

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 îlots, 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

*Suite de la note des Traducteurs.*

hasard. Notons enfin que, d'une façon générale, par leur aspect et leurs réactions histo-chimiques, les cellules du lupus érythémateux m'ont paru être moins vivaces que celles du lupus vulgaire.

Dans aucun cas (contrairement à ce qui existe dans le lupus vulgaire, où les cellules géantes sont si nombreuses et si caractérisées), je n'ai trouvé de cellules géantes véritables. En quelques points de la coupe, on peut trouver des cellules de l'infiltrat au nombre de trois, quatre, cinq, et même plus, qui se réunissent, se fusionnent, pour former des masses granulo-graisseuses ou plus souvent des sortes de masses colloïdes.

L'on voit donc que l'infiltrat pathologique du lupus érythémateux est constitué par des cellules embryonnaires disposées d'une façon diffuse et dont une partie plus ou moins considérable subit la dégénérescence, graisseuse ou colloïde, et cela d'une façon diffuse, irrégulière, en même temps que des cellules embryonnaires plus jeunes viennent envahir à leur tour les territoires tégumentaires altérés.

Parallèlement à l'envahissement des tissus par l'infiltrat pathologique, on voit ceux-ci présenter tous les signes de la dégénérescence granulo-graisseuse, ou de la dégénérescence colloïde, se résorber, s'atrophier, et finalement disparaître. Les faisceaux du tissu conjonctif sont aussi progressivement détruits, soit par îlots, soit d'une façon diffuse dans les couches supérieures du derme. Les fibres élastiques qui résistent longtemps finissent à leur tour par perdre leur aspect ondulé, par se fragmenter, et par disparaître. Au niveau des régions les plus atteintes, on constate que les faisceaux conjonctifs en partie détruits, sont remplacés par des cellules embryonnaires dont la plupart ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde, et par une substance granulo-graisseuse.

Certaines coupes colorées au picro-carmin, avec leurs cellules embryonnaires non encore dégénérées et bien colorées en rouge par le carmin, mélangées aux cellules dégénérées et à la substance granulo-graisseuse colorée en gris jaunâtre, avec leurs îlots de faisceaux conjonctifs non encore détruits et colorés en rose, avec leurs petits îlots d'hémorragies interstitielles colorés en jaune verdâtre, présentent un aspect caractéristique.

Les parois d'un grand nombre de vaisseaux sanguins prolifèrent en beaucoup de points et reviennent à l'état embryonnaire. Un certain nombre d'entre ces vaisseaux sont en outre le siège d'endocapillarités et d'endovascularités oblitérantes.

Beaucoup de vaisseaux sanguins sont fortement dilatés; ils sont bourrés de globules rouges. Au niveau de ces vaisseaux sanguins dilatés, on peut constater des signes évidents de diapédèse. De plus il arrive souvent que, dans les couches superficielles du derme et même parfois dans les couches moyennes, on rencontre une quantité plus ou moins considérable de globules rouges, infiltrés d'une façon diffuse entre les éléments embryonnaires ou réunis çà et là sous forme de petits foyers hémorragiques. L'on peut constater aussi l'existence de vaisseaux de nouvelle formation, ce que l'on n'observe guère dans le lupus vulgaire.

Au début, les glandes pilo-sébacées, par suite de la congestion du réseau vasculaire qui les entoure, sont atteintes d'hypersécrétion, ce qui donne au lupus érythémateux un aspect spécial. Plus tard, par suite de leur envahissement par l'infiltrat, envahissement qui se fait au début dans les régions supérieures des glandes sébacées, elles sont atteintes à leur tour de dégénérescence granulo-graisseuse et finissent par disparaître complètement dans certains cas exceptionnels, comme les autres éléments dermiques envahis par le

*Suite de la note des Traducteurs.*

lupus érythémateux. Il arrive assez souvent que les glandes s'oblitérent du côté de leur conduit, deviennent globuleuses, s'enkystent en quelque sorte, et par suite de la résorption interstitielle des tissus qui les englobent semblent ainsi se rapprocher de la surface libre de la peau. D'ordinaire, elles s'hypertrophient et se remplissent de cellules épidermiques desséchées. Ainsi se produisent ces sortes de corpuscules de milium que l'on observe à la surface du lupus érythémateux ou les bouchons de matière sébacée altérée qui hérissent la face inférieure des croûtes quand on détache celles-ci avec précaution. Les follicules pileux sont en général énormément dilatés dans les premiers stades du mal.

Les conduits excréteurs des glandes sudoripares sont envahis par l'infiltrat et subissent la dégénérescence granulo-graisseuse, comme l'ont montré Kaposi, Thin et Robinson. Ils finissent à leur tour par disparaître aussi. Il en est de même, dans certains cas exceptionnels, des glomérules des glandes sudoripares, quand le lupus érythémateux est profond et ancien.

Dans certains cas de lupus érythémateux des lèvres et des joues, excisés chez des sujets maigres, j'ai pu constater que les fibres musculaires striées elles-mêmes, sous l'influence de l'action exercée par l'infiltrat, très discret d'ailleurs, qui siègeait au niveau de l'hypoderme, tendaient à subir la dégénérescence granulo-graisseuse.

Les nerfs examinés dans les coupes ou par dissociation d'après la méthode que j'ai indiquée en 1881, paraissent sains. Toutefois l'on rencontre dans l'intérieur de quelques faisceaux nerveux des cellules embryonnaires, et dans ces cas-là on peut constater parfois l'existence de quelques tubes nerveux en train de s'atrophier.

Il existe en outre assez souvent, dans les parties profondes du derme, une dilatation des espaces lymphatiques lacunaires et les lésions histologiques de l'œdème tégumentaire. »

b). « *Lésions de l'épiderme.* ÉPIDERME. — Les lésions de l'épiderme sont variables; mais d'une façon générale, on peut dire que les lésions épidermiques du lupus érythémateux sont, par opposition à celles du lupus vulgaire, des lésions sèches, ainsi que E. Vidal et moi (LELOIR) l'avons fait remarquer en 1882.

La caractéristique des lésions de l'épiderme est l'atrophie de celui-ci. On peut dire d'une façon absolue que là où l'infiltrat dermique a envahi la couche papillaire, se trouve en un mot en contact avec l'épiderme, celui-ci subit une dégénérescence atrophique.

Au début, on constate que (probablement sous l'influence exercée par l'infiltration dermique, et les altérations vasculaires concomitantes), il se produit une dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde des couches inférieures du corps de Malpighi immédiatement en contact avec l'infiltrat. On voit d'abord, en général, les prolongements interpapillaires du corps de Malpighi présenter une dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde de leurs cellules immédiatement adjacentes à l'infiltration. Puis ils s'amincissent, fondent en quelque sorte, pour présenter l'aspect de lignes filiformes d'une épaisseur d'une ou deux cellules allongées; ils se réduisent progressivement et finissent par disparaître complètement. Par suite de cette disparition des prolongements du corps de Malpighi et des papilles du derme, la ligne qui limite inférieurement l'épiderme ne présente plus d'ordinaire l'aspect ondulé qu'elle offre à l'état normal.

Le corps de Malpighi proprement dit subit à son tour la dégénérescence atrophique et n'est plus représenté que par cinq, quatre, voire même deux

## Suite de la note des Traducteurs.

rangées de cellules. Il peut enfin disparaître totalement et ne plus être représenté que par une rangée de cellules fusiformes à grand axe horizontal rappelant plutôt (n'était le vestige des piquants de l'enveloppe cellulaire que l'on peut rencontrer encore) les cellules du stratum lucidum.

La couche granuleuse est en général complètement disparue. S'il en existe encore quelques vestiges, ceux-ci ne sont plus représentés que par une, ou au plus deux rangées de cellules à peine chargées d'éléidine, ayant perdu leur aspect granuleux et rappelant plutôt les cellules du stratum lucidum.

Le stratum lucidum fait en général défaut.

La couche cornée est amincie. Dans certains cas, l'épiderme est réduit à une couche de cellules malpighiennes et même uniquement à sa couche cornée. Ces lésions correspondent aux points où l'infiltrat est le plus abondant et le plus ancien. L'épiderme ainsi atrophié rappelle celui que l'on observe à la surface de certaines cicatrices.

Je dois noter toutefois que, dans certains cas, au niveau de certains points de quelques préparations, lorsque l'infiltrat respectait absolument la région papillaire du derme, il y avait au contraire tendance à l'hypertrophie et même à la ramification des prolongements épidermiques inter-papillaires. Mais dès que l'infiltrat s'approchait de ces prolongements épidermiques, ceux-ci subissaient la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde et s'atrophiaient. Il semblerait qu'il existe réellement dans l'infiltrat un produit nocif amenant la dégénérescence et la disparition consécutive des tissus atteints par cette infiltration, et produisant à son tour également la dégénérescence grasseuse et colloïde des éléments de l'infiltrat. Je n'ai jamais rencontré dans le lupus érythémateux l'altération cavitaire des cellules qui préside, comme on le sait, au processus de vésico-pustulation et que l'on observe fréquemment dans le lupus vulgaire.

Dans un seul cas, j'ai constaté un processus de phlycténisation (clivement), se produisant au niveau du stratum lucidum et dû sans doute à l'action de l'hyperémie œdémateuse envahissante.

e). « *Lupus acnéique*. Dans une variété de lupus érythémateux, variété à laquelle on a donné le nom de lupus acnéique, les glandes sébacées sont notablement hypertrophiées, souvent enkystées et rapprochées de la surface de la peau. Elles sont plus ou moins infiltrées de cellules embryonnaires.

Au début, les glandes sécrètent davantage; elles se remplissent de cellules troubles granuleuses et plus tard elles ne renferment plus que des cellules épidermiques desséchées et cornées. Ici encore l'infiltration lupeuse, bien que prédominante surtout autour des glandes sébacées, est diffuse. Mais elle atteint profondément le derme, elle l'envahit le plus souvent dans toute son épaisseur, et atteint même fréquemment l'hypoderme. Ceci nous explique pourquoi, ainsi que je l'ai remarqué en 1882, en collaboration avec E. Vidal (H. Leloir et E. Vidal, *loc. cit.*), il faut scarifier profondément pour guérir le lupus acnéique. »

d). « *Lupus érythémateux des muqueuses*. Le lupus érythémateux envahit très exceptionnellement les muqueuses. J'en ai vu cependant trois exemples. Dans un cas de lupus érythémateux de la face interne de la lèvre, j'ai trouvé des lésions histologiques analogues à celles que j'ai décrites plus haut. L'infiltration était surtout prononcée au niveau de la région papillaire. La localisation était également accentuée autour des vaisseaux; beaucoup d'entre eux étaient dilatés; il y avait également tendance aux hémorragies interstitielles. L'épiderme, et en particulier ses prolongements interpapillaires,

## Suite de la note des Traducteurs.

avaient subi la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde. Je dois noter toutefois qu'en plusieurs points, là où l'infiltrat respectait la couche papillaire, il y avait au contraire tendance à l'hypertrophie et à la ramification des prolongements épidermiques interpapillaires. En ces endroits, il y avait même tendance à la kératinisation de la muqueuse, comme l'indiquait l'apparition d'une couche granuleuse composée de cellules assez fortement chargées d'éléidine. »

e). « Les caractères spéciaux précités des lésions histologiques du lupus érythémateux: infiltration diffuse du derme, inégalité de vitalité des cellules embryonnaires diffuses, vitalité moindre de celles-ci, retour des parois à l'état embryonnaire, tendance aux hémorragies, dilatation vasculaire, oblitération vasculaire, lésions glandulaires, nous expliquent peut-être comment il se fait que le lupus érythémateux soit une affection si tenace, si résistante à tous les moyens thérapeutiques, et, bien que moins grave en apparence que le lupus vulgaire, beaucoup plus rebelle que celui-ci.

« Cette infiltration qui amène la dégénérescence granulo-graisseuse, puis la disparition consécutive des éléments qu'elle atteint, subit elle-même presque simultanément une dégénérescence analogue. Ainsi se produit un processus de cicatrisation par résorption interstitielle, processus diffus assez localisé, ce qui explique l'aspect particulier des cicatrices consécutives au lupus érythémateux. »

Quant à la conclusion du professeur LELOIR, elle est très explicite; s'appuyant — Voy. plus loin — non seulement sur ses examens anatomiques, mais encore sur ses tentatives d'inoculations, il déclare que, « ainsi qu'il le professe et l'écrit depuis 1884, la nature tuberculeuse du lupus érythémateux est loin d'être démontrée. »

Afin d'établir sur des documents précis l'unanimité des histologistes actuels sur ce sujet, nous donnons après l'exposé précédent de l'anatomie du lupus érythémateux par LELOIR, la publication étrangère la plus récente que nous trouvons dans la littérature médicale allemande au moment où nous imprimons ces notes — avril 1890. C'est le résumé de la communication faite par J. SCHÜTZ à la dernière réunion des naturalistes à Heidelberg — Mitteilungen über mikroskop. Präpar. v. Lupus erythematosus, *Arch. f. Dermat. u. syph.*, 1890, p. 39.

Les préparations de SCHÜTZ ont été faites sur un lupus érythémateux discoïde de la région occipitale, non encore traité, lupus indolent, existant depuis plusieurs années.

L'auteur rappelle d'abord que les opinions sur la nature du lupus érythémateux ont, au cours des années, varié sur plusieurs points, mais que si l'on trouve sur le point de départ de la maladie des avis différents, l'accord est assez complet en ce qui concerne les lésions anatomiques. On considère presque généralement le lupus érythémateux comme une inflammation plutôt que comme un néoplasme. Par contre l'inflammation, en se terminant, au lieu d'une cicatrice, laisse une atrophie, atrophie cicatricielle sur laquelle Ravogli a dernièrement encore insisté.

Actuellement on admet que le lupus érythémateux représente une

*Suite de la note des Traducteurs.*

inflammation de la peau qui s'étend principalement à ses couches les plus superficielles et apparaît là, contrairement à ce qu'on observe dans le lupus vrai de Willan, en petits foyers (Auspitz), mais dans certaines circonstances envahit toutes les parties constituantes du chorion (épithélium, glandes sébacées, follicule pileux, glandes sudoripares (Kaposi, Neumann), tissu conjonctif, vaisseaux, nerfs (Morison).

L'inflammation se traduit par de l'exsudation et une infiltration de cellules rondes qui suivent le trajet des vaisseaux, ce qui amène l'hypertrophie des tissus atteints, puis leur dégénérescence graisseuse ou hyaloïde, et leur atrophie.

Comme complication permanente, on trouve une imbibition œdémateuse et un gonflement du derme, plus rarement le soulèvement de la couche cornée par de l'œdème, çà et là des hémorragies (Kaposi).

Sur les préparations de Schürz, on voit déjà à l'œil nu une infiltration des couches les plus superficielles du derme, en outre beaucoup de follicules pileux ont leur orifice extrêmement élargi et c'est principalement autour de ces follicules que l'infiltration existe.

Sur des coupes qui comprennent les zones marginales saines, on constate que cette infiltration de petites cellules qui entoure les follicules élargis est d'autant plus en connexion avec la localisation des follicules qu'on examine les lésions à des périodes plus récentes de la maladie.

Il est ensuite facile de démontrer que les cellules rondes sont le plus souvent réunies, au niveau de la partie la plus profonde de cette dilatation folliculaire, mais de telle sorte que celle-ci correspond exactement à l'orifice des glandes sébacées afférentes, de même que l'on n'observe la dilatation des follicules pileux qu'au dessus de l'orifice des glandes sébacées. Audessous de cet orifice, dans les phases récentes de la maladie, ni le pourtour des gaines du poil, ni le corps glandulaire proprement dit et ses acini ne sont entourés par une infiltration de cellules rondes.

Si l'on recherche dans le tissu situé entre deux follicules pileux élargis, et dans des foyers morbides récents, l'infiltration de cellules rondes, on voit évidemment que ce tissu intermédiaire est très peu recouvert par l'infiltrat de ces cellules par opposition à la localisation habituelle indiquée ci-dessus.

En partant des parties les plus récentes des préparations, on est frappé tout d'abord par les vaisseaux qui sont beaucoup plus visibles dans les papilles; ils paraissent élargis, quelques-uns complètement oblitérés par des disques sanguins jaunes, ce qui existerait pendant la vie selon Geber. Outre les vaisseaux sanguins, on aperçoit sur la coupe des espaces arrondis ou triangulaires, d'un calibre considérable, qui représenteraient des vaisseaux lymphatiques dilatés, à en juger d'après leur revêtement endothélial. Le tissu conjonctif environnant paraît vitreux, infiltré, ses noyaux sont plus nombreux, les interstices sont élargis; çà et là, le long des ramifications des vaisseaux, on trouve des *Mastzellen* et des infiltrations de cellules rondes qui suivent le trajet des vaisseaux.

En quelques points, les papilles sont allongées, et par conséquent les dépressions du réseau deviennent plus profondes.

En examinant des parties plus anciennes, on aperçoit des infiltrations de cellules rondes, en même temps sur les vaisseaux qui sont de plus en plus

*Suite de la note des Traducteurs.*

envahis au point de devenir méconnaissables, et sur les follicules pileux. Ce n'est qu'à cette période que le nombre des cellules rondes augmente au point de faire croire à une infiltration. Ces infiltrations deviennent plus épaisses et les cellules plus petites, à noyau d'autant plus fortement granulé, que les foyers sont plus anciens. On observe aussi souvent l'apparition plus fréquente de *Mastzellen*.

En somme, dans ces préparations, on constate la tendance des foyers de granulation à s'étendre rapidement vers la surface. Rarement une trainée de cellules suit la direction du canal d'une glande sudoripare ou suit en descendant les gros troncs vasculaires. La présence de dépôts confluents de cellules de granulation à la surface de la peau fait que le corps papillaire est envahi en certains points de bonne heure par la maladie et par suite la ligne ondulée de démarcation entre le derme et l'épiderme disparaît. La couche épithéliale présente des noyaux augmentés de volume avec de nombreux nucléoles jusque dans les couches les plus superficielles, par contre il y a très peu de mitoses, même dans les couches profondes, quoique la présence abondante des mitoses dans les bulbes pileux indique que la coloration avec la safranine et l'osmium a agi efficacement.

Par contre, on rencontre d'autant plus fréquemment dans la couche cornée des cellules à contenu graisseux et ces cellules dont le noyau renferme une grande vacuole, ainsi que Neumann le premier l'a décrit et que Th. Veiel et Morison l'ont constaté.

Dans des points encore plus anciens, il existe des amas plus nombreux de corpuscules de graisse; les noyaux de tissu conjonctif y sont souvent raturés et anguleux. Çà et là l'infiltrat lupeux soulève l'épiderme. Cet infiltrat renferme d'énormes quantités de *Mastzellen* en général fusiformes, avec de longs prolongements granuleux et toutes sortes d'anastomoses.

Les glandes sudoripares sont à peine malades, abstraction faite de l'amas de cellules rondes situé autour de leurs canaux excréteurs; ce n'est que dans les cas où le lupus érythémateux est très étendu que ces glandes sont altérées dans leur portion glandulaire, entourées d'infiltrats de cellules rondes; les cellules d'enchymes sont granuleuses, les calibres des canalicules glandulaires sont rétrécis.

Les glandes sébacées sont au contraire très hypertrophiées, même dans les points où il y a peu d'infiltration autour d'elles. Leurs acini sont distendus, leurs conduits excréteurs élargis, les cellules glandulaires dans les deux tiers supérieurs de l'acinus sont pâles et à noyaux raturés et anguleux. Sur beaucoup de coupes, comprenant les follicules pileux de façon à ce que le conduit excréteur des glandes sébacées soit visible dans toute sa longueur, on voyait dans ces orifices élargis des amas ovales de noyaux arrondis, très fortement colorables, ayant tous 1  $\mu$  de grosseur, souvent entourés d'une enveloppe pyriforme, plissée, membraneuse, d'environ 20  $\mu$  de longueur. Parfois on rencontrait, disséminées dans le parenchyme, des granulations de ce genre dans leur voisinage immédiat. Il résulte d'observations comparatives qu'il s'agit ici d'un produit d'excrétion des glandes et non de colonies de cocci.

L'auteur, malgré des recherches attentives et nombreuses, n'a pas réussi à constater la présence de micro-organismes.

Les follicules pileux, compris dans les foyers morbides anciens, présentent d'énormes ampoules à leurs orifices. Souvent il en existe trois, quatre, très rapprochées, à la suite de la grande extension du calibre, et qui compriment le tissu intermédiaire. Parfois plusieurs se réunissent pour former une grande

Le diagnostic du lupus érythémateux, bien que facilité par ses caractères spéciaux, peut cependant présenter quelques difficultés. La forme discoïde peut être confondue avec l'herpès tonsurant, ou avec une syphilide orbiculaire. Pour le premier, la rétraction cicatricielle du centre du disque est un signe distinctif certain; pour la seconde, le diagnostic repose sur l'apparition, à la bordure du disque, de phénomènes inflammatoires (rougeur disparaissant sous la pression du doigt et infiltration œdémateuse), tandis que dans la syphilis, les bords de la lésion présentent une infiltration dure, luisante. Le lupus érythémateux disséminé peut, dans ses premières éruptions, ressembler à

*Fin de la note des Traducteurs.*

cavité cratériforme, qui est remplie de graisse et de débris épidermiques. Souvent elles contiennent encore le poil afférent qui, en raison des nombreuses mitoses situées dans la portion bulbaire, n'est que tardivement affecté, c'est-à-dire quand ses glandes sébacées s'atrophient, que des infiltrats cellulaires entourent les vaisseaux afférents et qu'il survient une dégénérescence conjonctive du tissu environnant.

Pour Schürz, il ressort de l'étude histologique de ce cas, que les premières modifications pathologiques apparaissent sur les vaisseaux du corps papillaire, mais que la portion glandulaire de la peau, et notamment les glandes sébacées, prennent une grande part au développement de la maladie, en tant que l'hypersécrétion de ces parties occasionne une des irritations qui provoquent la formation des cellules d'exsudat et de l'infiltrat lupoïde.

En réalité, l'anatomie du lupus érythémateux en est aux préliminaires; les lésions réalisées sont décrites; la bactériologie n'a pas encore pu déceler l'agent irritatif dont l'induction légitime annonce l'existence, et dont la nature ne peut par conséquent être déduite que de la clinique.

Cette période est peu propice aux déclassements et aux dénominations nouvelles, qu'il n'y a pas lieu d'accepter avant justification définitive. Récemment — *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, T. IX, 1889, p. 134 UNNA a proposé le mot d'*ulérythème* (ὄδλη, cicatrice) pour un groupe de dermatoses qui amènent la résorption de l'infiltrat inflammatoire sans suppuration; le lupus érythémateux — *ulérythème centrifuge* — serait le type du genre, mais les espèces de ce genre artificiel sont tout à fait dissemblables — *Ul. ophryogène, acnéiforme, sycosiforme* — et la qualification de « centrifuge » ne suffit pas pour spécifier le lupus.

La dénomination d'*érythème centrifuge symétrique*, proposée par Brocq dans son remarquable ouvrage — *Traitement des maladies de la peau*, etc. Paris, 1890, p. 509 — pour désigner la variété fugace ou mobile du lupus érythémateux, ne nous paraît pas devoir être adoptée, parce que cette variété plus ou moins fruste, ou atypique, ne cesse pas d'être un lupus, et d'autre part parce que une lésion cutanée peut être érythémateuse, centrifuge, et symétrique sans être un lupus. Voy. comme complément les notes des pages 264, 265, 266, 279, 281, 282.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

l'eczéma impétigineux, squameux, à l'herpès tonsurant maculeux, à la syphilide papuleuse, aux engelures, à l'acné bromique et à l'herpès iris, et souvent il faut une grande attention pour ne pas se tromper, dans les aspects variés ci-dessus mentionnés, sur les caractères distinctifs qui constituent la forme disséminée. Avec le lupus vulgaire, je crois qu'il n'y a pas de confusion possible (1).

(1) Dans la majorité des cas, le diagnostic du lupus érythémateux peut se faire extemporanément, au premier coup d'œil, d'une manière exacte, et à l'aide des seuls caractères objectifs. Mais, aux périodes initiales ou avancées, dans certaines régions déterminées, surfaces velues, extrémités des membres, membranes muqueuses, etc., les caractères actuels de l'affection peuvent être assez variables d'aspect, simuler un grand nombre d'altérations très diverses, l'*érythème iris*, l'*érythème pernio* (engelures); une *toxidermie iodique* ou *bromique*, la *séborrhée érythémateuse*, quelques variétés d'*acné rosée*, les *acnés pilaires cicatricielles*, l'*eczéma séborrhéique*, le *psoriasis*, le *favus érythémateux* ou *cicatriciel*, la *trichophytie circinée*, la *pelade*, l'*alopécie syphilitique*, et surtout les *alopécies cicatricielles*, le *sycosis* et les *folliculites pilaires*, le *lupus vulgaire*, la *syphilis cutanée* ou *muqueuse*, etc.

a). Il est évident que l'*érythème iris*, par sa fugacité et l'absence de cicatrice centrale véritable, ne sera pas longtemps confondu avec un lupus érythémateux; mais il est nécessaire de savoir que, dans certains cas, le *lupus érythémateux exanthématique* figure, sur la face ou sur les extrémités, des cercles érythémateux admirables, entourant un plateau central blanc, rosé, vésiculoïde, séparés de l'anneau rouge vif par un second anneau rose pâle, concentrique; quelques cercles même se terminant et s'effaçant à leur union, constituent des festons aussi élégants que ceux de l'*érythème iris* le plus pur.

b). Mêmes remarques à l'égard des *engelures* (érythème pernio) dont quelques types sont tellement voisins, soit du lupus exanthématique du dos des mains, soit du lupus livide de l'extrémité nasale, que la discussion du diagnostic s'impose, et ne se conclut que par un examen de l'ensemble des lésions, de leur marche, de leur attache avec la saison, etc. Pour l'*engelure chronique* de l'extrémité nasale, la différenciation peut être d'autant plus ardue que les signes objectifs se confondent, dans les cas où il n'y a pas de localisation folliculaire accentuée. Quand celle-ci existe, elle entraîne le diagnostic direct de lupus érythémateux, soit à l'extrémité nasale, soit sur les doigts, où l'on trouve, dans le lupus, au centre des taches petites ou grandes, soit la desquamation pâle adhérente, soit, comme nous l'avons constaté sur une malade présentée par VIDAL à la réunion des médecins de Saint-Louis, en 1889 — voy. *tirage à part*, p. 135 — les petits points comédoniens crétaqués, ou la desquamation blanche, la surface cornée, résistant au grattage, que l'on trouve à la face palmaire de la main et des doigts.

c). Le caractère prolifératif et suppurant de la plupart des *toxidermies*