

intoxication et d'une infection combinés, dus à la piqûre venimeuse d'un scorpion ayant nécessité l'amputation du médius, comme on voit dans d'autres observations la même évolution se poursuivre à la suite de traumatismes septiques et peut-être toxiques. Dans le cas de Jacquet, les ulcérations étaient unilatérales, on en provoquait à volonté l'apparition. Leur surface était irrégulière, sanieuse et sanguinolente, entourée d'une bordure calleuse ou cicatricielle blanche et lisse ou d'un cercle pigmenté. Les lésions ulcérées étaient anesthésiques comme cela est la règle. Le mal perforant avec ses caractères ordinaires est assez commun dans le cours de la syringomyélie.

Les annexes de l'épiderme sont le siège de dystrophies multiples : les poils subissent des modifications de croissance, tantôt ils tombent, d'autres fois ils croissent plus vite dans le territoire malade. Les ongles tombent, se soulèvent par la prolifération du lit, repoussent irréguliers, prennent l'apparence de l'onychogryphose, ou sont remplacés par une mince membrane qui couvre le lit. Les glandes sudoripares, les sébacées sont soumises à des perturbations sécrétoires d'hyper ou d'hypo-stéatidrose. Leur orifice est, dans une observation de Pospelow<sup>(1)</sup>, marqué par des points grisâtres, légèrement saillants, ressemblant à des piqûres d'aiguille, comme bouché par des amas épidermiques.

Dans d'autres cas, dominant les troubles vaso-moteurs, les hyperémies actives ou passives, l'acrocyanose. Les hyperémies actives sont le plus souvent de peu d'importance, elles se produisent sous forme de rougeurs diffuses ou de taches et s'accompagnent d'une faible élévation de température. Cet érythème est assez fugace, il se produit souvent dans les zones dont la sensibilité est troublée. L'excitabilité vaso-motrice est toujours accrue dans les zones sensibles, le dermatographisme n'est pas rare dans la syringomyélie, dans les régions anesthésiques les vaisseaux ne réagissent pas. Nous verrons plus loin qu'on rencontre dans cette affection les divers syndromes vaso-moteurs.

Le tissu conjonctif et les lymphatiques réagissent en s'indurant, en formant des nodosités qui rappellent l'érythème polymorphe; on rencontre aussi des tumeurs pâteuses circonscrites du tissu cellulaire, déjà notées par Roth. Ces troubles, comme le dit Thibierge<sup>(2)</sup>, sont le plus souvent des œdèmes avec cyanose limités aux mains et aux pieds, mais ils peuvent s'étendre à tout un membre. La symptomatologie de la « main succulente » des syringomyéliques leur est redevable de son principal caractère. La main du syringomyélique est souvent potelée, dure, cyanosée et froide, lisse et sèche, la pression du doigt n'y laisse pas de godet. Il s'agit donc d'un œdème rappelant les caractères communs des œdèmes trophoneurotiques.

La gangrène cutanée n'est pas un phénomène exceptionnel. Elle paraît se produire avec une certaine facilité chez une variété d'hystériques après un traumatisme suivi de gangrène évoluant vers la syringomyélie. Tel un cas

<sup>(1)</sup> A. POSPELOW, Cas rare d'une dystrophie de la peau. *Ann. de dermat. et de syph.* 1885 (?).

<sup>(2)</sup> G. THIBIERGE, Les altérations cutanées de la syringomyélie. *Ann. de dermat.*, 1890

Neuburger<sup>(1)</sup> où l'évolution se termina par la mort en quelques jours : l'autopsie montra une cavité médullaire. Nous la verrons encore évoluer au cours de syndromes divers dans cette affection.

Les infections locales sont rendues très faciles par cet état particulier des tissus; aussi, les phlegmons, les abcès, les panaris, entrent-ils constamment dans le tableau de la syringomyélie. Cette affection réalise d'ailleurs un certain

nombre de syndromes trophoneurotiques qui ne lui appartiennent pas en propre. Le plus grand nombre de ces syndromes a été jusqu'à ces dernières années regardé comme appartenant à une entité morbide définie; nous verrons combien leurs causes sont variables, tandis que leur apparence objective demeure stable. Parmi les syndromes que peut réaliser la syringomyélie nous notons : l'érythromélgie, la maladie de Raynaud, la maladie de Morvan, la maladie de Dupuytren, la sclérodactylie, la sclérodermie, l'hémiatrophie faciale, la pseudo-acromégalie, le mal perforant, l'atrophie cutanée, le



FIG. 159. — Syringomyélie. — Usure trophique rapidement guérie par le repos. (Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1699. Malade de Jacquet.)

type de la main succulente; enfin plusieurs de ces syndromes peuvent être associés chez le même malade. A propos de l'étude de quelques-uns d'entre eux nous aurons plus tard à revenir sur ces faits. Signalons seulement ici, comme exemple, le cas de Pospelow<sup>(2)</sup> où, chez une femme de trente-six ans, survinrent successivement : le panaris analgésique, puis une rétraction progressive de la peau des doigts de la main droite entraînant l'apparence sclérodactylique. Plus tard, des douleurs intenses se produisirent dans la main gauche et le tableau complet de l'érythromélgie se développa, enfin il y eut une éruption d'herpès zoster gangreneux d'une jambe.

Le polymorphisme des accidents trophiques au cours de la syringomyélie est donc, théoriquement, presque infini, tous ces accidents sont reliés et identifiés par la cause commune qui les produit : la gliose bulbo-spinale. Or, cette gliose a des symptômes banals qui permettent de la dépister et nous n'avons pas à les étudier, mais il est probable qu'elle est elle-même la manifestation identique de multiples influences pathogènes. C'est donc reculer la

<sup>(1)</sup> NEUBURGER, Ueber den sogenannten Pemphigus neuroticus. *Verhandl. der deutsch. Dermat. Gesellsch. II und III Congress. Arch. für Dermat. und Syph.*, 1897, t. XXXVIII, p. 207.

<sup>(2)</sup> A. POSPELOW, Trophische Störungen der Haut bei spinaler Gliomatose oder Syringomyélie. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1898, t. XLIV, p. 91.

solution, mais ce n'est pas résoudre tout le problème que déceler la syringomyélie.

Du *tabes* nous dirons peu de chose; en dehors des grands troubles trophiques ostéo-articulaires qu'il produit et dont l'étude ne nous appartient pas, il donne parfois la gangrène cutanée. Cette gangrène est précédée de troubles sensitifs et vaso-moteurs, se traduisant par des sensations d'engourdissement profond, des douleurs lancinantes, la tuméfaction, la teinte violacée allant jusqu'à l'apparence de la maladie de Raynaud. Enfin la peau devient noirâtre, cadavérique, un sillon d'élimination se produit, un segment de membre se momifie et s'élimine avec une remarquable lenteur. Des observations de cet ordre ont été publiées par Joffroy et Achard, Pitres et Vaillard (1), Kronfeld, etc.

Est-il nécessaire de citer les autres troubles de nutrition dont peut s'accompagner le *tabes*? Mal perforant buccal, chute des dents, chute des ongles, dermatographisme, ecchymoses spontanées apparaissant à la suite des douleurs fulgurantes, épaissement de la couche cornée, éruptions de toute apparence, mal perforant plantaire, parfois palmaire, troubles de sécrétion cutanée, hémiatrophie de la langue, etc. Comme dans la syringomyélie ces troubles n'ont en eux-mêmes aucun caractère spécifique; seule peut les différencier la maladie au cours de laquelle ils se produisent; quant à leur apparition, elle reste subordonnée, comme nous le disions au commencement de cet article, aux causes traumatiques, infectieuses ou toxiques, combinées ou isolées, agissant le plus souvent sur les nerfs périphériques privés du stimulus normal et prêts pour la défaillance.

La *maladie de Parkinson* s'accompagne rarement de phénomènes trophiques; on y a noté cependant, en dehors des atrophies et des déformations des doigts, l'apparition d'ecchymoses spontanées symétriques du premier espace interosseux de la main (2). Comme dans le *tabes* et la syringomyélie il s'y produit des zones d'épaississement de la peau, le derme adhère si fortement au tissu sous-cutané qu'il est impossible de faire un pli à la peau. D'autres fois l'apparence du glossy-skin se trouve réalisée, avec la peau lisse luisante, tendue, non plissable.

Nous croyons, d'après quelques observations, que ces épaissements de la peau, partiels ou étendus à tout un membre, peut-être généralisés, sont extrêmement communs au cours des maladies de la moelle et qu'il suffirait d'étudier de près les cas ayant subi une longue évolution pour le démontrer. Nous l'avons observé dans un cas de sclérose latérale amyotrophique.

Nous avons dit déjà, en étudiant la pathogénie, que l'hémiplégie était parfois l'occasion de troubles trophiques accentués. Ces troubles se localisent du côté paralysé, mais il peut arriver aussi qu'au cours d'une éruption géné-

(1) PITRES, Gangrène spontanée des orteils chez un tabétique. *Revue de neurol.*, 1895, p. 202. — PITRES et VAILLARD, Contribution à l'étude des gangrènes massives des membres d'origine névritique. *Arch. de physiol.*, 1<sup>er</sup> janvier 1885.

(2) CARRIÈRE, Les ecchymoses spontanées dans le cours de la maladie de Parkinson. *Presse méd.*, 1896, p. 76.

ralisée le côté non paralysé soit le seul qu'atteigne l'éruption. Tel le cas de Thibierge (1) ou celui de Jolly (2). G. Étienne (3) a rapporté un certain nombre de faits analogues, que nous avons rappelés plus haut.

Les troubles vaso-moteurs, l'œdème, la tendance à l'escarrification et à la gangrène, varient d'un cas à l'autre dans d'extrêmes proportions: en quelques jours on a vu survenir la mortification du nez, des doigts et des orteils du côté paralysé. Landouzy a signalé l'adipose du côté paralysé chez les hémiplegiques. Les phanères peuvent être atteintes. Brissaud (4) rapporte un cas de canitie subite chez un apoplectique.

Nous retrouvons donc ici encore ce caractère de variété qui est inséparable des manifestations trophiques quelle qu'en soit la cause apparente ou réelle.

Dans son traité de l'*Électricité localisée* (1872), Duchenne, de Boulogne, attire l'attention sur l'accumulation du tissu conjonctif et graisseux favorisée par certaines affections médullaires avec amyotrophie. Ces idées furent reprises et développées par Landouzy en 1878 et par son élève Vergnes la même année dans sa thèse « de l'Adipose sous-cutanée ». Plus tard, P. Marie compte l'adipose au nombre des troubles trophiques de la *paralysie infantile*; enfin, plus récemment, Rapin (5) croit pouvoir regarder ces troubles trophiques avec hypertrophie comme représentant à eux seuls la symptomatologie entière de certaines formes de paralysie infantile. Dans le cas publié par cet auteur, il se fit, à l'âge de vingt mois au cours d'une excellente santé, une poussée fébrile d'une dizaine de jours accompagnée d'un gonflement douloureux du bras droit. Quinze mois après, on remarqua le développement exagéré du membre inférieur gauche qui s'était produit sans fièvre ni douleur. De tels cas sont particulièrement intéressants, parce qu'ils paraissent fournir la clef de certains phénomènes complexes comme ceux de trophœdèmes dont nous aurons à parler plus loin. On peut, en outre, constater dans la paralysie infantile la diminution de la température du côté paralysé. Les troubles vaso-moteurs y sont communs, on y voit la cyanose, l'acro-asphyxie, assez fréquemment le purpura. L'épiderme peut y être aminci dans l'ensemble ou, au contraire, présenter par places des callosités dues aux compressions répétées qu'il a subies aux points d'appui des appareils orthopédiques. En ces mêmes points peuvent évoluer des ulcérations torpides. Quant aux autres amyotrophies, elles s'accompagnent plus rarement de troubles trophiques qui attirent l'attention,

(1) THIBIERGE, Syphilides ulcéreuses survenues chez un malade atteint de paralysie infantile et ayant respecté le membre atrophié. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 29 janv. 1897.

(2) JOLLY, Éruption syphilitique généralisée survenue chez un ancien paralytique infantile ayant respecté le membre atrophié. *Soc. méd. des hôp.*, 27 mars 1896.

(3) 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.

(4) BRISSAUD, Sur un cas de canitie unilatérale subite chez un apoplectique. *Progress médical*, 1897, n° 6, p. 90.

(5) E. RAPIN, Sur une forme d'hypertrophie des membres (dystrophie conjonctive myélopathique). *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1901, p. 475.

mais il se fait au cours de leur évolution des transformations épidermiques et dermiques avec atrophie ou hypertrophie de la peau. Ces faits ne sont pas encore étudiés avec précision.

Les *névrites périphériques* sont l'occasion d'un ensemble de phénomènes dystrophiques qui n'ont pas de caractères spéciaux et qui se reproduisent assez indifféremment, quel que soit l'agent pathogène. Les troubles vaso-moteurs frappent surtout le membre inférieur, à cause de sa déclivité, ils se traduisent par des œdèmes, des rougeurs, de la cyanose, des dilatations veineuses, de l'hypothermie. La structure de l'épiderme se modifie, la peau prend l'apparence vernissée du glossy-skin, d'autres fois elle desquame abondamment, s'épaissit. Les anomalies pigmentaires n'y sont pas rares, elles revêtent toutes les apparences vitiligo, hyperchromie, leucodermie. Les éruptions prennent toutes les formes élémentaires et toutes les variétés topographiques; on y distingue les éruptions herpétiques, zostérisiformes, quelquefois l'eczéma, des éruptions pemphigoïdes d'évolution variable, quelquefois récidivantes. Les grandes altérations du trophisme se manifestent par le mal perforant et les escarres, ces dernières sont rarement très étendues.

L'infection s'ajoute parfois à tous ces accidents et elle est l'origine de furoncles, d'ecthyma ou même de gangrènes qui envahissent plus aisément les territoires dystrophiques. On a signalé enfin l'existence de pseudo-phlegmons sans pus. Ces pseudo-phlegmons ne sont que l'exagération des phénomènes d'œdème et de troubles vaso-moteurs. Après un stade d'œdème dur étendu, la peau rougit ou présente une teinte violacée, parfois bronzée, mais tous ces phénomènes s'amendent d'ordinaire rapidement.

II. a. TROUBLES TROPHIQUES SECONDAIRES A DES MALADIES DES GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE (*thyroïde pituitaire, thymus, surrénale, glandes génitales, etc.*). — b. DYSTROPHIES ÉTENDUES OU GÉNÉRALISÉES SANS PATHOGÉNIE CONNUE, RÉALISANT UN TYPE MORBIDE SPÉCIAL. — Il ne nous appartient pas ici de faire la description du myxœdème, de l'acromégalie, du goitre exophtalmique. Ces affections sont beaucoup plus du ressort de la pathologie interne que de la dermatologie.

Dans le *goitre exophtalmique*, les altérations cutanées et les troubles trophiques dissociés ont une individualité assez grande pour qu'il soit de quelque intérêt de les décrire. Les troubles vaso-moteurs se manifestent par les érythèmes, l'urticaire, les œdèmes généralisés analogues au myxœdème. Assez fréquemment les œdèmes se localisent aux membres inférieurs, ils y affectent l'apparence locale ou générale. Dans le premier cas, ce sont des plaques indurées, symétriques, non dépressibles, rappelant le tissu éléphantiasique. Courmont<sup>(1)</sup>, Morrow<sup>(2)</sup> ont publié de ces observations; dans le cas de Courmont il

<sup>(1)</sup> COURMONT, Troubles trophiques dans le goitre exophtalmique. *Soc. des sciences méd. de Lyon*, et *Lyon médical*, 1899, t. XCII, p. 95.

<sup>(2)</sup> MORROW, Symmetrical areas of solid œdema occurring in Graves disease. *Brit. Journal of Dermat.*, juillet 1889, p. 286.

y avait une certaine hypertrichose au niveau des plaques. Dans d'autres observations, ces œdèmes ne sont plus le fait de simples troubles vaso-moteurs; ils se rapprochent, par l'aspect, par l'intensité des lésions, du myxœdème; ils s'accompagnent de la transformation particulière des tissus que l'on observe dans cette dernière maladie. Il existe alors une tuméfaction diffuse des membres inférieurs et de la paroi abdominale, cet épaissement ne garde pas l'empreinte du doigt. Il suffit assez souvent à mettre obstacle à la flexion des membres. Dans un cas d'Achard<sup>(1)</sup> ces épaissements s'accompagnaient de taches vitiligneuses disséminées au reste du corps.

Les anomalies pigmentaires ne sont pas rares, tantôt sous forme de vitiligo disséminé par taches irrégulières sur une grande partie de la peau, tantôt sous forme de placards mélanodermiques de topographie irrégulière occupant surtout les régions comprimées par les vêtements: le cou, les aisselles, l'aréole des seins, les plis de flexion. On a vu parfois la pigmentation s'étendre assez pour simuler la maladie d'Addison; dans ce cas les muqueuses sont le plus souvent intactes, mais le fait n'est pas absolu. Cette mélanodermie existe à des degrés divers dans le tiers des cas environ.

Les phanères subissent des altérations de croissance ou de coloration; on a vu l'atrophie unguéale, les alopecies diffuses ou en plaques, des déglabrations atteignant tout le corps, cheveux, sourcils, cils, poils des aisselles, du thorax, du pubis. Dore<sup>(2)</sup> rapporte un cas de Burney Yeo où l'exophtalmie et l'alopecie étaient limitées au côté droit.

Les troubles sécrétoires sont bien connus, ils se manifestent par une hyperidrose très accentuée qui est l'un des symptômes ordinaires de la maladie. On a mis à tort sur le compte de cette hyperidrose la diminution de la résistance électrique que l'on observe dans le goitre exophtalmique. Il est probable qu'il y aurait un intérêt considérable à reprendre l'étude de la résistance électrique de la peau chez les divers malades atteints de trophoneuroses générales.

Bien que le processus étiologique qui commande la *gérodermie génito-dystrophique* soit fort différent sans doute de ceux qui commandent le myxœdème, l'acromégalie, le goitre exophtalmique, il n'en est pas moins probable que les anomalies de la sécrétion testiculaire, sont à cette affection ce que sont les anomalies thyroïdienne et pituitaire aux deux autres. Ceci nous autorise donc à en dire ici quelques mots. La clinique montre d'ailleurs des faits de passage intermédiaires à cette affection, à la sclérodermie, au myxœdème et à l'acromégalie et l'on connaît l'acromégalie accompagnée d'atrophie des testicules<sup>(3)</sup>.

<sup>(1)</sup> ACHARD, Goitre exophtalmique traité sans succès par la résection du sympathique. Troubles de pigmentation cutanée. Infiltration pachydermique des membres inférieurs. *XIII<sup>e</sup> Congrès internat. de méd.*, 1900.

<sup>(2)</sup> DORE, Cutaneous affections occurring in the course of Graves disease. *British Journal of Dermat.*, oct. 1900, p. 555.

<sup>(3)</sup> SILVA, Un cas d'acromégalie avec atrophie des testicules. *Soc. méd. de chir. de Pavie*, 1895.

Il faut sans doute rapprocher de ces faits celui de trophonévrose généralisée publié par Bombarda (1) et un cas de Grasset.

D'après Rummo et Ferrannini (2) qui ont publié quelques observations de cette maladie, le système osseux est frappé en même temps que le système cutané et que l'appareil génital. La peau est flasque, ratatinée, rugueuse, glabre ou pourvue seulement d'un duvet blond roux. L'abdomen est gros, la peau en est distendue, il a l'aspect d'une besace, on constate un certain degré d'hypertrophie mammaire; les extrémités sont volumineuses et rappellent l'acromégalie. La colonne vertébrale est déviée, les oreilles sont grosses en anse, le cou est étroit et grêle, il existe par places une sorte de pseudo-hypertrophie musculaire, la tête est petite, microcéphale ou dolichocéphale.

L'acromégalie, le myxœdème, la gérodermie génito-dystrophique paraissent donc former un groupe assez compact duquel on peut rapprocher le goitre exophtalmique. En dehors de ce groupe il existe une série de maladies encore mal connues qui paraissent appartenir surtout à la pathologie nerveuse, mais dont nous devons dire un mot parce qu'elles rentrent au premier chef dans les trophonévroses; ce sont : l'adipose douloureuse ou maladie de Dercum, les trophœdèmes de Meige, la trophonévrose hémiatrophique totale et familiale dont Raymond et Sicard ont publié un exemple, quelques faits de dystrophie acquise ou congénitale qu'il est actuellement difficile de ranger dans un cadre quelconque.

L'ignorance où l'on est de l'étiologie et de la pathogénie du plus grand nombre de ces états multiplie les difficultés et leur interprétation.

L'adipose douloureuse ou maladie de Dercum est peut-être le résultat d'une auto-intoxication; Dercum croit à la possibilité d'une lésion thyroïdienne. G. Ballet (3) repousse cette hypothèse ou tout au moins la déclare prématurée. L'empoisonnement est peut-être lié, d'après lui, au fonctionnement défectueux d'une glande à sécrétion interne, mais nous ignorons laquelle. Cette intoxication détermine à la fois des lésions nerveuses périphériques et de l'encéphalopathie.

L'adipose douloureuse, dont nous ne pouvons faire ici le tableau complet, a pour symptômes principaux, dans ses formes très accentuées, le volume considérable des membres avec effacement des reliefs et des plis; le pied peut être indemne et l'hypertrophie être limitée de ce côté par un sillon net à la hauteur des malléoles. Aux bras, état analogue et même adiposité de l'abdomen chez certains sujets, mais la face et le cou sont respectés ainsi que la région thoracique supérieure. La palpation permet assez souvent de reconnaître une certaine lobulation de la masse adipeuse et certains cas de maladie de Dercum

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

(2) RUMMO et FERRANNINI, Geroderma genito-distráfico, nuova entità clinica. *Riforma medica*, 1897. — FERRANNINI, Forme anormale della nuova entità clinica. Il geroderma genito-dystrofico. *Supplemento al Policlinico*, 1898.

(3) G. BALLE, L'adipose douloureuse (maladie de Dercum). *Presse médicale*, avril 1905, p. 285.

se traduisent seulement par l'existence de lipomes disséminés et douloureux. La douleur existe surtout quand on comprime, parfois elle est spontanée, elle semble pouvoir manquer complètement dans quelques cas. A ces symptômes s'ajoutent une asthénie nerveuse considérable et des troubles mentaux parfois graves comme dans l'encéphalopathie des polynévrites.

Mais il existe en outre, au cours de cette maladie, des symptômes vasomoteurs variés, du purpura, des ecchymoses, des hémorragies, des perturbations sécrétoires, hyperidrose ou anidrose, et dans un cas la sclérodémie coexistait avec la maladie de Dercum. Il y a donc là un ensemble de symptômes qui obligent à faire entrer l'adipose douloureuse dans les trophonévroses, sans rien préjuger d'ailleurs de sa nature intime et de son origine.

Peut-être rapprochera-t-on dans l'avenir cette affection du névrome plexiforme et de la maladie de Recklinghausen.

Les trophœdèmes de Meige (1) sont nettement distincts des troubles trophiques plus haut décrits. Ils apparaissent dans le jeune âge, et leur étiologie infectieuse paraît à peu près certaine; le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole, la scarlatine en sont les facteurs ordinaires. Meige pense que le trophœdème évolue à la suite des lésions de groupes cellulaires spécialisés, de centres trophiques siégeant dans la moelle, au voisinage des centres moteurs et trophiques des muscles.

Le trophœdème envahit la cuisse, le genou, la jambe, le pied, souvent d'un seul côté, il se manifeste sous l'apparence d'une sorte de gonflement œdémateux irrégulièrement boursoufflé au niveau des plis. La face dorsale du pied est tuméfiée, elle surplombe les orteils, eux-mêmes un peu épaissis; sur le cou-de-pied la boursouffure forme une série d'épais plis cutanés qui masquent les reliefs malléolaires et le tendon d'Achille. La cuisse est cylindrique, énorme, la peau distendue y est épaisse, blanche, lisse et l'on ne peut y marquer l'empreinte du doigt. Dans toutes les régions atteintes, la sensibilité est diminuée et souvent il y a hémianesthésie de tout le côté du corps correspondant. Rapin (2) a décrit sous le nom de « dystrophie conjonctive myélopathique » une affection très analogue dont l'infection paraît être la cause première. Il la regarde comme une forme déviée de la paralysie infantile. Dans le cas qu'il en rapporte, il s'agit d'un enfant de vingt mois qui, au milieu d'une excellente santé, eut une poussée fébrile d'une dizaine de jours compliquée de gonflement douloureux du bras droit. Quinze mois après on remarqua l'évolution hypertrophiante du membre inférieur gauche sans fièvre ni douleur. Rapin nota en concomitance avec la paralysie infantile les troubles nutritifs portant sur les os, les muscles, le tissu conjonctif.

Meige croit pouvoir faire rentrer dans le trophœdème les œdèmes aigus circonscrits connus en Allemagne sous le nom de maladie de Quincke. Il

(1) MEIGE, Le trophœdème clinique héréditaire. *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1899, p. 435.

(2) RAPIN, Sur une forme d'hypertrophie des membres (dystrophie conjonctive myélopathique). *Nouv. iconogr. de la Salpêtrière*, 1901, p. 475.

regarde la classe des trophœdèmes comme comprenant deux sortes d'affections : les trophœdèmes aigus et les trophœdèmes chroniques. Dans les trophœdèmes aigus il fait rentrer : les œdèmes névropathiques, circonscrits, angioneurotiques, neuro-vasculaires, intermittents, qu'accompagnent parfois des phénomènes thermiques, des troubles de la sensibilité, des douleurs, de l'érythème, des éruptions ou même des troubles de nutrition cutanée. Il y a là, on le voit, tous les caractères des œdèmes de Quincke (1).

Dans le trophœdème chronique, cet auteur croit devoir ranger son trophœdème, l'œdème rhumatismal chronique de Desnos, le pseudo-éléphantiasis neuro-arthritique de Mathieu, l'œdème segmentaire de Debove, le myxœdème localisé, l'éléphantiasis nostras.

On voit combien est complexe ce groupe, il comprend certainement des variétés morbides de pathogénie différente et que l'avenir apprendra à mieux apprécier, partant à mieux séparer, car il est certain que les lésions qui les causent vont du simple trouble dynamique passager d'origine autotoxique à la lésion permanente.

Si disparates que paraissent à première analyse les affections qui constituent la seconde classe des trophonévroses, on voit qu'elles ont toutes des origines comparables et que l'on peut schématiser en quelques mots : ce sont des troubles trophiques causés par des infections, des intoxications agissant directement sur le système nerveux, ou agissant au contraire sur une glande à sécrétion interne dont la fonction viciée devient à son tour l'occasion du trouble trophique en altérant la fonction nerveuse. Enfin la maladie des glandes vasculo-sanguines est sans doute dans quelques cas primitive et non subordonnée à une infection.

Nous trouvons dans cette classe des trophonévroses généralisées des cas encore mal étudiés qui se rapprochent de la sclérodémie, des hémiatrophies croisées et qui sont probablement des syndromes plus que des entités. A ce titre ils mériteraient d'être décrits parmi les faits dont nous allons maintenant nous occuper rapidement, et ils forment la transition entre la seconde et la troisième classe des trophonévroses. La trophonévrose hémiatrophique totale et familiale de Raymond et Sicard (2) paraît appartenir à ces faits intermédiaires. Dans le cas de ces auteurs, le frère et la sœur avaient subi un processus dystrophique commençant par le membre inférieur gauche et s'étendant progressivement, en l'espace de quatorze années, à l'hémiabdomen, à l'hémi-thorax, au membre supérieur et à la face du même côté.

III. GRANDS SYNDROMES TROPHONEUROTIQUES REGARDÉS PAR QUELQUES AUTEURS COMME DES ENTITÉS MORBIDES. — PATHOGÉNIE VARIABLE. — La même influence pathogène agissant à la fois sur chacune des moitiés du système nerveux d'un

(1) Voir pour plus de détails l'article *Œdèmes*, par COURTOIS-SUFFIT. *Pratique dermatologique*, t. III.

(2) RAYMOND et SICARD, Trophonévrose hémiatrophique totale et familiale. *Société de neuropol.*, 3 juillet 1902

individu peut y produire des effets opposés. Il n'est donc pas surprenant qu'une cause analogue puisse, chez des individus différents, produire des effets différents et que des causes diverses produisent des lésions analogues chez des malades différents. Aussi, chacun des ensembles symptomatiques que nous allons passer en revue est-il soumis aux influences pathogènes les plus diverses.

Parmi les *syndromes vaso-moteurs*, nous laisserons complètement de côté la *maladie de Raynaud*, décrite dans le premier volume. Nous étudierons rapidement la *maladie de Weir Mitchell*, l'*érythromélgie* (1).

L'*érythromélgie* est un syndrome caractérisé essentiellement par le gonflement douloureux bilatéral ou unilatéral des membres, avec algésies et paresthésies, avec phénomènes de vaso-dilatation, auxquels peuvent accessoirement se joindre des symptômes locaux divers et des symptômes généraux marquant l'origine centrale de l'affection.

Quelques auteurs croient pouvoir admettre, outre l'*érythromélgie* secondaire aux lésions de l'axe cérébro-spinal, une *érythromélgie* essentielle idiopathique. Cassirer étend d'ailleurs cette interprétation à tous les syndromes trophoneurotiques.

Nous avons vu, dans les pages précédentes, que ce syndrome se rencontre au cours des maladies organiques les plus diverses du cerveau et de la moelle, dans les névroses, l'hystérie, la mélancolie, dans les névrites. Parmi les causes occasionnelles on a signalé l'alcoolisme, la syphilis, dans un cas le traitement ioduré a guéri l'affection; les infections; le traumatisme; les variations de température, surtout le froid humide. Souvent le sujet malade est un nerveux héréditaire, un surmené.

La maladie est parfois précédée de longs prodromes, qui ne permettent pas d'en prévoir l'apparition : les migraines, la céphalée, les vertiges, les troubles digestifs. D'autres fois elle paraît avoir une origine réflexe à la suite de lésions utérines, de la grossesse; dans quelques cas elle évolue en même temps que des troubles cérébraux. Les symptômes qui l'accompagnent sont d'une extrême variabilité, parfois très localisés, occupant un seul orteil, comme dans un cas de Weir Mitchell, ils sont le plus souvent étendus à la plus grande partie d'un membre. Ils sont uni- ou bilatéraux, parfois monoplégiques, d'autres fois hémiplégiques. Ils s'accompagnent de douleurs spontanées, fourmillements, élancements, sensation de torsion, de troubles de sécrétion qui peuvent manquer. La rougeur va de l'érythème le plus franc à la teinte violacée, le gonflement est énorme dans quelques cas, on a parfois noté

(1) EULENBURG, Ueber Erythromelalgie. *Deutsche med. Woch.*, 14 déc. 1895, p. 1525. — LEWIN et BENDA, Ueber Erythromelalgie. *Berl. klin. Woch.*, janvier 1894. — DEHIO, Ueber Erythromelalgie. *Arch. für Dermat. und Syphil.*, 1897, t. XXI, p. 299. — WEIR MITCHELL and G. SPILLER, A case of erythromelalgia with microscopical examination of tissue from an amputated toe. *The Amer. Journal of the Med. sciences*, janv. 1899. — FINGER, Erythromelalgie. *Verhandl. der Wiener dermat. Gesellsch.*, et *Arch. für Dermat. und Syphil.*, 1897, t. XXXVIII, p. 94. — SCHÜTZ, Erythromelalgie und Hautatrophie. *Dermatol. Zeitschrift*, 1899, Bd. VI, etc.