

**Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : Acrodermatite continue**

**HALLOPEAU, Henri. - Sur une  
asphyxie locale des extrémités avec  
polydactylie suppurative chronique et  
poussées éphémères de dermatite  
pustuleuse disséminée et symétrique**

*In : Bulletin de la Société française de dermatologie  
et de syphiligraphie (1890), 1890, 1re année, pp.  
39-45*

plan ne peuvent laisser de place au doute ; ce qu'il y a de remarquable, c'est l'absence de toute saillie, la distribution de l'éruption en larges plaques, la coloration jaune biliaire que celles-ci présentent à leur périphérie, et les graines punctiformes dont elles sont criblées. Nous proposons d'appeler *lichen en nappe* cette nouvelle variété d'éruption ; elle a surtout de l'intérêt au point de vue du diagnostic qui pourrait être hésitant, si le malade n'avait pas eu antérieurement un lichen bien caractérisé.

M. DUBOIS-HAVENITH. — J'ai observé dernièrement, un cas de lichen plan assez curieux.

Il s'agit d'un lichen de Wilson généralisé, au cours duquel eut lieu une poussée d'éruption pemphigoïde développée tout d'abord sur les régions non envahies par le lichen et ayant gagné, au bout de 15 jours à trois semaines, toutes les autres parties. Tout est rentré ensuite peu à peu dans l'ordre, et aujourd'hui on ne remarque plus chez lui que les taches pigmentaires consécutives au lichen et du lichen plan corné des membres inférieurs.

M. VIDAL. — J'ai présenté à une de nos Réunions du jeudi un malade atteint d'une variété de lichen que je rattachai au lichen plan, et l'observation que vient de nous rapporter M. Hallopeau me confirme dans mon opinion. Ce malade était porteur de larges plaques dans lesquelles la résolution s'est faite du centre vers la périphérie. Il existe certainement un grand nombre de variétés de lichen plan peu connues et qui n'ont pas encore été classées.

SUR UNE ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS AVEC POLYDACTYLITE  
SUPPURATIVE CHRONIQUE ET POUSSÉES ÉPHÉMÈRES DE DERMATITE  
PUSTULEUSE DISSÉMINÉE ET SYMÉTRIQUE,

Par M. H. HALLOPEAU.

On sait depuis longtemps que l'état morbide décrit par Maurice Raynaud sous le nom d'asphyxie locale des extrémités entraîne parfois à sa suite différents troubles de la nutrition : ce sont le plus le souvent des gangrènes symétriques, quelquefois des lésions sclérodermiques.

L'histoire du malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société montre que les accidents consécutifs à cette affection peuvent être beaucoup plus complexes. Nous avons vu en effet se développer chez lui, à la suite des accès d'asphyxie locale, des polydactylites suppurées et des poussées successives de dermatites pustuleuses disséminées. L'étude de ces diverses manifestations symptomatiques nous a montré que la

névrose vaso-motrice a été le phénomène initial et qu'il s'agit d'une maladie de Raynaud compliquée.

Nous allons voir quels sont les caractères de ces manifestations anormales et rechercher comment on peut les interpréter.

L'histoire du malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

F..., ouvrier gantier, âgé de 69 ans, entré le 14 octobre 1889 au n° 33 de la salle Bazin. C'est un homme de grande taille qui paraît avoir été vigoureusement constitué.

Il a, depuis son enfance, des accès fréquents d'asphyxie locale des extrémités; ils se produisent surtout sous l'influence du froid; leurs caractères sont tout à fait typiques. Quand ils surviennent, le malade éprouve, dans la plupart des doigts, une sensation de refroidissement; ils deviennent livides, d'une pâleur cadavérique, insensibles au contact, inaptes au travail; ils ne peuvent plus saisir ni tenir les outils. Au bout d'un laps de temps qui varie d'une heure à cinq ou six heures, la circulation se rétablit, il se produit dans les parties atteintes des sensations de fourmillement; les doigts intéressés deviennent l'un après l'autre violacés et recouvrent graduellement leur sensibilité. Les orteils peuvent être affectés suivant le même mode; il en est de même parfois du nez et des oreilles; ces accès n'intéressent pas également tous les doigts, non plus que tous les orteils; certains d'entre eux, toujours les mêmes, sont relativement épargnés. Le fait a été constaté par le malade et l'on a pu reconnaître, dans le service, l'exactitude de ses assertions.

Ces accès n'étaient jusqu'à ces derniers temps accompagnés d'aucun trouble trophique. Au milieu d'août 1889, il s'est produit une rougeur avec douleur, au niveau de la face palmaire de la main gauche, sur une surface grande comme une pièce de 5 fr. (cette partie est soumise à des frottements constants pendant le travail).

Peu après, débute la polydactylite; tous les doigts où se produisent avec intensité les accès d'asphyxie locale sont successivement intéressés; les autres restent relativement indemnes; cette localisation montre bien que les phlegmasies suppuratives que nous allons décrire sont subordonnées à la névrose vaso-motrice.

Les altérations envahissent, en premier lieu, les auriculaires et les pouces; elle débute constamment, d'après le dire du malade que confirme ultérieurement notre observation, *par la matrice de l'ongle*: nous avons pu à plusieurs reprises en suivre l'évolution. Le repli sus-unguéal se tuméfie, rougit, devient douloureux et il s'y établit rapidement une suppuration qui s'étend bientôt à toute la surface de la dernière phalange en empiétant parfois sur la seconde; les téguments sont rouges et l'on y voit de nombreux foyers de suppuration dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une pièce de 1 franc.

Les ongles, soulevés par une masse concrète et friable, se détachent et tombent; il en est ainsi d'abord de ceux des petits doigts et des pouces;



des altérations analogues se produisent, dans le courant d'octobre, au niveau du gros orteil et du 3<sup>e</sup> orteil du pied droit.

Malgré les traitements consécutifs par l'application d'huile phéniquée et de compresses imprégnées, soit d'une solution concentrée d'acide borique, soit d'une solution phéniquée à 1/200, les altérations, tout en s'améliorant partiellement, continuent à s'étendre.

Le 14 novembre, l'état du malade s'est modifié ainsi qu'il suit : à la main droite, la dernière phalange du pouce présente une coloration érythémateuse parsemée d'îlots blancs, à contours polycycliques, représentant des foyers purulents; l'ongle est tombé, un nouvel ongle est en voie de formation.

Les deux dernières phalanges de l'annulaire présentent les mêmes altérations; le médius n'est atteint que depuis quinze jours; son bourrelet sus-unguéal est renversé et tuméfié; du pus le sépare de la racine de l'ongle. Tous les doigts, à l'exception de l'index à droite, du même doigt et du médius à gauche, sont atteints des mêmes altérations péri-unguéales avec la même rougeur et les mêmes îlots purulents au niveau des dernières phalanges.

On constate, au pied droit, des lésions semblables; depuis huit jours, les orteils sont intéressés; les ongles du premier et du cinquième se détachent, sont soulevés par des masses friables; les autres sont tombés; les dernières phalanges présentent les mêmes altérations que celles des doigts.

Au pied gauche, où l'on a constaté plusieurs fois que les accidents d'asphyxie cutanée étaient plus prononcés, on note de la rougeur avec pustulette sur la face dorsale de la dernière phalange, mais les ongles restent intacts.

De nouveaux ongles se développent en remplacement de ceux qui sont tombés. Ce sont des masses épaisses, friables, jaunâtres, infiltrées de concrétions mélicériques, à surface inégale et rocheuse, ne présentant, ni l'aspect lisse, ni la striation longitudinale de l'ongle normal; elles sont incomplètement kératinisées.

Les ongles qui sont détachés sont soulevés par les mêmes masses friables: l'altération de la matrice unguéale explique ce trouble de nutrition.

Si on enlève la masse concrète, on voit que le lit de l'ongle est tuméfié et que du pus concret se trouve accumulé entre la matrice de l'ongle et cette masse.

L'asphyxie locale s'est donc compliquée d'une inflammation suppurative des extrémités digitales.

Les choses n'en restent pas là: peu à peu le mal cesse d'être limité aux extrémités; il envahit d'abord les mains dans toute leur étendue; on constate, aussi bien sur leur surface dorsale que sur leur face palmaire, une rougeur érythémateuse avec pustulètes miliaires et nappes puru-

lentes polycycliques. On voit tous les intermédiaires entre les éléments isolés et les plaques étendues qui résultent de leur confluence et de leur extension progressive. Les uns et les autres se dessèchent rapidement et forment, suivant la quantité de liquide exsudé, soit des squames, généralement minces, soit des croûtes; la peau est épaissie dans les parties les plus malades.

A partir du 15 décembre, le tableau se complique encore, et aux *suppurations locales*, viennent s'ajouter des *poussées généralisées ou très étendues de dermatite pustuleuse*.

Ces poussées se renouvellent à intervalles de deux à huit jours et envahissent, soit toute la surface cutanée, soit plus souvent un certain nombre de régions, en procédant toujours symétriquement; depuis lors, on a pu constater, jusqu'à ces jours derniers, dans toute l'étendue des téguments, des altérations d'âge et d'intensité divers.

Chaque poussée est caractérisée, à son début, par une rougeur érythémateuse sur laquelle se détachent de nombreuses pustulettes miliaires très superficielles; la *durée de ses éléments est tout à fait éphémère*; en moins de 24 heures, ils se dessèchent et font place le plus souvent à une desquamation lamelleuse; l'éruption mérite alors le nom d'*herpétide exfoliatrice*; en certaines régions seulement, sur le dos des poignets, aux cous-de-pied, le contenu des pustules se concrète en croûtes peu épaisses et jaunâtres; si on les soulève, on trouve une surface légèrement excoりée.

Les régions où les poussées de pustulettes se font avec prédilection sont le dos, les aines, les coudes, le dos des poignets, le scrotum, les genoux, les parties inférieures des jambes et les cous-de-pied; les *parties symétriques sont toujours intéressées simultanément*.

Il se fait, dans ces régions, une production presque incessante de pustulettes qui se dessèchent très rapidement; il n'est guère de jours où, en dehors des grandes poussées, un examen attentif ne dénote, au niveau de ces surfaces érythémateuses, ces pustulettes miliaires très superficielles.

L'éruption n'a cessé de se produire que momentanément, du 14 au 19 janvier 1890, période où le malade a été atteint d'une grippe avec congestion pulmonaire qui a failli l'emporter; dès le 20 janvier, une nouvelle poussée se produisait.

La tête n'est pas restée indemne; à plusieurs reprises, des poussées érythémateuses et pustuleuses se sont manifestées au cuir chevelu, au front, dans la barbe, derrière les oreilles et sur leurs pavillons; nous notons une desquamation légère et furfuracée à la face, épaisse au cuir chevelu.

La partie postérieure du tronc est constamment le siège de plaques érythémateuses généralement étendues; elles pâlissent pour se reproduire, soit dans la même partie, soit dans le voisinage; on y voit des pustulettes miliaires rares ou multiples suivant que le malade est ou non en état de poussée aiguë; ces téguments sont le siège d'une desquamation



furfuracée, disposée souvent en petits cercles répondant aux pustulettes desséchées. On n'y voit jamais de croûtes.

La partie antérieure du tronc est moins souvent intéressée ; à plusieurs reprises cependant, on y a noté des pustulettes et des érythèmes ; on y constate une légère desquamation.

La rougeur érythémateuse est foncée et persistante au niveau des plis des coudes, du scrotum, des plis génito-cruraux, sur le dos des poignets et aux cous-de-pied : dans ces régions, ce ne sont pas de simples squames qui les recouvrent, mais de minces croûtelles jaunâtres, produites par la concrétion d'un exsudat plus abondant.

Aux extrémités, la desquamation se fait en larges lambeaux.

Le lit du malade est rempli de squames, comme dans les cas d'herpétide exfoliatrice.

Les altérations ne sont pas limitées au tégument externe : la muqueuse buccale est intéressée ; on voit, sur sa portion labiale, des pustules analogues à celles de la peau ; la piqûre en fait sourdre un liquide purulent. La lèvre inférieure présente en outre, à l'union de sa face muqueuse et de son bord libre, un bourrelet transversal saillant, opalin, large de près d'un centimètre et creusé, presque dans toute sa longueur, d'un sillon profond de 1 à 2 millimètres.

Un bourrelet semblable se voit à la lèvre supérieure.

A la face interne des joues, l'épiderme a pris, par places, une coloration d'un blanc jaunâtre et nous avons constaté à plusieurs reprises qu'il était soulevé par du pus ; les mêmes lésions existent à la face inférieure de la langue ; sa face dorsale est rouge et dépouillée.

Il n'y a pas de trace de trouble de l'innervation sensitive, pas d'amyotrophies, pas d'arthropathies ; cependant l'auriculaire gauche est un peu déformé, sa seconde phalange est légèrement fléchie sur la première, la troisième légèrement étendue sur la seconde, les mouvements lui sont moins faciles que dans les autres doigts.

L'urine renferme des traces d'albumine avec quelques globules de pus provenant sans doute de l'éruption préputiale.

Depuis quelques jours, le malade rentre dans une période d'accalmie : le 4 avril nous constatons, pour la 1<sup>re</sup> fois depuis six mois, l'absence complète de suppuration. La desquamation est actuellement à peine appréciable à la face et au devant du tronc ; plusieurs des ongles sont en voie de régénération : ceux du médium et de l'annulaire droit sont complètement kératinisés dans leur moitié supérieure, leur surface tend à y reprendre son aspect physiologique, tandis que leur moitié inférieure est encore friable, bosselée, non kératinisée ; de même, à gauche, l'ongle de l'annulaire est kératinisé dans ses deux tiers supérieurs. Les ongles du médium et de l'index gauches ne sont pas tombés, mais ils ont néanmoins souffert dans leur nutrition, nous en avons pour témoins deux aplatissements transversaux en forme de sillons. Si donc ils ont été moins

atteints que les autres, ils ont néanmoins participé aux altérations.

Les traits généraux de cette histoire peuvent être résumés ainsi qu'il suit :

*Accidents invétérés d'asphyxie locale des extrémités prédominant dans certains doigts et dans les orteils du pied droit ; depuis quelques mois, polydactylites suppurées des mêmes doigts et des mêmes orteils avec troubles profonds dans la nutrition des ongles ; plus récemment poussées successives, généralisées ou localisées à des régions symétriques, d'érythèmes et de pustulettes très éphémères, laissant à leur place, soit des squames, soit plus souvent de minces croûtelles ; lésions analogues de la muqueuse buccale.*

Comment faut-il interpréter ces phénomènes ? la nature des accidents d'asphyxie locale ne peut faire l'objet d'un doute : il s'agit d'une névrose des vaso-constricteurs ; la localisation des suppurations initiales aux doigts atteints par l'asphyxie et leur prédominance constante dans ces mêmes parties alors que les autres doigts restent relativement indemnes, établissent leurs relations avec cette névrose.

Ils n'ont nullement le caractère du sphacèle que l'on observe parfois en pareil cas et la présence du pus indique presque nécessairement l'intervention de microbes pyogènes ; il est possible cependant que l'hyperhémie consécutive à l'anémie locale suffise à produire l'inflammation en offrant un terrain favorable à la multiplication des microbes que l'on trouve normalement à la surface de la peau. Les examens bactériologiques pratiqués par M. Darier sont en faveur de cette interprétation, car ils n'ont révélé dans les cultures que la présence d'un de ces microbes banals, le staphylocoque blanc. Il est peu probable qu'il s'agisse d'une véritable trophonévrose, car les éruptions ne sont pas localisées suivant la distribution des nerfs.

Pour ce qui est enfin des poussées réitérées de dermatite pustuleuse étendue à la plus grande partie du corps, elles s'expliquent par la résorption des produits septiques ou des microbes développés dans les extrémités digitales en suppuration. L'hypothèse suivant laquelle des microbes seraient directement transportés des extrémités digitales sur les différentes régions des surfaces cutanées et produiraient des lésions phlegmasiques, comme le font ceux du furoncle, des pustules d'ecthyma et de plusieurs autres dermites, ne nous paraît pas admissible : elle est en premier lieu bien peu vraisemblable en raison de la généralisation fréquente des poussées ; d'autre part, nous avons vu que ces *éruptions secondaires ont offert constamment une remarquable symétrie, or c'est là un caractère qui paraît appartenir exclusivement aux maladies infectieuses généralisées et aux trophonévroses* ; on ne l'observe, à notre connaissance, dans aucune des maladies dont le parasite reste limité à la surface des téguments, telles que la gale, les teignes, la furonculose et l'ecthyma. Il appartient au contraire à la syphilis, à la



tuberculose, à l'infection purulente et aux fièvres éruptives, maladies généralisées; il s'agit donc suivant toute vraisemblance, chez notre malade, d'une *infection généralisée consécutive à une polydactylite suppurée*.

Nous pouvons suivre ainsi dans leur évolution la série des phénomènes morbides qui se sont produits chez notre malade, les accès d'asphyxie locale ayant déterminé une polydactylite suppurée et celle-ci ayant entraîné, à son tour, des poussées de dermatite généralisée. Deux lacunes restent à combler: nous ignorons la cause prochaine de la polydactylite; nous ne pouvons dire pourquoi cette asphyxie locale, si longtemps inoffensive chez ce malade, a provoqué dans ces derniers mois des inflammations suppuratives qui n'ont été signalées dans aucun cas semblable; d'autre part, nous ne pouvons déterminer si les matériaux de suppuration dont la résorption et l'élimination donnent lieu aux poussées de dermatite sont de nature chimique ou animée, s'il s'agit de microbes de la polydactylite ou de ptomaïnes engendrées par eux.

Nous ferons remarquer, en dernier lieu, que les *poussées éruptives observées chez notre malade ont présenté des caractères particuliers: l'évolution si rapide des pustulettes que nous avons été en droit de qualifier d'éphémères, la desquamation furfuracée simulant l'herpétide exfoliatrice qui leur fait suite, l'extension des lésions à la muqueuse buccale, donnent à la maladie une physionomie qui lui appartient en propre et la différencie nettement des autres suppurations cutanées, et, si l'on peut prononcer à leur sujet le mot d'infection purulente, il faut dire que c'en est un mode tout spécial, sans fièvre, sans troubles de la santé générale, avec une éruption qui lui appartient en propre.*

#### LES ÉRUPTIONS A LA SUITE DE L'ADMINISTRATION DE L'ACIDE URIQUE,

Par M. QUINQUAUD.

Il y a longtemps déjà, en 1870, Gigot-Suard (*Traité de l'herpétisme*) fit prendre de l'acide urique à des chiens et, après une ou plusieurs semaines, il nota des démangeaisons très vives et des éruptions bouton-neuses, vésiculeuses et pustuleuses.

Dans une première expérience il fait prendre matin et soir à une chienne pleine de deux mois, 15 centigrammes d'acide urique; au bout de 8 jours il vit apparaître des démangeaisons très fortes, du pityriasis et du prurigo. Elle mit bas et pendant 15 jours les petits chiens eurent des ulcérations eczémateuses. La mère a continué l'allaitement et a toujours eu