⁽¹⁾. Dans d'autres cas les régions paralysées sont au contraire seules atteintes par les éruptions. G. Étienne⁽²⁾ a publié dans ce sens l'observation d'une éruption pemphigoïde localisée exclusivement du côté paralysé, d'un cas de variole

(1) JOLLY, Éruption syphilitique généralisée survenue chez un ancien paralytique infantile ayant respecté le membre atrophié. *Soc. méd. des hôp.*, 27 mars 1896. — THIBERGE, Note sur un cas de syphilides ulcéreuses survenues chez un malade atteint de paralysie infantile et ayant respecté le membre atrophié. *Soc. méd. des hôp.*, janvier 1897.

(2) G. ÉTIENNE, Localisation élective des éruptions cutanées sur le côté intéressé par une affection nerveuse unilatérale d'origine centrale. *Presse méd.*, 10 sept. 1898, p. 145.

hémorragique limitée au côté atteint par les troubles trophiques d'une sclérose en plaques unilatérale, de vaccine n'évoluant que du côté paralysé.

On doit se demander si ces faits, en apparence contradictoires, n'ont pas leur explication dans la nature particulière des substances toxiques en circulation, les unes attaquant avec élection les régions à innervation troublée, tandis que d'autres ne peuvent agir que sur la nutrition de territoires sains.

Des trophonévroses de variété diverse peuvent évoluer en même temps dans la région directement soumise à la perturbation nerveuse et dans la région opposée : dans l'épilepsie, Féré⁽¹⁾ a vu l'hémiatrophie faciale évoluer du côté des convulsions, des troubles de pigmentation se produire du côté opposé. L'auteur admet simplement que le trouble trophique a mis obstacle à la production de la lésion cutanée du côté soumis aux convulsions.

Nous n'avons aucun moyen d'apprécier les différences qui expliquent la réceptivité ou l'indifférence des zones cutanées sur lesquelles se produisent les éruptions, mais il n'est pas impossible que les localisations éruptives soient commandées surtout, comme nous le disions plus haut, par la nature des agents introduits dans la circulation : un poison déterminé ayant une élection plus forte pour la peau en état de nutrition anormale, tandis qu'un autre poison ne pourra manifester son action que sur la peau saine. Il semble donc que la structure de la peau, que sa constitution chimique à un moment déterminé soit l'occasion de l'apparition de l'éruption. Celle-ci n'appartient pas en propre à la trophonévrose, c'est un phénomène surajouté, au même titre que l'urticaire est un phénomène dû à la nature spéciale de la peau urticarienne, autant qu'aux poisons qu'y apporte le sang. Si donc toute peau peut subir des modifications trophiques vraies, il semble que les téguments ainsi dystrophiés conservent une sorte de faculté de réaction individuelle, comparable aux réactions propres de la peau normale chez des individus différents. Il y a donc dans toute trophonévrose des actions secondaires qui dépendent plus du tissu dystrophié que du nerf qui le commande.

Ce que nous avons dit en étudiant la pathogénie nous dispense d'insister sur la distribution des trophonévroses, cette répartition peut jouer dans l'interprétation du siège des lésions causales un rôle prépondérant : tels sont les cas où les symptômes se localisent à un territoire nerveux périphérique, à une zone radiculaire; tels sont encore les faits de trophonévrose croisée dont le cas de Lountz⁽²⁾ est un des plus remarquables exemples; avec de pareilles distributions le siège bulbo-protubérantiel des lésions pathogènes est évidemment certain. Mais il reste les très nombreux cas où l'éruption, la lésion de trophonévrose ne correspond à aucune zone connue. Pour ces derniers toutes les hypothèses sont actuellement sans vérification possible, que l'on admette la théorie de Voigt ou celle de Head, et c'est précisément de ces lésions qu'il est

(1) FÉRÉ, Un cas de lentigo chez un épileptique. *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1888 t. I, p. 112.

(2) LOUNTZ, De l'hémiatrophie totale croisée. *Soc. de neurol. et de psychiatrie de Moscou* 19 janvier 1896.

le plus difficile d'affirmer qu'elles sont ou ne sont pas de nature trophique.

Or on observe assez souvent de ces dispositions linéaires, en bandes, des lésions dermatologiques sans qu'il soit possible de les rattacher à une affection d'un tronc ou d'un segment nerveux précis. Nous laisserons donc de côté l'étude de ces éruptions linéaires pour nous attacher exclusivement à l'étude des trophonévroses proprement dites.

L'évolution des trophonévroses est extrêmement variable, et il est impossible de la schématiser utilement. Les unes évoluent sans rémission jusqu'à la mort : telles sont les trophonévroses au cours des névrites périphériques par lésions permanentes des nerfs et des centres, dans la lèpre, la syringomyélie; telles les lésions qui se produisent dans les formes graves de la maladie de Raynaud. D'autres sont subordonnées dans leur évolution et dans leur intensité aux phases successives des maladies qui les commandent : telles sont les gangrènes, les œdèmes, les troubles variés de l'hystérie. Les angionévroses et les acrocyanoses se modifient avec l'âge, les saisons, les états physiologiques et pathologiques, elles ont des alternatives de rémission et d'accentuation.

Les diverses variétés de trophonévrose se compliquent et se combinent parfois, l'érythromélalgie et la maladie de Raynaud, celle-ci et la sclérodermie, la sclérodermie et les hémiatrophies évoluent aisément ensemble, comme pour prouver qu'il n'y a pas de différence absolue entre ces processus et que les grandes différences cliniques qui les opposent ou les séparent sont peut-être sous la dépendance de minimales différences étiologiques et pathogéniques.

En résumé les caractères généraux des trophonévroses sont les suivants :

a. Du côté du système nerveux périphérique des troubles sensitifs occupent les territoires malades, les dépassent souvent beaucoup, ces symptômes sont de toute intensité, ils affectent toutes les variétés de la sensibilité : hyperesthésie tactile, anesthésie, analgésie, hyperalgésie, paresthésie, retards de transmission, erreurs de localisation; cryesthésie, dissociation thermo-tactile; des troubles vaso-moteurs, œdème, rougeur, cyanose, purpura, refroidissement, élévation de température, asphyxie, syncope locale; des troubles sécrétoires, hyperidrose, anidrose, bromidrose, astéatose, hyperstéatose; des troubles trophiques proprement dits, de l'atrophie, de l'hypertrophie, des rétractions des tissus, la gangrène, les ulcérations, toutes les variétés d'éruptions cutanées : sudamina, vésicules, etc., etc.; des lésions de la pigmentation et de la reproduction de l'épiderme et des phanères, vitiligo, lentigo, leucokératose, alopecie, canitie, onychotrophies; des symptômes inflammatoires secondaires, rougeur diffuse, chaleur et douleur, suppuration, abcès, phlegmons.

b. Du côté du système nerveux central des lésions de tout ordre, maladies classées ou affections inappréciables autrement que par la localisation spéciale qu'elles peuvent imprimer aux éruptions et aux atrophies, des troubles psychiques accentués et très variés, peuvent être la cause déterminante de la trophonévrose.

c. Les autres symptômes sont fournis par l'évolution des lésions, leur réapparition sous l'influence du traumatisme, leurs groupements linéaires,

herpétiformes, en bandes, segmentaires, radiculaires, tronculaires, leur symétrie, la coexistence d'affections nerveuses ou de troubles viscéraux ou organiques dont elles ne sont pour ainsi dire que la manifestation réflexe.

La multiplicité extrême des symptômes ne permettrait pas de classification si l'on se contentait de considérer la lésion trophique en elle-même, en dehors des états morbides au cours desquels elle apparaît. Mais toutes les variétés de troubles trophiques ne sont pas en relation appréciable avec des troubles nerveux déterminés, il est donc utile, au point de vue de la description, de faire des trophonévroses deux groupes : l'un répondant aux lésions trophiques qui évoluent sans que l'on puisse saisir leurs relations avec une affection connue; l'autre répondant aux lésions trophiques qui ne sont pour ainsi dire qu'un épiphénomène au cours de maladies classées.

Classification. — Étude des formes cliniques. — La classification des trophonévroses ne saurait être actuellement que provisoire : ce que nous avons dit de leur pathogénie le fait comprendre, car la même forme clinique a des pathogénies variées, la même pathogénie est l'occasion de syndromes morbides ou de symptômes différents suivant le territoire nerveux sur lequel porte l'action morbifique et suivant l'intensité de cette action.

Les troubles trophiques regardés autrefois comme des entités morbides ne sont que des syndromes. La systématisation éruptive ou trophique elle-même est loin d'être toujours assez précise pour fournir des assises sérieuses à la classification anatomique. Dans ces conditions nous proposerons provisoirement et pour la commodité de la description la classification suivante :

ESSAI DE CLASSIFICATION PROVISOIRE DES TROPHONÉVROSES

I. Troubles trophiques au cours d'une maladie déterminée du système nerveux.

Tous les syndromes, tous les symptômes de la trophonévrose peuvent se rencontrer.

1° Dans les états cérébraux à grands symptômes psychiques.

Paralysie générale. — Démence sénile. — Psychose périodique. — Idiotisme. — Manie aiguë. — Épilepsie. — Hystérie. — Neurasthénie. — Mélancolie, etc.

2° Dans les maladies encéphalo-médullaires.

Hémiplégies. — Sclérose en plaques. — Sclérose latérale amyotrophique. — Tabes. — Paralysie agitante. — Pachyméningite. — Syringomyélie. — Paralysie infantile, etc.

3° Dans les névrites périphériques.

II. a. Troubles trophiques secondaires à des perturbations de la sécrétion interne des glandes vasculo-sanguines (thymus, thyroïde pituitaire, surrénale, etc.). — β. Dystrophies étendues ou généralisées sans pathogénie connue, réalisant un type morbide spécial.

Goitre exophtalmique. — Myxœdème. — Acromégalie. — Sclérodermie généralisée?? — Dystrophie génitale, gérodermie. — Trophœdèmes? — Mélanodermies, etc. — Adipose douloureuse.

III. Grands syndromes trophonévrotiques regardés par quelques auteurs comme des entités morbides. — Pathogénie variable.

α. Syndromes vaso-moteurs.

Maladie de Raynaud. — Maladie de Weir Mitchell, érythromélalgie. — Éry-