

*Suite de la Note des Traducteurs.*

les cas où la prédominance folliculaire est très décidée, formant tantôt un disque *unique*, complet ou incomplet, semi-lunaire — pièce du Musée de Saint-Louis, 370, déposée par nous — ou au contraire, un grand nombre de disques, *nettement arrondis*, isolés ou confluents — pièces 307, 435, 1014, — constituant dans ce dernier cas, par leur réunion, des aires plus ou moins larges, dont le centre est variable suivant les cas, ou selon le degré de l'évolution, et dont le bord, pigmenté ou érythémateux, présente une délimitation polycyclique — pièces 435, 1104.

Dans quelques éléments, sur un même sujet, ou dans tous les éléments, la surface centrale est lisse, atrophiee, ou cicatricielle, parcourue de télangiectasies rares, de taches pigmentaires, ou présentant encore quelques îlots érythémateux, desquamatisés ou crétaés; glabre par destruction des follicules.

Quelquefois, les bords eux-mêmes, en même temps que la surface entière, demeurent couverts de l'exsudat crétaé — pièce 373 déposée par LAILLER — ou même disparaissent entièrement, de manière que la notion du disque et de l'érythème est entièrement effacée et que l'altération est *eczématiforme*, — pièce 339 déposée par LAILLER; pièce 304 déposée par VIDAL.

Dans d'autres cas, au contraire, le bord est excessif, élevé, festonné et presque saillant — pièce 168 déposée par HILLAIRET.

Enfin, au lieu d'être couvert d'un exsudat plâtreux, blanc grisâtre, le *disque* de lupus érythémateux peut être tapissé d'un enduit gras, jaunâtre, croûteux, simulant d'assez près *l'acné sébacée concrète*, pour que l'on trouve justifiée la dénomination de *lupus séborrhéique* ou *séborrhagique* usitée par quelques auteurs. Cette forme est, habituellement, discrète, occupant le lobule, ou une partie du dos du nez, et quelques points attenant, la cavité de la conque, etc.

Malgré toutes ces nuances, la presque totalité des cas de lupus érythémato-acnéique vus d'ensemble, présente une telle uniformité générale que le diagnostic n'en offre vraiment pas de difficulté; et qu'il n'est pas besoin, pour les spécifier, de multiplier les dénominations.

C'est toujours une lésion à début érythémateux, à évolution centrifuge, excentrique, se bordant d'une zone érythémateuse, en même temps que le centre devient atrophique ou cicatriciel, et reste, ou non, plus ou moins longtemps recouvert d'un enduit plâtreux, léger ou considérable, superficiel ou profondément inséré, toujours extrêmement résistant.

Ordinairement, la bordure érythémateuse se perçoit nettement; quelquefois, elle est recouverte elle-même par l'enduit plâtreux, ou remplacée par une ligne pigmentée; exceptionnellement, elle fait complètement défaut. Tout cela, chez des sujets divers, ou sur une même région, chez un même sujet.

Le centre, toujours déprimé dans les formes acnéiques, peut être décoloré incomplètement, atrophique, cicatriciel, un peu inégal, con-

La marche du lupus érythémateux est toujours extrêmement lente, attendu que les taches et les disques persistent pendant des mois et des années, et que la maladie se prolonge d'ordinaire pendant 10, 15 et 20 ans.

Dans plusieurs cas de lupus érythémateux, j'ai vu la muqueuse de la voûte palatine et des joues présenter une lésion analogue: c'étaient des plaques, recouvertes d'excoriations punctiformes et lenticulaires, occupant dans un cas toute la face interne de la joue, superficielles, rouges ou tapissées d'un enduit grisâtre et de taches cicatricielles bleuâtres; cette affection s'est montrée aussi rebelle que celle qui siège à la peau.

Elle se termine en laissant des cicatrices sur la peau; ainsi après un lupus érythémateux disséminé, la face semble comme creusée par la petite vérole, les cheveux peuvent être tombés sur plusieurs points du cuir chevelu; certaines taches aussi disparaissent sans laisser aucune

*Fin de la Note des Traducteurs.*

servant quelques vestiges des bords de jonction, toujours glabre.

Pratiquement, nous distinguons particulièrement deux formes cliniques dans le lupus mixte:

a). Le *lupus érythémateux discret*, en plaques, en disques, en îlots solitaires ou limités, occupant les divers points de la face avec une prédominance pour le nez et la partie attenante des joues, les oreilles, le cuir chevelu; à marche lente, à évolution excentrique, limitée, mais pouvant atteindre localement en intensité, et en profondeur dermique, aussi bien qu'en reliquats atrophiques, le degré des formes plus graves.

b). Le *lupus érythémateux agminé*, ou agrégé, se répandant sur des surfaces d'une tenue plus large, formant de vastes nappes qui peuvent occuper une grande portion de la face, du cuir chevelu, ou envahir une région particulière comme la portion velue du visage, ou la plus grande partie du cuir chevelu. Les nappes peuvent être serpigineuses, irrégulières, ou régulièrement discoïdes, formant des aires à marche excentrique, extensive, érythémateuses à la périphérie, pendant que le centre est devenu exfoliant, crétaé ou cicatriciel.

Quelques variétés de cette forme sont particulièrement graves, non seulement par leur malignité locale relative, mais en ce qu'elles coexistent, à une période de leur évolution, avec des manifestations sur la muqueuse buccale: face interne des lèvres, des joues, voûte palatine, et même sur le larynx; avec des localisations pulmonaires, et des déterminations synoviales.

Voy., pour complément, p. 275 et suiv., les *notes* sur le diagnostic du lupus érythémateux.



trace avant qu'il ne survienne, à leur place, une rétraction cicatricielle.

D'après ce qui précède, on peut dire que le pronostic n'est pas défavorable, en ce sens que le lupus érythémateux ne menace pas directement l'existence et que, dans la plupart des cas, l'organisme n'est pas en souffrance. Cela est vrai surtout pour la forme discoïde. Par contre, dans la forme disséminée, en raison de la possibilité d'une éruption aiguë et généralisée et des manifestations cérébrales qui l'accompagnent, le pronostic est grave, car dans neuf cas de ce genre nous en avons vu cinq, et dans cinquante-trois cas de lupus érythémateux huit se terminer par la mort. Dans six cas, il survint une pleuro-pneumonie et dans deux cas une tuberculose pulmonaire comme cause immédiate de la mort; en outre, dans un cas, une atrophie de l'écorce cérébrale et de l'œdème des méninges, dans un autre du marasme et de l'anémie. Dans un cas de lupus érythémateux aigu à issue fatale, Jarisch a trouvé des altérations inflammatoires dans les parties centrales latérales des cornes antérieures et dans la commissure antérieure, tandis que je n'ai rien pu trouver d'anormal dans un dernier cas semblable, en 1881, ni dans la moelle, ni dans les ganglions intervertébraux, ni dans le sympathique cervical.

Le traitement lui-même est moins applicable à cette forme disséminée, car il y a à la fois beaucoup de foyers morbides, et il s'en développe, çà et là, de nouveaux en grande quantité et d'une manière que l'on ne peut pas prévoir; par contre, il est plus favorable en ce sens que beaucoup de taches survenues d'une manière aiguë peuvent disparaître sans laisser de trace dans l'espace de peu de jours, c'est-à-dire sans qu'il se produise sur ces taches de rétraction cicatricielle.

Quant à la marche ordinaire et au siège, en général plus limité, c'est la forme discoïde qui est la plus favorable, mais elle laisse habituellement aussi des altérations cicatricielles de la peau plus intenses. La persistance, après guérison, de nombreuses télangiectasies dans l'intérieur et au pourtour des cicatrices, est aussi une conséquence fâcheuse de l'une et de l'autre variété du lupus érythémateux (1).

(1) Le pronostic du lupus érythémateux, à notre sens, comporte toujours, même dans les formes légères, une certaine gravité, puisque nous le considérons comme une des formes de la tuberculose tégumentaire.

Mais, abstraction faite de notre opinion personnelle qui importe peu, on ne peut se dissimuler la gravité, de quelque cause qu'elle soit, avouée par le professeur KAPOSI, pour le lupus érythémateux, gravité bien extraordinaire pour une maladie classée dans les « atrophies » cutanées. L'existence de ce que l'on appelle les « compli-

Les recherches anatomiques de Neumann, Geddings, Geber, Thin, Stroganow, Robinson et les miennes, ont montré que la lésion fondamentale du lupus érythémateux est une inflammation de la peau amenant la dégénérescence et l'atrophie; ce n'est donc pas sa nature intime, mais le point de vue pratique qui l'a fait rapprocher du lupus (1). Ces recherches ont établi d'une façon incontestable, que ce ne sont pas seulement les glandes sébacées et leur pourtour, mais aussi les glandes sudoripares (Kaposi, 1872, voir figure 9, a, b, p. 47, Thin, Robinson) et tous les tissus, toutes les couches de la peau (Geber, Stroganow) jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, qui peuvent être le point de départ et le siège de la maladie.

Ainsi la lésion débute tantôt par les couches superficielles et par les vaisseaux entourant les glandes sébacées et leur conduit excréteur (taches rouges, surélevées); tantôt, elle commence dans la profondeur par le réseau vasculaire entourant les glandes sudoripares (comme dans le lupus érythémateux de la paume de la main) et le pannicule adipeux (nodosités dures, œdémateuses), pour gagner de là, successivement, toutes les couches, tous les éléments de la peau.

Dans les lésions récentes, on trouve autour des follicules et des glandes de la peau, des amas cellulaires à côté des autres éléments histologiques de l'inflammation: dilatation des vaisseaux, prolifération de leurs parois, œdème, infiltration cellulaire du tissu conjonctif,

« cations » du lupus érythémateux, lesquelles sont de véritables localisations viscérales, est avouée également par les auteurs les plus opposés à la thèse de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux, qui confessent que les terminaisons malheureuses par tuberculose pulmonaire sont même plus fréquentes dans le lupus érythémateux que dans le lupus vulgaire, ce qui, d'ailleurs, n'est pas conforme à notre observation.

Le lupus érythémateux, enfin, est grave par les cicatrices indélébiles qu'il laisse, surtout dans les formes profondes, par sa prédilection pour les parties découvertes, par son extrême ténacité, par sa résistance, dans quelques cas, à toutes les médications, même les plus énergiques.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) On nous concédera que ce « point de vue » n'est pas à dédaigner, et qu'il est infiniment moins mouvant que le point de vue « anatomique ». C'est parce que CAZENAVE l'a compris, que la dénomination qu'il a créée reste debout, en dépit des dénégations de l'histologie, science qui apporte à la médecine un concours précieux, mais sujet à défaillances, et devant lequel la clinique ne peut se soumettre sans contrôle.

E. B. — A. D.



prolifération des corpuscules conjonctifs et des cellules d'infiltration, et cela, soit dans la profondeur du chorion (tubercules); soit dans les couches superficielles (taches rouges); il en résulte une prolifération des cellules glandulaires (séborrhée), l'induration et la tuméfaction nodulaire de la peau analogue à des engelures, la desquamation de l'épiderme. Si l'inflammation augmente, on trouve une exsudation de sérum et d'un liquide sanguinolent entre les couches épidermiques (formation de phlyctènes), et un épanchement de sang dans le chorion et le corps papillaire (hémorragie); souvent et en plusieurs endroits, il peut se faire dans ce stade une régression, une rémission des symptômes inflammatoires, une résorption de l'exsudat, et les taches peuvent ainsi disparaître sans laisser de traces. Mais, en règle générale, l'inflammation persiste et on observe une dégénérescence des tissus. Aussi trouve-t-on bientôt dans tous les ilots, à côté de légères tendances, à former un tissu de granulation, une infiltration trouble, grasseuse, du réseau muqueux, ainsi que des cellules inflammatoires et du tissu conjonctif infiltré, suivie de résorption et de rétraction. Les mêmes métamorphoses des éléments glandulaires et du tissu connectif qui les entoure, déterminent une destruction des follicules pileux, des glandes sébacées et sudoripares et des cellules grasseuses. Tandis que certains vaisseaux sanguins se rétractent, d'autres restent dilatés; c'est ainsi que se produit, comme résultat final de la lésion, l'atrophie cicatricielle complète des régions de la peau qui ont été atteintes (1).

(1) Cela est manifeste; dans l'état actuel de l'histologie, il n'est pas possible de dépasser la constatation des lésions réalisées, et de s'élever à la connaissance de l'agent irritant spécial qui donne lieu aux altérations de tissu. Mais de ce que l'histologie est, jusqu'à présent, impuissante à faire cette détermination, faut-il considérer la science comme fixée sur ce point? On le pourrait, à la rigueur, si l'affection dont il s'agit n'était pas aussi fortement individualisée, et n'avait pas, pour le médecin qui observe en liberté, des attaches étroites avec la maladie tuberculeuse dont les manifestations tégumentaires, extrêmement multipliées, ont échappé longtemps aux observateurs, et sont encore aujourd'hui méconnues, et contestées, par ceux qui croient devoir subordonner absolument la clinique à l'anatomie. Personne, plus que nous, ne proclame toute l'importance de l'anatomie en médecine générale, et en pathologie cutanée; mais, nous le répétons, en conservant les choses à leur place, et réservant les droits de l'observation clinique.

Dans l'état des choses, l'histologie du lupus érythémateux est d'un grand secours pour comprendre la constitution des formes et des variétés; pour expliquer quelques-unes des raisons de la résistance de la maladie à certains procédés de traitement; pour bien établir ses

Suite de la note des Traducteurs.

diverses localisations de tissu et d'organes; mais elle n'apprend rien au delà; il faut, dans les déductions, s'arrêter où elle s'arrête, et ne pas mettre ses négations à la hauteur de l'affirmation des faits positifs que fournit l'observation médicale.

Afin de donner au lecteur l'exposé absolument indépendant de ces lésions, et ne pas être suspects de manquer de foi dans la description, nous avons prié le professeur LELOIR, qui a fait de ces lésions une étude consommée, de nous donner, pour ces notes, le résumé de ses recherches, telles qu'il les a exposées, dans ses leçons faites en 1888, à l'hôpital Saint-Sauveur.

a). Lésions du derme: Elles sont exposées d'abord, les altérations de l'épiderme étant secondaires, consécutives.

On trouve dans le lupus érythémateux une infiltration diffuse du derme, localisée surtout dans les régions supérieures et en particulier dans le tiers supérieur de celui-ci, dans le territoire limité en haut par l'épiderme et en bas par les vaisseaux horizontaux.

Cette infiltration est variable d'ailleurs comme densité et comme étendue, d'après l'âge du lupus érythémateux et d'après sa forme. Mais, je le répète, son foyer principal, son maximum de localisation, siège au niveau du territoire cutané précité.

Cependant l'on trouve fréquemment une infiltration très discrète dans les parties profondes du derme et jusque dans l'hypoderme. Je n'ai jamais constaté que le tissu cellulaire sous-cutané soit le point de départ du mal, contrairement à ce qu'en ont dit Geber, Stroganoff et Kaposi, sauf peut-être dans un cas de lupus érythémateux de la paume de la main.

L'infiltration est constituée par une grande quantité de cellules embryonnaires groupées surtout le long des vaisseaux, mais disposées aussi d'une façon diffuse dans les mailles du derme et ne se réunissant nulle part en nodules comme dans le lupus vulgaire. Ainsi que E. Vidal et nous l'avons écrit en 1882 (H. Leloir et Vidal. — Sur l'anatomie pathologique du lupus. — Comptes rendus de la Société de Biologie, novembre 1882); si cette infiltration de cellules embryonnaires semble avoir une tendance à être plus prononcée au niveau des glandes cutanées, c'est qu'à ce niveau il existe un lacis vasculaire plus abondant.

Les cellules de l'infiltrat sont disposées d'une façon diffusée plus ou moins dense. Dans les coupes de lupus érythémateux au début, dans les parties profondes de la peau, ces cellules encore jeunes se colorent bien par le micro-carmin. Les cellules de l'infiltrat présentent tous les caractères des cellules embryonnaires. Une partie d'entre elles paraît provenir de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif où l'on peut constater en quelques points des signes évidents de karyokinèse; mais la majeure partie d'entre elles est évidemment un produit de diapédèse. — Ces cellules présentent des réactions histo-chimiques et des apparences bien différentes, indice, comme je l'ai remarqué en 1882, en collaboration avec E. Vidal (H. Leloir et E. Vidal, loc. cit.), d'une vitalité plus ou moins prononcée et de tendance d'un grand nombre d'entre elles à subir la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde. Mais il faut noter particulièrement ce fait; c'est que cette dégénérescence ne frappe pas les amas cellulaires en masse et à leur partie centrale comme dans le lupus vulgaire, mais qu'elle frappe les cellules individuellement, d'une façon diffuse, çà et là et en quelque sorte au