

scarlatine, témoignant ainsi d'une sorte d'action élective du poison sur des groupes cellulaires nerveux déterminés; mais surtout que la spécialisation de l'action pathogène est un fait d'exception et que le système nerveux réagit dans l'ensemble ou dans une grande partie de ses éléments comme il arrive pour les éruptions de tout ordre; infectieuses: rougeole, varicelle; auto-toxiques: prurits généralisés, prurigos, névrodermites diffuses, urticaire.

La classification de ces éruptions n'est donc pas possible, au point de vue pathogénique, puisque suivant qu'on a affaire à une même pathogénie ou à une pathogénie différente, on peut avoir des effets différents ou des effets identiques. Elle n'est pas possible davantage au point de vue objectif puisque des éruptions de nature différente affectent la même apparence objective. Enfin la dissémination et la diffusion de l'éruption n'est pas davantage la preuve qu'elles n'ont aucune parenté avec le système nerveux, mais seulement que la nature de l'agent pathogène est telle qu'elle frappe en même temps la plus grande partie de l'axe cérébro-spinal ou des terminaisons nerveuses sensibles.

Ces réserves faites nous pouvons admettre schématiquement une série de groupes ainsi constitués:

a. Des éruptions à tendance systématique positive ou négative: positives comme le zona, certaines sclérodermies, quelques éruptions lichénoïdes, vitiligineuses, psoriasiques; infectieuses comme celle du rash variolique et de la scarlatine dont la tendance métamérique a été démontrée par Langevin<sup>(1)</sup>. Négatives comme l'a observé le même auteur au cours de l'éruption pustuleuse de la variole réservant certains territoires métamériques, s'étendant à tout le reste du corps.

b. Des éruptions circonscrites paraissant sous la dépendance de l'action nerveuse, mais sans localisation anatomique précise, et comme les névrodermites, certains eczéma papulo-vésiculeux, des prurigos, des œdèmes urticariens récidivants *in situ*, des éruptions artificielles d'antipyrine, etc.

c. Des éruptions diffuses dont la symptomatologie comprend une large part de phénomènes nerveux: les prurits diffus, les prurigos, l'urticaire, l'urticaire pigmentée, le psoriasis, le lichen plan généralisé aigu, les diverses variétés d'éruptions consécutives aux émotions violentes, aux perturbations psychiques.

Il y a dans cette classification une large part d'inconnues; c'est ainsi que le psoriasis y entre à l'encontre de toute vraisemblance; il y a cependant des exemples de psoriasis hémiplegique, de psoriasis apparu en vingt-quatre heures après un ébranlement nerveux; enfin quelques auteurs soutiennent l'origine trophoneurotique du psoriasis en se fondant sur cette origine émotive, sur les troubles sensitifs des efflorescences de certains psoriasis, sur les psoriasis localisés à un territoire nerveux, sur les arthropathies du type médullaire qui se produisent dans cette dermatose, sur les névralgies concomi-

(1) LANGEVIN, Étude sur la métamérie cutanée, en particulier sur le zona et les fièvres éruptives. Thèse de Paris, 1905.

tantes<sup>(1)</sup>. Kutnitzky<sup>(2)</sup> ajoute même qu'il se produit sous l'influence de traumatismes, quelconques ou déterminés, agissant sur des territoires vasculaires, dont les centres spinaux correspondants sont en état d'irritabilité, chronique, acquise ou héréditaire.

Il y a dans cette classe des dermatoses subordonnées ou associées à des troubles de l'innervation, des inconnues nombreuses que rend difficiles à résoudre l'intrication des actions pathogènes, locales et générales, traumatiques, infectieuses ou autotoxiques, qui concourent à l'évolution de ces dermatoses. Les cas les plus simples seuls sont passibles d'une solution immédiate, tels le zona, le rash variolique, qui ne peuvent avoir d'autre pathogénie que l'infection agissant sur des racines postérieures à leur origine intra-médullaire ou sur les ganglions rachidiens; en dehors de ces cas très simples relativement, tout est encore obscur dans cette classe des dermatoses trophoneurotiques. Toutes les variétés morbides qui la composent ayant fait dans ce traité l'objet d'études particulières, nous croyons devoir renvoyer à chacune d'elles.

Nous n'étudierons pas ici en détail l'anatomie pathologique, car elle ressortit à l'étude de chacune des variétés morbides et elle a trouvé sa place ailleurs dans le cours de cet ouvrage. Elle est d'ailleurs remarquablement variable, avec la variété des lésions qui dominent l'évolution des troubles trophiques. Dans l'érythromélgie on a trouvé des lésions de la colonne Clarke. Eulenburg admet théoriquement que cette formation cellulaire doit être atteinte dans ce syndrome, Alelekov<sup>(3)</sup>, dans un cas d'œdème bleu qui semble voisin de l'érythromélgie, a observé la lésion de cette zone, en même temps qu'il a trouvé des dégénérescences dans le cubital et surtout dans les rameaux cutanés terminaux. Dehio<sup>(4)</sup> a prélevé deux fragments des cubitiaux: du côté sain le nerf était normal, du côté érythromélgique il était dégénéré. Weir Mitchel a fait les mêmes constatations dans le nerf collatéral d'un orteil amputé au cours de cette maladie.

Dans tous ces cas, il y avait des lésions vasculaires importantes, de la prolifération des parois, de la thrombose, de l'oblitération, de la sclérose des veines, des hémorragies périvasculaires, des dilatations lymphatiques.

L'évolution relativement bénigne d'un grand nombre de ces affections fait que l'on manque d'indications précises sur leur anatomie pathologique. Il va sans dire que dans toutes les lésions évoluant au cours de maladies graves, les lésions communes de ces maladies ont été trouvées à l'autopsie.

La thérapeutique des trophonévroses est subordonnée à la connaissance précise des lésions ou des troubles fonctionnels qui les causent. C'est donc

(1) RASCH, Psoriasis. *Hospitalstidende*, 1898, n° 41.

(2) KUTNITZKY, Étiologie und Pathogenese der Psoriasis. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1897, p. 405.

(3) ALELEKOF, Étude anatomo-pathologique de l'œdème bleu. *Arch. de neurol.*, 1896.

(4) DEHIO, Ueber Erythromelalgie. *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1897, t. XLI, p. 299.

l'examen minutieux des différentes formes de la fonction nerveuse, motrice, sensitive, réflexe, sécrétoire, vaso-motrice, sensorielle, qui en fournira les raisons et la direction ; mais il arrivera souvent que l'examen le plus minutieux ne permettra pas de découvrir du trouble nerveux systématisé ou classé, mais seulement quelques symptômes nerveux locaux appartenant en propre au tableau de la trophonévrose. Dans ces cas où n'existent pas les symptômes ordinaires des maladies nerveuses, il faut toujours penser à la simulation possible et se souvenir que certains malades sont d'une habileté prodigieuse. Si l'on croit pouvoir écarter le diagnostic de lésion nerveuse constituée et de simulation, on cherchera dans la pathologie générale de l'organisme la cause de défaillance et l'on trouvera parfois une intoxication exogène infectieuse, médicamenteuse, alimentaire ou professionnelle, ou une auto-intoxication par viciation de la fonction physiologique d'un viscère ou d'une glande vasculo-sanguine : intoxications gastro-intestinales, hépatiques, urinaires, que pourra révéler l'analyse urinaire, intoxication ovarienne, thyroïdienne, surrénale, etc., avec leurs symptômes propres ; états auto-toxiques de la goutte, du diabète, du rhumatisme chronique. Chacun de ces facteurs étant soigneusement établi, on pourra se trouver en présence d'une trophonévrose qui ne paraisse être commandée par aucun des facteurs précédents ; on recherchera alors les actions réflexes : irritations des terminaisons sensitives, affections de la bouche, des dents, des organes génito-urinaires, névrose sensitive de la peau, etc. On sera alors en possession de tous les éléments qui permettent seuls de diriger rationnellement le traitement d'une trophonévrose. Il restera encore des cas où l'on se trouvera en présence d'accidents inexplicables, et tout l'effort tendra alors à faire une thérapeutique rationnelle des symptômes.

Cette thérapeutique se résume aisément en quelques mots : 1° pansements occlusifs non irritants, repos et immobilité en bonne position des membres, avec ou sans compression ; 2° application de topiques vaso-moteurs ou modificateurs, suivant que domine le symptôme vaso-moteur ou le trouble trophique ; 3° administration de médicaments sédatifs et vaso-moteurs ; 4° thérapeutique physique locale et générale : électrisation, douches, massages, pointes de feu, enfin, dans quelques cas spéciaux, intervention chirurgicale.

Chacune des règles particulières de ces traitements a trouvé place dans les divers articles de cet ouvrage : il nous suffira donc d'y renvoyer.

TUBERCULE ANATOMIQUE. — On donne le nom de *tubercule anatomique*

(*verruca necrogenica*) à une lésion cutanée à évolution des plus lentes, d'aspect en général papillomateux, qui se développe surtout aux doigts ou à la face dorsale des mains chez les sujets qui, par leurs occupations professionnelles, se trouvent en contact avec les produits tuberculeux provenant de l'homme ou des animaux. Pour la plupart des auteurs, c'est un tuberculome scléreux, résultat de l'inoculation du bacille de Koch.

Voir l'article : *Tuberculose cutanée*, t. IV, p. 600.

TUBERCULIDES. — Nom proposé par Darier pour désigner toute une série de dermatoses observées chez des tuberculeux, qui coïncident avec diverses manifestations de la tuberculose et ne peuvent être rapportées à aucune autre maladie générale.

Ces dermatoses, rangées dans des chapitres divers (acné des cachectiques, acné scrofulosorum, folliculites disséminées ou groupées, acnitis, folliclitis, hydrosadénite destruens ou suppurative, granulome innominé, lupus érythémateux disséminé), présentent une grande analogie clinique : elles sont constituées par des éruptions successives d'éléments débutant par des papules ou des nodules intra-dermiques, plus ou moins profonds, indolents ; se couronnant d'une vésico-pustule qui crève ou se dessèche en croûte, offre une dépression ulcéreuse assez profonde et guérit en laissant une macule cicatricielle ; elles évoluent avec une lenteur caractéristique, pendant des semaines et des mois ; parfois plusieurs d'entre elles coexistent sur le même sujet.

Ces dermatoses, dans les éléments desquelles on ne trouve généralement pas de bacilles et qui ne sont que très exceptionnellement inoculables, sont dues, suivant Hallopeau, à l'action de toxines évacuées de foyers bacillaires et transportées par la circulation à distance de leur foyer d'origine.

Étendant ce nom à toutes les manifestations cutanées, bacillaires ou non, de la tuberculose, comme l'est le terme de syphilides à toutes les dermatoses syphilitiques, Hallopeau est conduit à différencier deux ordres de tuberculides :

1° Les unes, *tuberculides bacillaires*, qui contiennent le bacille de Koch, peuvent se présenter sous les formes suivantes : tuberculide miliaire aiguë, lupus vulgaire, tubercule anatomique, tuberculides scléreuses et verruqueuses, tuberculides gommeuses, tuberculides suppuratives (impétigineuses et pustulo-ulcéreuses), tuberculides végétantes.

2° Les autres, *toxi-tuberculides*, vraies tuberculides de Darier, comprendraient : le lupus érythémateux, le lichen scrofulosorum, les tuberculides papuleuses et nécrosiques et l'acnitis, les tuberculides papulo-érythémateuses, les tuberculides suppuratives pemphigoïdes et vésico-pustuleuses comprenant l'acné cachecticorum et l'acné scrofulosorum, l'érythème induré.

Voir l'article : *Tuberculose cutanée*, t. IV.

TUBERCULOSE. — Voir l'article ci-après.