

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-

thromélie. — Névrose vaso-motrice de Nothnagel. — Spasme artériel de Martin. — Acrocyanoses. — Acroangioses. — Angioneuroses en général. — OEdèmes circonscrits? — Acrohyperidrose.

β. Syndromes sensitifs.

Acroparesthésie. — Acrodynie.

γ. Syndromes trophiques proprement dits.

Sclérodémie. — Sclérodactylie. — Gangrènes trophiques. — Hémiatrophie et hemihypertrophies faciales. — Hémiatrophie croisée. — Atrophies cutanées. — Main succulente. — Glossyskin. — Rétraction de l'aponévrose palmaire. — Maladie de Morvan.

IV. Éruptions monomorphes à distribution systématisée.

Éruptions linéaires ou en bande.

Herpès. — Zona. — Lichen. — Eczéma. — Psoriasis. — Sclérodémie. — Vitiligo, etc.

I. TROUBLES TROPHIQUES AU COURS D'UNE MALADIE DÉFINIE DU SYSTÈME NERVEUX.

— *Hystérie*. — Les troubles trophiques de l'hystérie sont pour la plupart dominés par les perturbations vaso-motrices qui en sont l'origine, la manifestation principale ou exclusive. Déjà, en 1876, Armaingaud avait proposé, pour indiquer la pathogénie de certains accidents vaso-moteurs de cette origine, de les désigner sous le titre de « forme vaso-motrice intermittente de l'hystérie (1) ». Ils sont extrêmement variés dans leurs formes cliniques et aucun degré de gravité ne leur est inconnu, depuis le dermographisme, les œdèmes et l'urticaire jusqu'aux gangrènes, en passant par le purpura et les hémorragies.

Les œdèmes hystériques (2) se localisent à un segment de membre ou à une partie seulement d'un segment, le tiers inférieur d'un avant-bras, la main par exemple, ils évoluent sur un territoire paresthésié, dans lequel existent des douleurs spontanées, ou qui est au contraire anesthésique ou analgésique. Parfois leur évolution s'accompagne de parésie ou de paralysie, souvent de contracture. Chez le même sujet, la forme de l'œdème peut varier d'une attaque à l'autre, et les phénomènes subjectifs varier avec l'apparence clinique. C'est ainsi que l'on peut observer un simple épaissement de la peau sans coloration anormale, une coloration rosée des parties œdématisées, enfin un œdème violacé ou bleu. Les sensations subjectives sont plus intenses dans l'œdème bleu. Dans l'œdème rosé, il y a parfois une très nette augmentation de la chaleur locale; le plus souvent l'œdème hystérique est hypothermique.

Chez quelques malades, la crise d'œdème est précédée et annoncée par des frissons, des horripilations, des douleurs lancinantes.

Ces œdèmes sont de consistance ferme, élastique; le doigt qui les déprime

(1) ARMAINGAUD, *Sur une névrose vaso-motrice se rattachant à l'état hystérique*. Paris, 1876.

(2) MANNHEIMER, Troubles vaso-moteurs d'origine hystérique. *Arch. de neurol.*, sept. 1896. — SOYEZ, Studio clinico sull' œdema isterico. *Revista clinica e terapeutica*. Analysé in *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1897, t. XLI, p. 144. — GAGNONI, OEdème hystérique alternant avec des accès convulsifs. *Acad. des sci. nces*, 4 juillet 1898. — WARDE, L'œdème hystérique, *Thèse de Paris*, 1897. — COSH, OEdème bleu hystérique. *Soc. de chir. de New-York.*, oct., nov. 1895. — BOIX, Contribution à l'étude de l'œdème bleu hystérique. *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1891, p. 65. — GILLES DE LA TOURETTE et DUTEL, Études des troubles trophiques dans l'hystérie. *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1889, p. 251.

n'y détermine pas la formation de godet, ou le godet n'y persiste pas. Quand on les pique avec une aiguille, aucune sérosité ne s'échappe par la piqûre. Ils sont asymétriques le plus souvent; essentiellement variables dans leur évolution, tantôt stables, tantôt fugaces et migrants.

Les œdèmes hystériques ne se produisent que chez les hystériques à terrain prédisposé. Cette prédisposition serait à étudier dans sa nature; il est bien probable qu'elle dépend des auto-intoxications, des émotions, de l'influence des agents atmosphériques, des traumatismes.

Il est arrivé parfois que ces œdèmes, par leur dureté et par leur persistance, ont fait croire, quand ils étaient localisés au sein, à l'existence de tumeurs, et des interventions inopportunes ont été pratiquées de ce fait. Ces œdèmes du sein sont le premier terme de la série des troubles trophiques qui peuvent frapper cette région. Ils sont fréquemment d'origine réflexe: un traumatisme, une idée fixe les cause; Fowler avait déjà noté chez les femmes qui les présentent l'existence de zones hyperesthésiques du vagin et du col de l'utérus, et la menstruation est l'occasion de leur exacerbation. Le sein hystérique se transforme en quelques minutes: des picotements, des élancements douloureux se produisent, que suit bientôt un gonflement de la masse mammaire; la peau se marbre de taches violacées ou rouges, uniformes: on peut à ce moment constater dans le sein l'existence nette de pseudo-tumeurs. Si les phénomènes s'aggravent, la peau de l'aréole se mortifie, une ulcération se produit, l'infection survient, les ganglions axillaires s'engorgent. Comment le chirurgien n'interviendrait-il pas?

Le *dermographisme* est un phénomène si banal que nous le signalons seulement.

Les hémorragies (1), comme les œdèmes, sont d'une intensité et d'une gravité absolument hors de proportion avec leur cause occasionnelle. On a vu apparaître deux à trois heures après un traumatisme léger, ne laissant aucune trace, des hémorragies abondantes par le mamelon. Des ecchymoses se produisent avec la même facilité; dès l'enfance on les observe, elles évoluent comme les ecchymoses normales en quinze à vingt jours. Parfois des sueurs sanglantes apparaissent sur les taches ecchymotiques. Dans un cas de Raymond, le processus ecchymotique fut le premier stade de troubles trophiques qui amenèrent la chute des ongles (2). Le même auteur a observé le purpura.

De toutes les maladies nerveuses, l'hystérie est celle qui semble favoriser le plus la gangrène (3) cutanée. Ces gangrènes sont ordinairement précédées

(1) CHIPAULT, Un cas d'hémorragie hystérique du sein. *Presse méd.*, 1896, n° 67. — BÉCLÈRE, Ecchymoses spontanées des quatre membres et des deux seins avec hématurie chez une jeune fille de treize ans et demi. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, mai 1900. — HYDE, A contribution to the study of bleeding stigmata. *Comptes rendus de l'Assoc. des dermatologues américains*. Analysé in *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1898, t. XLVI, p. 110.

(2) RAYMOND, Troubles trophiques dans l'hystérie. *Journal de méd. et de chir. prat.*, 10 déc. 1895.

(3) TONNELIER, Les gangrènes cutanées d'origine hystérique. *Thèse de Paris*, 1896. —

d'œdème bleu, d'éruptions pemphigoïdes, d'accidents urticariens; elles se produisent dans des territoires douloureux, en deux ou trois jours l'escarre est complètement formée et le sillon d'élimination se dessine. Mais l'évolution ultérieure est lente et le plus souvent les cicatrices sont hypertrophiques : le chéloïde est l'aboutissant général de ces gangrènes.

Ces gangrènes hystériques de la peau ont été étudiées par un assez grand nombre d'auteurs sous des noms divers; nous signalerons seulement le *zoster gangrenosus, hystericus, atypicus* de Kaposi, le *pemphigus neuroticus* de Neuburger, le *neurotic excoriations* de Sangster.

La gangrène hystérique est fréquemment consécutive à un traumatisme local, dont l'intensité est disproportionnée avec l'effet produit. Elle semble se manifester au cours de syndromes hystériques particulièrement graves accompagnant ou précédant la syringomyélie. Dans quelques cas, la gangrène semble être la première manifestation de la névropathie, dont l'évolution simule l'hystérie pour aboutir à la syringomyélie. On aura une idée de la vulnérabilité extraordinaire du tégument chez certains malades en lisant le travail de Bayet; on y verra l'application d'un simple emplâtre rappeler aisément la gangrène (1).

Cette vulnérabilité toute spéciale de la peau dans l'hystérie vaso-motrice rend particulièrement facile la simulation, mais elle suffit à expliquer, en dehors de toute supercherie, les surprenantes lésions que présentent souvent ces malades par le simple fait de l'autosuggestion. Les *stigmata* sont des phénomènes de cet ordre. Cette vulnérabilité spéciale impose encore au médecin une certaine prudence dans l'appréciation de la responsabilité des hystériques simulateurs, elle impose surtout au médecin légiste le devoir de tenir compte des faits où l'hystérie apparente n'a été que le premier symptôme de l'évolution d'une lésion nerveuse vers la syringomyélie.

Tous les faits que nous venons de rapporter rapidement mettent en lumière l'extraordinaire réceptivité des téguments de certaines hystériques aux traumatismes; ils sont corroborés et complétés les uns par les autres. Tous tendent à démontrer que le système vaso-moteur des hystériques est dans une extraordinaire instabilité et que la nutrition des parois vasculaires et des tissus semble, chez certains d'entre eux, être en imminence perpétuelle de défaillance et de déchéance.

Nous ne signalerons que pour mémoire les autres troubles trophiques signalés dans l'hystérie : urticaire, eczéma, prurigo, taches pigmentaires, vitiligo, éruptions papuleuses et lichénoïdes, le pemphigus hystérique, la chute des cheveux, des ongles, les ulcérations buccales, l'atrophie dentaire (2).

JUSTUS, Gangrena hysterica. *Verhandl. des Vereines ungarischer Dermatologen und Urologen*, 1897, et *Arch. für Dermat. und Syphil.*, 1898, t. XLII, p. 147.

(1) HINTNER, Ueber einen Fall von multipler Hautgangrän. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1897, t. XXXVIII, p. 207. — BAYET, Gangrènes disséminées et successives de la peau, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1894, t. V.

(2) WIDAL, Ulcérations buccales et cutanées, œdème, érythème noueux, orchite d'origine hystérique. *Soc. méd. des hôp.*, 29 mai 1896. — MOTY, Dystrophie unguéale généra-

L'hystérie peut donc servir de type dans la description des trophonévroses, surtout des trophonévroses à prédominance vaso-motrice; c'est pourquoi nous l'avons étudiée en premier lieu.

La même influence vaso-motrice se retrouve dans la *paralysie générale*; nous avons rapporté plus haut les expériences de Klippel et Dumas. Dans une étude d'ensemble, sur les paralytiques généraux, Cololian (1) note 48 fois sur 57 malades observés des troubles d'intensité et d'ordre divers. Il note l'alopecie très fréquente, les dyschromies, les dystrophies onguéales, la desquamation ichthyosiforme, les escarres sacrées, les éruptions bulleuses, le purpura, le zona, le mal perforant. Bien que certains de ces faits puissent être regardés comme de simples coïncidences, il en reste un grand nombre qui ne paraissent pouvoir s'expliquer que par la maladie elle-même. Durante (2) fait remarquer que les troubles de *dilatation paroxystique des vaisseaux* se rencontrent à chaque pas dans la paralysie générale.

Le *mal perforant* est l'une des variétés fréquentes du trouble trophique de la paralysie générale; il se rencontre avec une fréquence plus grande chez les malades qui ont été alcooliques. Il est probable que, dans ces cas, des névrites périphériques évoluent en même temps que la paralysie générale.

Le *syndrome érythromelalgique* a été observé, et Féré (3) rapporte un cas de trichotillomanie.

Les autres psychoses ne sont pas plus à l'abri des troubles trophiques; dans la *démence sénile*, on a vu des troubles vaso-moteurs unilatéraux accompagnés d'œdème de la peau qui était en outre mince, luisante, rougeâtre, livide, et qui s'excoriait aux plus légers frottements (4). Au cours d'une *psychose périodique*, Falk (5) voit paraître et disparaître une éruption pemphigoïde qui suit les phases de la psychose.

Les phanères n'échappent pas davantage au processus trophique. C'est ainsi que Mirto (6) voit, après Rauber, survenir, au cours d'une attaque de *manie* durant quelques jours, de la sécheresse des cheveux, qui bientôt deviennent

lisés. *Nord médical*, 1898, n° 78. — VODSEDALEK, Éruption cutanée hystérique. *Casopis cesky'ch le'karu*, 1896. *Revue de neurol.*, 1898, p. 55. — VAN HARLINGEN, The hysterical Neuroses of the skin. *Journal of the Medical Sciences*, 1897, Bd. CXIV, n° 4. *Arch. für Dermat. und Syphil.*, 1899, t. XLVIII, p. 291. — ATHANASIU, Des troubles trophiques dans l'hystérie. *Thèse de Paris*, 1890. — SOLLIER, Troubles trophiques des dents d'origine hystérique. *Congrès franç. de méd.* Nancy, 1896.

(1) COLOLIAN, Les troubles trophiques de la paralysie générale. *Arch. de neurol.*, 1898, t. V, 2^e série, n° 25 et 27.

(2) DURANTE, Des troubles trophiques et des troubles circulatoires dans la paralysie générale. *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1894, n° 9-10.

(3) FÉRÉ, Le prurit et la trichotillomanie chez les paralytiques généraux. *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1899, p. 312.

(4) KAISER, Sur un trouble vaso-moteur unilatéral d'origine cérébrale. *Neurol. Centralbl.*, 1895, n° 10, p. 457.

(5) FALK, Un cas de trouble trophique périodique dans la psychose périodique. *Moniteur russe de psychiatrie clinique et méd. lég.*, 1899, p. 252, 262.

(6) MIRTO, Alterazione trofica dei capelli durante una fase di eccitamento maniaco. *La Riforma medica*, 1896, vol. I, n° 57-58. Analysé in *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1899, XLVIII, p. 144.

cassants. Les mèches de la partie antérieure de la tête perdent leur couleur blonde naturelle, qui passe au blanc jaunâtre; les cheveux ainsi transformés sont fragiles et s'arrachent facilement.

L'épilepsie est une des occasions les plus communes de la trophonévrose; elle s'y manifeste sous ses aspects les plus divers et les plus communs, mais quelquefois aussi d'une façon inattendue. Comme au cours des autres lésions encéphaliques, on trouve ici des accidents vaso-moteurs, des troubles de la pigmentation; on note même la sclérodémie en bandes.

Les troubles vaso-moteurs ont reproduit plusieurs fois le *syndrome de Raynaud* avec gangrène des orteils; les attaques de maladie de Raynaud évoluent dans quelques cas parallèlement aux accès; dans l'intervalle, les mains peuvent rester cyanosées, et cette cyanose n'est pas rare chez les épileptiques. L'état asphyxique s'accompagne assez souvent, au dire de Féré⁽¹⁾, d'une tuméfaction générale des doigts et des mains, avec épaissement pachydermique de la peau. Dans une observation de cet auteur, il se produisit, en même temps que l'asphyxie locale, des taches d'asphyxie disséminées à toute la peau et nous avons observé nous-même des marbrures violacées étendues à toute la peau au cours de l'attaque épileptique.

Un degré de plus et le purpura apparaît. Bourneville⁽²⁾ le signale à la face, au front, aux paupières, à la région de la barbe. Dans un autre cas, il voit des ecchymoses de la conjonctive.

Les troubles de la pigmentation sont relevés par Féré, Lannois. Ces mélanodermies occupent le tronc, depuis la racine du cou jusqu'à la naissance des cuisses; la pigmentation est exagérée aux points de pression; dans d'autres cas, elle est généralisée, rappelle la maladie des vagabonds. Les cheveux peuvent subir le même processus dyschromique, changer de couleur ou de nuance. D'autres fois ils tombent, et le cuir chevelu se déglabre par places, par un véritable processus peladique⁽³⁾. Enfin les troubles pigmentaires peuvent s'associer à des troubles trophiques: Féré a publié une observation d'*hémiatrophie faciale* accompagnée de lentigo distribué au côté opposé du corps.

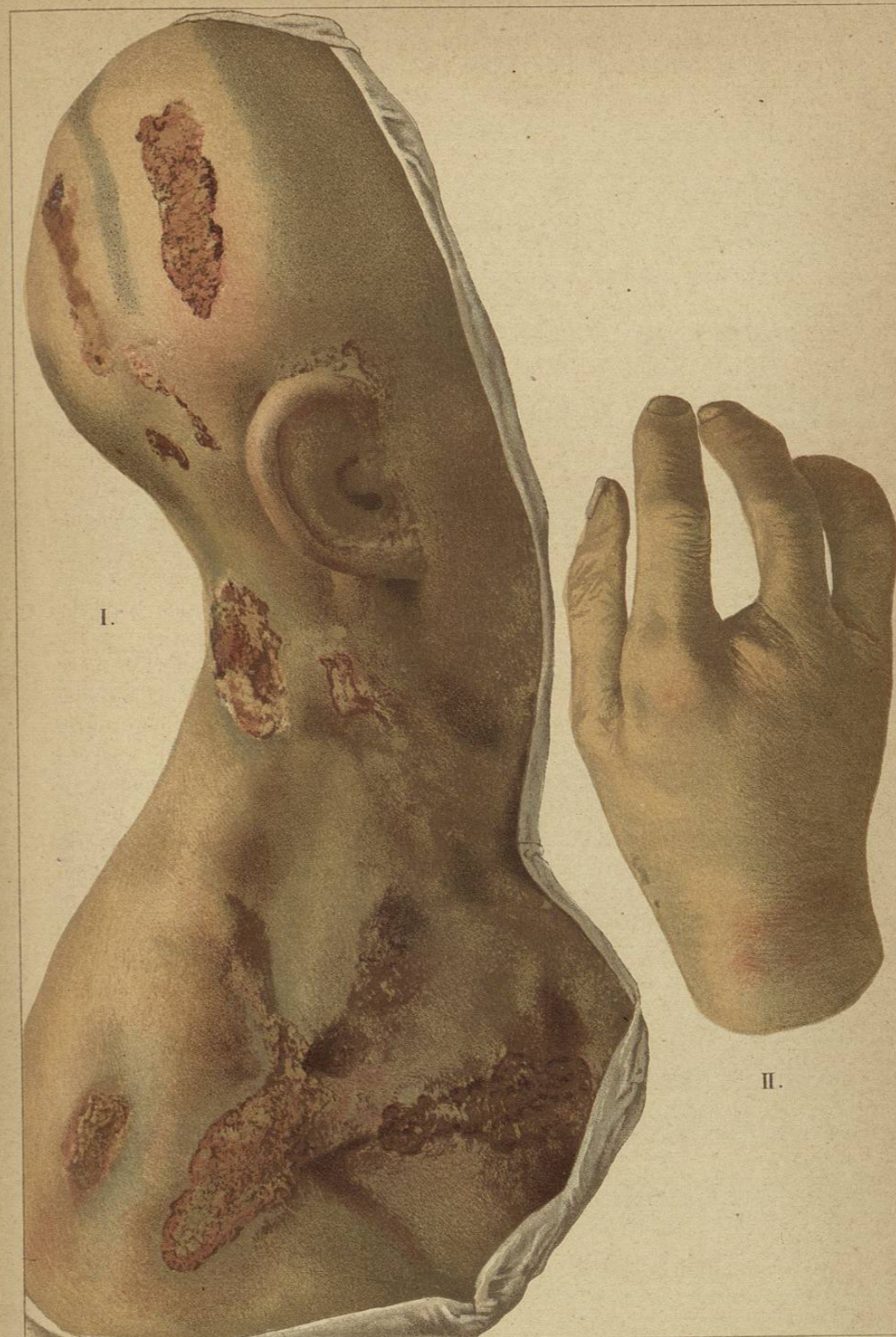
Nous n'insisterons pas d'une façon spéciale sur les trophonévroses qui accompagnent la *neurasthénie*, la *mélancolie*, ce sont des ecchymoses, des éruptions de toute variété se produisant chez les neurasthéniques à la suite d'émotions violentes. Dans la mélancolie, on a signalé l'existence d'œdèmes des extrémités dont la symptomatologie rappelle les œdèmes hystériques⁽⁴⁾.

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

(2) BOURNEVILLE, De quelques hémorragies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie. *XI^e Congrès des ali. n. et neurol.* Limoges, août 1901.

(3) LANNOIS, Mélanodermie chez les épileptiques. *Lyon médical*, 1898, p. 65. — FÉRÉ, Note sur un cas de mélanodermie récurrente chez un épileptique apathique. *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1897, t. X, n^o 5.

(4) MANNHEIMER, Un cas d'œdème des mains chez un mélancolique. *Tribune méd.*, 1886, n^o 55. — LÉOPOLD LÉVI, Des troubles vaso-moteurs au cours de la neurasthénie. *Soc. de biol.*, juin 1898.



Masson et C^{ie} Éditeurs, Paris.

Imp^{ie} Firmin Didot et C^{ie} Paris.

Syringomiélie

I. Ulcères trophiques (Côté droit) Musée S^t Louis. N^o 1177 (Jacquet)
II. Main droite (Medius amputé)

De toutes les *maladies classées, encéphalo-médullaires*, la syringomyélie et le tabes sont celles qui réalisent le plus ordinairement les troubles trophiques. La syringomyélie est, à cet égard, extrêmement remarquable.

Syringomyélie. — Tout ce que peut offrir de plus extraordinaire la pathologie nerveuse en fait de troubles trophiques peut s'observer dans la syringomyélie. En faire l'énumération serait passer en revue la généralité des symptômes et des syndromes qui se rapportent aux altérations des conducteurs et des centres nerveux. Ce polymorphisme est d'ailleurs commandé par l'extrême variabilité du degré et de l'étendue des lésions gliomateuses et dégénératives qui se produisent sous son influence autour du canal épendymaire et sous les méninges. En essayant, d'après les observations publiées, le groupement des lésions trophiques au cours de cette maladie, on voit que, le plus souvent, les symptômes trophiques s'associent de façon à former un syndrome, qu'en d'autres cas ils restent assez isolés pour constituer un simple symptôme au cours de l'évolution morbide.

Parmi les symptômes isolés nous notons, du côté de l'épiderme, des épaississements, des érosions, des éruptions. Les épaississements vont jusqu'à la formation de callosités; on les observe surtout aux doigts dont ils couvrent la face dorsale, que parfois ils engainent complètement. Dans le plus grand nombre de cas ils n'occupent qu'une

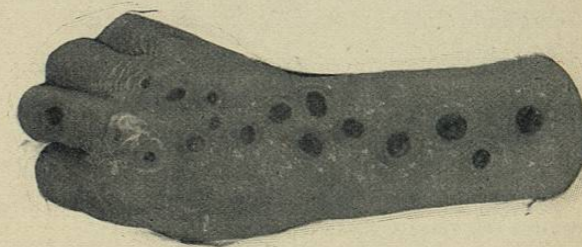


FIG. 158. — Lésion trophique.
(Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1721. Quinquaud.)

faible partie de la surface digitale ou de la paume de la main dans laquelle ils forment des callosités épaisses⁽¹⁾. Ces épaississements, comme d'ailleurs la plupart des troubles que nous allons étudier, se produisent dans les zones d'anesthésie. Ils s'accompagnent fréquemment de rhagades atteignant jusqu'aux tendons.

Les éruptions se produisent souvent suivant un type dermatologique défini, tel que l'eczéma, les pemphigoïdes, le psoriasis, l'urticaire, l'herpès, le zona, l'érythème polymorphe. Certaines de ces lésions, les pemphigoïdes surtout, aboutissent à la formation d'ulcérations torpides qui finissent par guérir en laissant une cicatrice difforme chéloïdienne.

Les ulcérations composent souvent à elles seules la partie la plus importante du tableau symptomatique. Tel était le cas dans l'observation de Jacquet⁽²⁾ à laquelle correspond la planche XIV. Cette observation est remarquable parce que la syringomyélie paraît y avoir évolué à l'occasion d'un traumatisme, d'une

⁽¹⁾ ROTH, Gliome diffus de la moelle. *Arch. de physiol.*, 1878, vol. X, p. 615.

⁽²⁾ L. JACQUET, Ulcères trophiques et syringomyélie. *Atlas internat. des mal. rares de la peau*, 1891, fasc. VI.