

**Dictionnaire des maladies  
éponymiques et des observations  
princeps : Kératose blennorragique**

**VIDAL, Emile. - Eruption généralisée  
et symétrique de croûtes cornées,  
avec chute des ongles, d'origine  
blennorragique, coïncidant avec une  
polyarthrite de même nature**

*In : Annales de dermatologie et de syphiligraphie  
(1869), 1893, 3ème série, vol. 4, pp. 3-11*

La mort de son frère, atteint de diabète, survenue l'année dernière, avait profondément affecté M. Horteloup; il se savait atteint de la même maladie; et, surmené par une clientèle fort étendue, il dut, il y a quelques mois, tenter d'aller chercher dans le Midi le rétablissement d'une santé gravement compromise; c'est à Hyères qu'il est mort, le 11 janvier 1893; ses obsèques ont eu lieu à Paris, le 16 janvier; par sa volonté expresse, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

M. Horteloup laisse après lui les regrets unanimes et le souvenir d'un homme parfaitement honnête et aimé de tous ses collègues.

H. F.

## TRAVAUX ORIGINAUX

Éruption généralisée et symétrique de croûtes cornées, avec chute des ongles, d'origine blennorrhagique, coïncidant avec une polyarthrite de même nature. — Récidive à la suite d'une nouvelle blennorrhagie, deux ans après la guérison de la première maladie.

Par M. **Émile Vidal**.

(Communication à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.)

Le malade sur lequel j'ai l'honneur d'appeler l'attention de la Société est entré le 15 décembre dernier dans le service de M. Besnier. Mon éminent collègue et ami, sachant que j'avais eu à soigner cet homme d'une maladie semblable à celle qui l'amène actuellement à l'hôpital St-Louis, a mis le plus gracieux empressement à me permettre de vous le présenter.

Les manifestations cutanées d'origine infectieuse que nous constatons aujourd'hui sont d'une variété si rare que je n'en avais encore vu qu'un exemple et cet exemple unique m'avait été fourni par ce même malade.

A trente-deux mois d'intervalle je vois se reproduire, trait pour trait, les symptômes et la marche de la maladie que j'avais observée, en 1890: les lésions cutanées sont identiques et leur évolution est exactement la même. En voici la double observation:

### I

OBSERVATION. — C..., Alphonse, âgé de 24 ans, exerçant la profession de relieur, est un homme de taille moyenne, d'un tempérament nerveux.

*Antécédents.* — Son père et sa mère sont rhumatisants (nous avons appris depuis, que cette dernière est devenue folle et est morte en 1892).

A l'âge de 18 ans, C... contracta une blennorrhagie et des chancres mous. La blennorrhagie guérit rapidement sans aucune complication. Les chancres furent cicatrisés en moins de trois semaines; ils ne furent suivis d'aucun symptôme de syphilis secondaire, ce qui confirma le diagnostic de chancres non infectants inscrit par M. Mauriac sur le billet du malade à l'hôpital du Midi.

Le 25 février 1890, il s'apercevait d'une nouvelle blennorrhagie assez aiguë; elle marqua le point de départ et fut l'origine des accidents infectieux qui devaient l'obliger à passer plusieurs mois à l'hôpital.

Dans les premiers jours du mois de mai des douleurs vives dans le genou droit le décidaient à entrer à l'hôpital de la Charité.

Plusieurs jointures devenaient douloureuses; le 12 mai, le genou gauche était également atteint d'une arthrite blennorrhagique bien caractérisée.

Dans les premiers jours d'avril, sans que le malade puisse indiquer de date précise, il vit se développer, sur la peau de la région antérieure du genou droit, des croûtes qui persistaient encore quelques semaines plus tard et dont nous parlerons en décrivant les lésions cutanées au moment de l'entrée à l'hôpital St-Louis.

Vers la fin d'avril des croûtes de même espèce se formaient sur les pieds et sur les mains, beaucoup plus abondantes sur les régions plantaires et palmaires. Le malade dit que ces croûtes n'auraient été précédées ni de vésicules, ni de bulles.

Cette éruption le décide à entrer à l'hôpital Saint-Louis; il y est admis dans mon service (salle Devergie, n° 44), le 27 mai 1890.

*État actuel.* — Ce malade est pâle, amaigri, profondément cachectique et condamné au décubitus dorsal par les souffrances prolongées d'une polyarthrite blennorrhagique.

La blennorrhagie qui a été traitée d'abord par le cubèbe, puis par l'opiat au cubèbe et au copahu, n'est pas encore terminée et la pression sur le trajet de l'urèthre fait sourdre quelques gouttes de muco-pus.

Les yeux, dont la conjonctive a été assez vivement enflammée, sont encore un peu rouges. Le bord libre des paupières est le siège d'une blépharite et les cils sont agglutinés par de petites croûtes.

Le genou droit est encore très tuméfié et immobilisé par la douleur. L'articulation scapulo-humérale droite est douloureuse. Le doigt médium de la main droite est gonflé, rouge, douloureux, au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange. Cette petite articulation est aussi le siège d'une arthrite blennorrhagique.

La peau attire l'attention par une dermatopathie tout à fait insolite: c'est une éruption symétrique et généralisée de croûtes dures, cornées, sèches, sans traces d'humidité ni de suintement. Petites et disséminées sur la tête, sur la face, sur le tronc, ces croûtes deviennent plus grosses sur le tronc et sont d'autant plus abondantes qu'on se rapproche davantage des extrémités et surtout des extrémités inférieures.

La *main droite* est beaucoup plus envahie que la gauche. La face palmaire présente des croûtes d'un jaune brun, les unes isolées, les autres

réunies, les unes aplaties les autres saillantes, enchâssées dans un épiderme très épais, fortement adhérentes et présentant une très grande ressemblance avec la syphilide cornée.

Les doigts sont inégalement envahis, quelques croûtes discrètes sur leurs faces externes, internes et antérieures. Elles sont plus abondantes vers l'extrémité des doigts où elles se confondent pour former une croûte cornée, épaisse, enveloppant tout le bout du doigt et soulevant l'ongle qui est déjà presque détaché. La pression fait suinter quelques gouttes de pus provenant du tissu sous-unguéal. Ces productions cornées sont entourées par un liséré rougeâtre.

La *main gauche*, beaucoup moins atteinte, ne présente que trois petites croûtes cornées, jaunâtres sur la face palmaire. Les deux derniers doigts sont indemnes. Des croûtes soulèvent le bord libre des ongles des trois premiers doigts.

Les *bras* et les *avant-bras* sont très peu atteints. On y voit, disséminées, de petites croûtes cornées qui ressemblent, et par leur coloration et par leur demi-transparence, à de fines gouttelettes de cire jaune. Elles sont en général discrètes ; on ne les trouve en groupe qu'au bord externe de l'avant-bras droit.

Tandis qu'autour du *genou gauche* on ne voit que quelques rares éléments croûteux, sur la face antérieure du *genou droit* (siège d'une des arthrites blennorrhagiques) les croûtes sont plus abondantes, plus volumineuses, d'apparence jaunâtre, cireuse, ayant une saillie conique de 1 à 3 millim. au-dessus du niveau de la peau, formant deux groupes, un supérieur situé juste au-dessus du bord de la rotule et un inférieur composé d'éléments plus petits. (Moulage de Baretta n° 1544 du musée de l'hôpital St-Louis.)

Le *pied droit* est moins envahi que le gauche. La peau de sa face dorsale est à l'état normal.

Celle de la face dorsale des deux derniers orteils est recouverte par une enveloppe cornée d'un jaune brun, plus épaisse sur la saillie des articulations interphalangiennes.

L'extrémité des trois derniers orteils est coiffée par une calotte cornée qui commence à soulever les ongles. Une véritable corne cutanée demi-transparente formant un cône, d'un centimètre et demi de hauteur dont la base n'a pas plus d'un centimètre de diamètre, s'élève sur la peau de la face dorsale du 5<sup>e</sup> orteil, au niveau de l'articulation de la première phalange avec la deuxième.

La face plantaire du pied, sur toutes les parties qui reposent sur le sol, est recouverte d'une croûte cornée en forme de fer à cheval, concave du côté du bord interne. Cette plaque cornée est plus épaisse et plus dure sous le talon et à la base des orteils. Dans ces régions, elle est en partie brisée, exfoliée et se soulève par larges écailles dures et épaisses.

La lésion dépasse la plante du pied et s'étend un peu sur ses bords. (Moulage de Baretta n° 1523 du musée de l'hôpital St-Louis.)

On retrouve sur le *pied gauche* les mêmes lésions, mais plus accentuées.

Les extrémités de tous les orteils sont recouvertes d'une croûte cornée

encore plus complète et plus épaisse que celle des doigts de la main droite. Tous les ongles paraissent soulevés.

Sur le bord interne une croûte conique tout à fait cornée du diamètre d'une pièce de 50 centimes. En la détachant on met à nu une papule un peu humide et papillomateuse.

On voit une autre croûte semblable au niveau de la malléole externe.

Sur la *région antérieure de la poitrine*, sur le dos, sur l'abdomen, on constate la présence de quelques petites croûtes convexes, sèches et dures, qui, pour la plupart, ne dépassent pas la grosseur d'un grain de millet. Généralement isolées, elles sont, en quelques points, réunies en groupes. Des macules rougeâtres, d'autres pigmentées indiquent le siège qu'occupaient antérieurement des croûtes qui sont tombées.

Sur la *face*, sur les *oreilles* on voit quelques petites croûtes.

Il en existe quelques-unes, un peu plus grosses sur le cuir chevelu.

Les ganglions des régions inguinales et de la région cervicale postérieure sont un peu tuméfiés. Cette adénopathie, — qui ne s'est pas reproduite dans la récurrence de la maladie, — ainsi que l'apparence de l'éruption, particulièrement à la paume des mains et à la plante des pieds, avait contribué à me faire penser à une syphilide cornée. Cette opinion était partagée par plusieurs de mes collègues. Le traitement antisiphilitique n'amena aucune modification.

L'examen des organes internes ne révèle rien d'anormal. Le cœur paraît sain.

L'analyse de l'urine ne décèle ni albumine, ni sucre.

La sensibilité étudiée dans ses différents modes ne paraît pas modifiée, bien que le malade soit assez nerveux et excitable.

*Évolution et structure des croûtes.* — Je n'ai vu qu'exceptionnellement les croûtes précédées par des vésicules ou des vésico-pustules. En général on constatait l'apparition d'une petite croûte jaunâtre, sèche et dure, grosse d'abord comme un grain de millet, s'élevant graduellement, bombée ou acuminée, s'étendant par ses bords jusqu'à dépasser un centimètre de diamètre. Sa face adhérente, un peu concave, couvrait une papule un peu papillomateuse, sèche ou légèrement humide.

La coupe des productions cornées les plus dures laissait voir, au microscope, une stratification de couches épidermiques cornées et ressemblait à la coupe d'une corne cutanée.

A l'examen bactériologique, fait à plusieurs reprises, nous n'avons trouvé aucun microbe pathogène.

*Marche de la maladie.* — Le 15 juin l'arthrite blennorrhagique a envahi de nouvelles articulations. Localisée d'abord au genou gauche, puis au genou droit, elle a atteint, en 5 ou 6 jours, toutes les articulations des membres supérieurs. Les souffrances sont très vives, et ne sont pas modérées par le salicylate de soude administré à la dose quotidienne de 5 et 6 gr. Le sulfate de quinine produit un meilleur résultat. L'état aigu, avec mouvement fébrile très intense, dure pendant 10 jours jusqu'au 25 juin. Le cœur ne paraît pas avoir été intéressé dans cette exacerbation de l'état infectieux.

Malgré les abondantes transpirations qui ont accompagné l'état fébrile,

pendant plusieurs jours, les croûtes se sont peu modifiées et il n'en a guère paru de nouvelles que sur la région dorsale.

Celles de la face palmaire de la *main droite* se fissurent, se brisent et commencent à s'exfolier.

Les ongles du pouce et de l'index sont tombés; ils sont remplacés par une petite masse sphérique en haut, en massue à son extrémité, composée d'éléments cornés, de couleur jaune brunâtre, demi-transparents comme les croûtes des autres régions.

Les ongles du médius, de l'annulaire et du petit doigt, près d'être détachés, sont comme enchâssés et sont repoussés en haut par la production épidermique croûteuse et cornée qui les entoure complètement et forme autour de chacun d'eux comme un véritable collier. Sur l'auriculaire et sur le médius deux croûtes isolées formant deux masses acuminées, assez volumineuses, ressemblant à deux véritables cornes cutanées.

L'éruption a augmenté sur la face palmaire de la *main gauche*. On y voit quelques-unes des croûtes entourées d'une collerette épidermique rappelant la collerette de Bielt.

Les ongles entourés de croûtes, commencent à être soulevés; ils ont déjà une teinte jaunâtre qui indique leur mortification.

L'éruption est devenue plus abondante sur les pieds. Leur face dorsale a été envahie par les croûtes.

Tous les orteils, à l'exception du cinquième, ont perdu leurs ongles. Ces phanères sont remplacés par une croûte jaunâtre, dure et sèche, encadrée par une croûte cornée plus épaisse plus dure et plus élevée.

Le 25 juillet. L'état du malade étant notablement amélioré, l'appétit et le sommeil étaient revenus, l'anémie commençait à diminuer; l'écoulement blennorrhagique était presque tari; quelques douleurs persistaient encore dans les articulations du bras gauche et dans les genoux encore tuméfiés, lorsque, par suite de réparations à faire dans mes salles, le malade fut transféré dans le service de M. Besnier, suppléé par M. Brocq.

Dans la pensée que les lésions étaient d'origine trophique, M. Brocq fit appliquer à plusieurs reprises et à huit jours d'intervalle des pointes de feu sur le trajet du rachis.

Des douches écossaises, puis ensuite des douches froides, furent associées à ce traitement révulsif.

Le 20 septembre, les doigts et les orteils sont presque complètement débarrassés de leurs productions cornées.

Tous les ongles de la main droite sont tombés; à la main gauche ceux du pouce et du médius sont seuls tombés.

Tous les orteils ont perdu leurs ongles.

Le 11 octobre. On ne voit plus trace de croûtes sur les mains et l'épiderme est en réparation; les ongles commencent à repousser; à leur pourtour ils sont entourés par un liséré rouge d'un à deux millimètres de largeur. Plusieurs des ongles nouveaux sont striés dans le sens de leur longueur.

Sur la face plantaire des pieds on ne voit plus de croûtes; les parties de peau qu'elles recouvraient sont encore très rouges; leur épiderme nouveau est très mince, et la sensibilité de cette région est très vive.

Les ongles des orteils n'ont pas encore repoussé; une plaque croûteuse.

cornée, d'un centimètre de longueur sur un centimètre de largeur, adhère encore à l'extrémité du gros orteil du pied droit.

Le 27 novembre, C... rentre dans mon service. Son état général est considérablement amélioré.

Le 13 décembre, sauf un peu de rougeur à la plante des pieds, la peau a repris son aspect normal. On ne trouve aucune apparence de cicatrice, ce qui indique que la lésion a été superficielle et n'a pas dépassé la couche papillaire.

Les ongles ont tous repoussé.

La blennorrhagie est complètement guérie.

Le 3 janvier, C..., en état de reprendre ses occupations, quitte l'hôpital Saint-Louis.

## II

### *Récidive de la dermatose cornée et des arthrites dans le cours d'une nouvelle blennorrhagie, deux ans après la guérison de la première maladie.*

Après sa sortie de l'hôpital, le 3 janvier 1891, C..., n'avait conservé aucune trace de blennorrhagie. Les ongles avaient repoussé, les lésions cutanées avaient complètement disparu, — sans laisser de cicatrices — et la coloration un peu pigmentée qui leur avait survécu avait fini par s'effacer.

Fait important à noter : les croûtes qui se formaient sur les coupures ou les écorchures qu'il se faisait accidentellement étaient friables, comme les croûtes ordinaires et n'avaient rien de l'état corné des lésions observées pendant la maladie. Il en était de même avant la première infection blennorrhagique.

Plusieurs orteils s'étaient rétractés et le deuxième orteil de chaque pied avait subi la déformation dite « en marteau ».

Cette difformité le gênait pour faire mouvoir la pédale du rouleau de relieur, l'avait obligé à changer de profession. Employé comme homme de peine, il portait facilement de lourds fardeaux et était en très bonne santé lorsque survint l'affection qui l'a décidé, en ces derniers temps, à venir se faire soigner à l'hôpital. C'est presque trait pour trait, à trente-deux mois d'intervalle, entre le commencement de chacune des deux blennorrhagies qui en ont été l'origine, la reproduction de la curieuse maladie que nous avons observée en 1890. Nous avons conservé sur sa nature des doutes que la récurrence actuelle vient éclairer.

*Début de la deuxième infection blennorrhagique.* — Le 8 novembre 1892, C... contracte une nouvelle blennorrhagie, modérément douloureuse, avec écoulement peu abondant, qui ne l'empêchait pas de travailler.

Vers le huitième jour, une conjonctivite des deux yeux l'obligeait à garder la chambre, et le dixième jour il commençait à souffrir de l'articulation coxo-fémorale droite.

Le 23 novembre, il vient consulter à l'hôpital St-Louis et M. Sabouraud l'envoie à la clinique d'ophtalmologie.

Admis à l'Hôtel-Dieu le 25, dans le service de M. le professeur Pons, il y fut soigné pendant trois semaines.

L'examen fait par M. le Dr Terson démontra :

1° Que l'écoulement blennorrhagique contenait des gonocoques de Neisser;

2° Que la conjonctivite était simple, non purulente, et l'examen bactériologique n'y a montré que les bacilles désignés par Fritsch sous les caractères  $\alpha$ ,  $\beta$ , etc.

Pendant que la conjonctivite cédait à de simples lotions d'eau boricuée, les symptômes actuels commençaient à se manifester sur la peau et du côté des articulations.

Le genou droit, très douloureux, était tuméfié par une arthrite blennorrhagique.

Des croûtes sèches, dures, sans vésicules apparentes, sans pustules préexistantes, se formaient sur la région antérieure de la poitrine et sur la région dorsale. Des croûtes, de même nature, s'étendant par leurs bords et augmentant graduellement d'épaisseur, se manifestaient aux régions plantaires et sur les orteils.

Le malade voyait se reproduire et reconnaissait les mêmes lésions cutanées dont il avait été atteint en 1890.

Presque guéri de sa conjonctivite, il quittait l'Hôtel-Dieu pour entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il fut admis le 15 décembre, dans le service de M. Ernest Besnier (salle Devergie, n° 27).

Peu de jours après son entrée, il s'est reproduit une nouvelle crise de conjonctivite, assez intense au début, avec photophobie assez prononcée pour avoir fait penser à l'existence d'une iritis. Mais, comme la première fois, cette conjonctivite a cédé assez rapidement aux lotions et aux applications de compresses imbibées de solution d'acide borique.

*État actuel.* — Le 5 janvier 1893, nous constatons que :

1° La blennorrhagie, traitée à l'Hôtel-Dieu par des capsules de santal citrin, a complètement cessé. Un examen du mucus urétral fait par M. Sabouraud n'a montré aucun gonococque et confirme la guérison ;

2° Plusieurs articulations sont atteintes d'une arthrite blennorrhagique. L'articulation scapulo-humérale gauche est le siège de vives douleurs. Celle du côté droit, qui avait été prise assez violemment, est en voie d'amélioration. Le genou droit est encore gonflé et douloureux.

Le malade a éprouvé des douleurs dans les jointures des doigts. L'articulation de la première avec la deuxième phalange de la main droite, est prise comme elle l'avait été lors de la première maladie. Au niveau de cette arthrite, qui est le siège de vives douleurs, le doigt est très tuméfié. On voit sur la peau une large bulle blanchâtre formée à la suite de l'application d'un morceau de sparadrap de Vigo.

Cette polyarthrite blennorrhagique a donné lieu à des mouvements fébriles assez modérés et la température n'a pas dépassé 39°. Ce maximum avait été constaté le 2 janvier ;

3° Les lésions cutanées qui ont commencé sur la région antérieure de la poitrine et sur le dos, se sont généralisées et sont symétriques. Elles sont plus abondantes et forment des croûtes cornées plus épaisses aux extrémités et surtout à la paume des mains, à la plante des pieds, aux orteils et autour des malléoles.



Le diamètre des croûtes isolées varie de deux à dix millimètres et même davantage. Les plus petites sont celles de la face et du tronc.

Elles sont bombées ou coniques, dures, cornées, s'exhaussant par couches successives, grandissant par leurs bords et entourées d'un cercle en desquamation. Elles sont assez adhérentes et, en les détachant, on découvre une papule saillante un peu humide et végétante. La face adhérente de ces croûtes est concave et porte les empreintes des prolongements papillomateux.

L'éruption est discrète sur la face et, sur le cuir chevelu. On n'y voit que quelques petites croûtes cornées disséminées, et on trouve des macules rouges qui ont succédé à des croûtes récemment tombées.

Le bord des paupières est encore rouge. Les conjonctives sont à peine injectées.

Des croûtes peu nombreuses existent sur le tronc, sur la poitrine, sur le ventre, sur le dos, sur les régions fessières. Elles sont plus nombreuses, mais encore discrètes, sur les cuisses, plus abondantes sur les genoux.

En descendant vers le bas de la jambe elles deviennent confluentes, en bien des points; autour des malléoles elles forment des plaques épaisses. Les croûtes de cette région n'ont pas toutes le même aspect, les unes sont d'un jaune brunâtre transparent (comme les croûtes des autres régions du corps); les autres sont plus jaunâtres, opaques, un peu pulvérulentes sur leurs bords; ces dernières ont succédé à une éruption de vésicules dont le liquide est devenu jaunâtre, séro-purulent et s'est ensuite desséché.

Sur la région plantaire et sur les orteils, nous retrouvons exactement la même apparence des lésions que nous avons constatée dans la première maladie.

Sous la plante du pied et surtout dans la région métatarso-phalangienne de larges croûtes forment des tubérosités dures, cornées.

Elles couvrent, en une large plaque inégale et mamelonnée, la région du talon.

Les orteils sont enveloppés, autour de leur extrémité, par une carapace jaune brunâtre cornée, comme transparente, cernant les ongles qu'elle commence à soulever.

Les extrémités des orteils sont très sensibles, douloureuses et le malade se plaint vivement lorsqu'on les touche.

Comme dans la première maladie, la face palmaire des mains est le siège de productions cornées, les unes discrètes, les autres un peu conglomérées. Enchâssées dans l'épiderme, difficiles à détacher, elles ressemblent aux papules cornées de la période secondaire de la syphilis.

On ne voit que quelques petites croûtes sur les doigts. L'extrémité du pouce gauche est coiffée par une croûte cornée qui commence à soulever le bord libre de l'ongle.

L'appétit est revenu, le sommeil est moins troublé par les douleurs articulaires, et le malade qui était très amaigri, très affaibli et très anémié, commence à reprendre des forces.

La sensibilité étudiée dans ses différents modes ne paraît pas modifiée, même aux extrémités inférieures. Les réflexes du tendon rotulien sont

un peu exagérés, mais il faut tenir compte de ce que le malade est très nerveux.

12 janvier. Des applications de liniment oléo calcaire, prescrites par M. Besnier et faites sur le pied gauche et sur le bas de la jambe, ont ramolli et fait tomber les croûtes cornées entraînant, dans leur chute, les ongles nécrosés et déjà décollés. Elles laissent à nu une surface rouge, humide, inégale mais non ulcérée; l'épiderme voisin est plus ou moins épaissi et soulevé sur les bords des régions envahies. Il est facile de voir que la lésion est superficielle, épidermique, et qu'elle ne paraît pas dépasser la couche papillaire.

*Structure des croûtes cornées.* — Les coupes des productions cornées, examinées au microscope, sont identiques à celles que nous avons vues en 1890; elles ont la plus grande ressemblance avec celles d'une corne cutanée.

L'examen bactériologique, fait par M. Sabouraud, a été négatif, comme celui que nous avons fait pendant la première maladie. Il n'a décelé dans ces productions cornées ni gonocoques, ni microbes pathogènes.

La récidive de ces lésions cutanées dont la pathogénie était restée douteuse, en 1890, permet d'en faire une manifestation directe de l'infection blennorrhagique, au même titre que la polyarthrite blennorrhagique qui, dans les deux atteintes, a été le symptôme caractéristique de l'état infectieux.

Aux localisations cutanées déjà connues de l'infection blennorrhagique, se manifestant sous forme d'éruptions rubéoliformes, d'érythèmes polymorphes, de vésicules, de bulles, etc., on pourra désormais ajouter l'éruption généralisée et symétrique de croûtes cornées, avec chute des ongles.

---

### Sur une forme particulière d'œdème névropathique (pseudo-éléphantiasis névropathique)

Par le Dr **Albert Mathieu**.

Médecin des hôpitaux.

Le pseudo-lipome était connu déjà avant les publications de MM. Potain et Verneuil (1), mais ce sont ces auteurs qui ont le plus puissamment attiré sur lui l'attention des médecins.

M. Potain a bien nettement indiqué qu'il s'agissait d'une modification particulière du tissu cellulaire sous-cutané, très voisine de l'œdème rhumatismal. Il a fait voir que le pseudo-lipome pouvait se

(1) CHAUFFARD. *Des affections rhumatismales au tissu cellulaire sous-cutané*. Th. d'agrégation, Paris, p. 137; 1886.