

des foyers anciens, ceux-ci ne feront que s'accroître rapidement. Alors même que le lupus est limité ou momentanément guéri, la crainte des récidives exigera un pronostic réservé. Cependant un traitement méthodique peut amener la cessation des poussées.

Toutefois le lupus, même très étendu, n'a aucune influence fâcheuse sur l'état général ; des sujets affectés de lupus presque généralisé, peuvent présenter le meilleur aspect, être robustes et n'avoir aucun trouble fonctionnel ; des femmes ainsi atteintes peuvent mettre au monde des enfants sains et vigoureux (1).

Ceci nous mène à rechercher les causes du lupus. Eu égard aux causes générales, on peut dire que le lupus comprend chez nous 66 p. 100 des cas de toutes les maladies de la peau, qu'il est un peu plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, et que vingt fois sur cent, il siège aux membres. Relativement à l'âge, nous avons dit, qu'à part de rares exceptions, la maladie apparaît dès l'enfance, rarement avant la troisième année, et au plus tard à l'époque de la puberté ; très exceptionnellement, soit sous forme de lupus persistant, soit sous forme de récurrence, à un âge plus avancé, pouvant même aller jusqu'à soixante-dix ans.

Au reste le lupus s'observe en même nombre, avec la même intensité et dans les mêmes formes à la ville comme à la campagne, chez les riches comme chez les pauvres.

Les saisons, la profession, le genre de nourriture, n'ont aucune influence sur les recrudescences du lupus. Toutefois la marche de l'affection se modifie plus ou moins favorablement selon que le malade peut ou non se traiter d'une façon convenable.

Maintenant, quant aux causes spéciales ou directes, ce sont trois processus morbides avec lesquels on a mis le lupus vulgaire en rapport étiologique, depuis que l'on a étudié plus exactement sa pathologie et son anatomie ; ces processus sont la syphilis, la scrofule et la tuberculose.

Certains auteurs, tels que Veiel l'ancien, Wilson et en partie Hebra lui-même ont voulu faire dériver de la syphilis héréditaire certaines formes de lupus, spécialement le lupus serpiginieux et surtout celui qui est localisé aux membres, ainsi que celui du nez, de telle sorte que ce lupus ne représenterait pas à proprement parler de la syphilis vraie, mais bien une espèce dégénérée, une modification d'une syphilis des parents à peu près dans le sens où l'on se figurait, d'après Ricord, que

(1) Le pronostic du lupus est très variable selon les différents cas et ne peut être ainsi traité en bloc ; nous en indiquerons les bases, au lieu normal, c'est-à-dire après le diagnostic, — voy. plus loin, *Appendice des Traducteurs*, pp. 431 et suiv. ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

la syphilis tertiaire ne se transmettait pas comme telle aux descendants, mais se traduisait chez eux sous forme de scrofule des différents tissus et de la constitution.

Mais on n'a jamais démontré un rapport de ce genre. Au contraire, toutes les recherches touchant l'hérédité du lupus semblent plutôt indiquer qu'il n'a aucune relation avec la syphilis des parents, ni avec la syphilis en général. Des enfants issus de parents syphilitiques peuvent présenter une affection héréditaire, mais celle-ci se manifestera toujours sous forme de syphilis, mais jamais sous celle de lupus ; l'analogie du lupus et de la syphilis ulcéreuse peut amener des confusions, mais ce sont là des erreurs de diagnostic. C'est même une rareté de trouver le lupus chez plusieurs enfants d'une même famille, et aucune observation ne prouve l'hérédité ni la contagiosité du lupus.

Divers auteurs, au reste, Hebra, Michaelis, ont vu, ainsi que moi, le lupus et la syphilis coexister chez le même malade. Ainsi un sujet atteint de lupus depuis de longues années fut infecté et présenta les signes d'une syphilis récente, roséole et plaques muqueuses, ce que l'on ne saurait comprendre si le lupus était de nature syphilitique. Étiologiquement, il n'y a donc aucune raison de créer une nouvelle forme de lupus, le lupus syphilitique, et comme nous le verrons, cela ne pourrait se soutenir, même au point de vue symptomatique.

Mais l'opinion émise depuis longtemps que le lupus est en rapport étiologique ou de parenté avec la scrofule repose sur une base plus réelle. Déjà Fuchs avait rangé le lupus dans les scrofules, Wilson l'avait désigné sous le nom de scrofulodermie, Plumbe sous celui de maladie strumeuse, la plupart des anciens auteurs français l'avaient décrit sous la dénomination d'affection scrofuleuse, de scrofulide tuberculeuse maligne. En réalité, jusque dans ces derniers temps on n'a pas rattaché au terme de scrofule une notion clinique nettement limitée. On a voulu provisoirement se représenter, ce que par exemple Billroth indique, à savoir que on désigne sous le nom de diathèse scrofuleuse un état dans lequel, après une légère irritation d'un point du corps, il survient une inflammation persistante après la cessation de l'irritation, aboutissant souvent à la suppuration ou à la caséification et ne gardant que plus rarement la forme d'un processus hyperplasique. Or si on considère comme l'expression de la scrofule, l'existence de ces inflammations, l'infiltration caséuse des glandes, du tissu cellulaire sous-cutané, des articulations, ainsi que les ulcères à bords flasques et décollés et les nodosités gommeuses, périlymphangiologiques, puis les autres manifestations qui s'y rapportent, la dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, des reins, le gonflement de l'abdomen, l'insuffisance de la nutrition, les tumeurs blanches, en un mot tout l'habitus que l'on regarde d'or-

BIBLIOTHECA
MUSEI HIST. NAT. MUSEI
MUSEI HIST. NAT. MUSEI

dinaire d'après les idées généralement admises comme l'expression de la scrofuleuse; de plus les diverses affections des yeux qui passent également aujourd'hui pour des symptômes de scrofuleuse (kératite, conjonctivite pustuleuse) et les maladies de la peau (lichen des scrofuleux, acné des cachectiques), il est constant que ces divers genres d'affections se trouvent chez un nombre considérable de malades atteints de lupus.

Mais cette coïncidence fréquente des symptômes de la scrofuleuse avec le lupus est pour les cliniciens un motif tout aussi insuffisant de faire provenir cette dernière affection de la première, que pour les anatomo-pathologistes (Virchow, Klebs, Baumgarten). Car une observation attentive du mode de développement des phénomènes chez de nombreux malades montre que le lupus représente le processus primaire; les inflammations scrofuleuses, le processus secondaire; elle indique également que la localisation, l'extension et l'intensité des affections scrofuleuses sont en rapport consécutif évident avec ceux du lupus.

D'un autre côté, il ne faut pas oublier que les formes morbides scrofuleuses signalées ci-dessus manquent absolument chez un très grand nombre de malades atteints de lupus, ou ne surviennent que très tard.

Mais il faut tout particulièrement insister sur la différence clinique complète entre la scrofuleuse et le lupus, car toutes ces affections scrofuleuses de la peau, des glandes, des articulations et des os existent, comme on le sait, chez un très grand nombre d'individus durant toute leur vie comme maladie indépendante et distincte, sans présenter jamais pendant une longue période d'années l'aspect caractéristique du lupus.

L'expérimentation a fourni moins de points de repère pour l'hypothèse d'un rapport entre la tuberculose et le lupus, en ce qui concerne la tuberculose des poumons et des organes internes. Car une coïncidence de ces deux processus n'est certainement pas fréquente, elle est notamment beaucoup plus rare que celle de la tuberculose pulmonaire avec le lupus érythémateux, la lèpre et avec d'autres processus chroniques d'inflammation et de suppuration.

Ces rapports ont été jugés différemment dans ces derniers temps par une grande partie des spécialistes, puisque, appuyé sur la concordance de certains caractères anatomiques et bactériologiques, on émet la théorie que lupus, tuberculose et scrofuleuse, représentent essentiellement un seul et même processus morbide, la tuberculose; que le lupus et la scrofuleuse ne sont que des formes différentes de la tuberculose et qu'il faut considérer le lupus spécialement comme une tuberculose locale ou une tuberculose de la peau.

Primitivement, cette doctrine s'est appuyée sur une base anatomique. Friedländer avait, ainsi qu'autrefois Förster, trouvé dans le tissu lupeux des cellules géantes et des cellules épithélioïdes, qui avaient été regardées, après les travaux de Langhans et de Schüppel, comme présentant la structure caractéristique du tubercule vrai. Köster, parlant de là, avait vu dans l'inflammation fongueuse des articulations, et Schüppel, dans les glandes scrofuleuses, des tubercules vrais; Friedländer crut devoir, en s'appuyant sur le même fait, considérer aussi le lupus et le scrofuloderme comme des processus équivalents, et l'un et l'autre comme de la tuberculose de la peau. Mais les cellules géantes perdirent très rapidement leur importance en tant que caractéristique du tubercule. Car elles ne se trouvaient ni régulièrement, ni à toutes les périodes de cette lésion; par contre, elles se rencontraient aussi dans les produits d'autres processus et des plus différents, dans l'ostéomyélite et la sclérose initiale (Köster), dans les papules syphilitiques (Griffini), dans le sarcome, le rhinosclérome, dans des granulations normales, et Ziegler avait même pu les provoquer expérimentalement. Il en résulte que les cellules géantes ne permettaient plus de caractériser le lupus comme tubercule. Les inoculations de lupus que Waldenburg, Cohnheim et Fränkel, Hänsel, etc., ont fait pour la plupart dans la chambre antérieure de l'œil du lapin, déterminèrent parfois, il est vrai, la tuberculose de l'iris et du corps ciliaire, mais ne purent pas trancher la question, attendu que les expériences dont il s'agit ayant été faites dans la période antebacillaire et non avec les précautions enseignées depuis Koch, n'excluent pas l'inoculation de substances organiques et anorganiques différentes, après lesquelles également on voit survenir la tuberculose.

La découverte du bacille de la tuberculose par R. Koch et les méthodes exactes indiquées par ce savant initiateur constituèrent pour cette question une méthode plus précise et ouvrirent une voie déterminée pour sa solution. Car depuis lors jusqu'à ce moment, on regarde la présence du bacille de Koch comme le signe caractéristique de la tuberculose.

Avant Koch, Schüller avait signalé la présence des micrococci dans le lupus. Mais on ne sait pas exactement si cet auteur avait réellement eu affaire à des bacilles tuberculeux. Demme fut le premier qui fournit la preuve des bacilles de la tuberculose dans six cas de lupus. Il les trouva en petit nombre, quelques-uns dans des cellules géantes, Pfeiffer dans un cas de lupus de la conjonctive, Krause et Schuchard dans deux cas de lupus, et Leloir rencontra dans un cas un bacille. C'est Drourelepont qui a pu présenter les résultats les plus nombreux. Il appela l'attention sur dix-huit cas qu'il avait examinés. Mais tandis que

les autres auteurs sont parvenus à découvrir, sur vingt à trente coupes, une seule renfermant quelques bacilles isolés, Doutrelepont a trouvé les bacilles sans exception, parfois même nombreux, en groupes de dix à douze. Koch lui-même signale aussi la présence de bacilles tuberculeux, il est vrai très peu nombreux, dans quatre cas de lupus. Il les rencontre dans des cellules géantes, cependant jamais plus d'un bâtonnet dans une seule cellule. Köbner et d'autres auteurs ont constaté un résultat analogue. La première expérience positive d'inoculation par l'introduction de fragments de lupus dans la chambre antérieure de l'œil du lapin a été obtenue par Schüller et Hueter. Des résultats positifs ultérieurs ont été signalés par Cornil et Leloir, ainsi que par Martin; ces auteurs déterminèrent, outre de la tuberculose de l'iris et de la cornée chez des lapins, une tuberculose générale par inoculation péritonéale chez des cobayes, tandis que les auto-inoculations de Vidal sont restées sans succès. Doutrelepont obtint également des résultats positifs sur l'iris. Koch lui-même rend compte des expériences très nombreuses qui se rapportent à ce sujet.

Il inocula dix-huit lapins dans la chambre antérieure de l'œil avec cinq cas de lupus.

Chez tous ces animaux, l'inoculation fut positive. Des inoculations sur huit cobayes donnèrent le même résultat. En outre, Koch institua des cultures pures du bacille provenant du lupus, dans lesquelles, du moins chez l'animal en expérience, la même virulence se produisit qu'avec des bacilles vrais de la tuberculose.

On pouvait également constater à notre clinique, quoique rarement, la présence de bacilles.

Il est remarquable, surtout si on s'en rapporte aux observations analogues faites sur la lèpre (Thin, etc.) et la syphilis (Lustgarten), que Julius Fürth, en examinant une nodosité lupeuse non ulcérée de la joue d'un malade de notre clinique, ait trouvé dans une cellule encastrée dans le réseau un groupe de bacilles comprenant huit individus.

Voilà les faits les plus essentiels qui, dans ces dernières années, ont été mis en lumière relativement à la question en suspens. Ils sont assez importants pour vous familiariser avec ces questions, puisqu'ils seront probablement complétés dans l'avenir et peut-être interprétés encore de différentes façons.

Pour la plupart des dermatologistes, ils paraissent également suffisants pour démontrer l'identité du lupus avec la tuberculose, et, en somme, aussi avec la scrofule. Car dans les papules du lupus on trouve des bacilles tuberculeux, et la sur-inoculation du tissu lupeux ou des bacilles qui en proviennent par culture pure à des lapins et des cobayes

a eu pour conséquence une tuberculose locale (iris et cornée) ou même une tuberculose généralisée, comme dans les inoculations péritonéales de Leloir et Cornil et de Martin.

Maintenant, les partisans de cette doctrine ont pu également faire valoir à l'appui de celle-ci la statistique de la coïncidence des affections scrofuleuses et tuberculeuses (Raudnitz, Pick, Pontoppidan, E. Besnier, Renouard, Haslund, Neisser, Block, Doutrelepont, Bender), notamment en ce sens qu'on a constaté cette coïncidence chez une proportion notable de malades atteints de lupus, et que beaucoup ou la plupart des lupeux succombent finalement à une infection tuberculeuse des organes internes, tuberculose pulmonaire (Weinlechner) ou de méningite tuberculeuse (Doutrelepont, etc.), affection tuberculeuse provenant d'un lupus de la peau. On prétend même avoir observé la transformation de la scrofule en lupus vrai et de celui-ci en tuberculose de la peau (Volkman, Neisser, König, Schüller, Köbner, etc.).

Selon moi, tous les faits énoncés ne suffisent nullement, bien que je les regarde, somme toute, comme justes, pour trancher la question dans le sens de l'identité des trois processus et dans le sens de la tuberculose. Car ces processus sont, soit susceptibles d'une autre interprétation, soit ne prouvent rien.

Puisque je ne peux poursuivre ici d'autre but que de vous faire connaître les faits matériels se rapportant à cette question, il faut donc renoncer à entrer dans une analyse plus détaillée et à vous montrer que les différentes interprétations dont ils sont susceptibles n'ont qu'une portée restreinte.

Je veux signaler simplement que la connexion assez fréquente de la scrofule et de la tuberculose avec le lupus ne prouve en rien leur identité, puisque, comme Pick l'a fait remarquer avec raison, ces données statistiques devraient aussi être examinées comparativement pour d'autres processus chroniques d'inflammation et de suppuration; d'ailleurs l'évaluation de la disposition scrofuleuse et tuberculeuse est en général tout à fait subjective.

La rareté des bacilles que l'on trouve dans le lupus est cependant très frappante, et c'est encore une question de savoir si, en thèse générale, ils sont identiques aux bacilles tuberculeux, quand, comme les nouvelles recherches l'ont montré, même la concordance des propriétés morphologiques et tinctorielles des micro-organismes ne prouve l'identité des bacilles, ni sous le rapport de leur histoire naturelle, ni sous celui de la pathogénie.

On ne peut attribuer aucune valeur décisive pour la pathologie humaine aux résultats obtenus dans les expériences sur les animaux au moyen du tissu lupeux et du bacille qui en provient. En outre, ces

BIBLIOTHECA
150 PS MED. II. 6. 11. 11

inoculations n'ont jamais donné qu'un produit que l'on pourrait considérer comme de la tuberculose et non comme du lupus.

On n'a pas encore pu provoquer directement ou indirectement du lupus.

De plus, on n'a fait aucune expérience pouvant justifier l'hypothèse que le lupus aurait été transmis accidentellement d'individu à individu, et que par conséquent cette affection est contagieuse, tandis que, par exemple, pour la lèpre on a souvent eu occasion de le constater.

Le caractère clinique du lupus reste typique, le processus durât-il cinquante ans et au delà chez le même individu. Il se complique, comme je l'ai dit précédemment, de formes morbides provenant de sa propre végétation : des verrucosités, l'éléphantiasis des Arabes, le carcinome avec des processus d'inflammation et de suppuration des formations sous-cutanées, lésions qui ont été réunies sous la dénomination générale de scrofulose. Mais malgré tout, jamais le lupus ne change son type clinique originel. Et quand, comme je l'ai indiqué autrefois, on prétend que la transformation du lupus en tuberculose de la peau survient souvent, je suis au contraire forcé de déclarer que cette transformation n'a jamais lieu, s'il s'agit de tuberculose vraie de la peau.

Car nous connaissons une tuberculose vraie de la peau qui possède également ses caractères cliniques caractéristiques et qui se distingue tout à la fois du lupus et des autres processus.

On a toujours admis que le lupus, la scrofulose, la tuberculose, ainsi que la lèpre et la syphilis, présentent entre eux certaine ressemblance clinique et anatomique et même, en principe, une ressemblance étiologique; les quatre premières affections ont toujours été considérées comme ayant peut-être même une parenté pathologique plus rapprochée. Ainsi s'expliquent les efforts des pathologistes et des anatomistes pour bien préciser leurs différences et leurs limites réciproques.

Mais selon moi les faits recueillis jusqu'à ce jour ne suffisent pas pour faire disparaître ces lignes de démarcation, et on doit continuer à reconnaître au lupus la signification d'un processus morbide indépendant. Aujourd'hui comme autrefois je suis forcé de poser comme postulat d'un diagnostic clinique exact, que le lupus se distingue toujours aussi nettement de la scrofulose et de la tuberculose que de la syphilis ou de la lèpre.

Le signe le plus important pour le diagnostic se trouve dans le caractère même des tubercules, qui sont comme infiltrés dans la peau et ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Chaque fois donc que l'on sera en présence d'une forme compliquée de la maladie, avec

nodosités confluentes, ou ulcérations recouvertes ou non de croûtes, on devra rechercher ces efflorescences primaires, que l'on trouvera d'ordinaire dans le voisinage d'un foyer diffus. La difficulté la plus grande se trouve dans le diagnostic du lupus avec la syphilis tuberculeuse, serpigineuse et ulcéreuse.

Je recommanderai aussi de se rappeler, outre le caractère des nodosités récentes, les différences de nature que j'ai déjà montrées entre les ulcérations de la syphilis et celles du lupus, leur indolence, la mollesse de leurs bords, la formation abondante de granulations, leur peu de sensibilité, et je ferai remarquer que les tubercules du lupus ne s'étendant pas du centre vers la périphérie aussi régulièrement que les nodosités syphilitiques, ne produisent, par conséquent, jamais d'ulcérations réniformes. Si parfois le diagnostic ne peut pas être établi immédiatement d'une façon certaine, il sera possible après quelque temps d'observation. En effet, au bout de quelques semaines, il se fera sûrement une nouvelle poussée de nodosités; et on pourra toujours s'assurer, ce qui sera un point important, que le traitement antisiphilitique local ou général, et surtout l'emplâtre mercuriel, qui agit d'une façon si remarquable contre les nodosités syphilitiques, n'ont aucune action sur le lupus.

Il ne faut pas oublier non plus que le lupus marche d'une façon beaucoup plus lente que la syphilis, et que les désordres, que le lupus met plusieurs années à produire, sont produits en peu de semaines par la syphilis ulcéreuse. Dans le lupus du nez, la partie malade se rétracte plutôt qu'elle ne se détruit, tandis que dans la syphilis elle semble comme détachée avec une pince du reste des parties saines; enfin, on ne trouve pas dans le lupus de destruction des os, du vomer, de la voûte palatine. De même, lorsque dans un épaissement éléphantiasique de la jambe, comme celui que j'ai décrit, on trouve de petits tubercules, il faudra songer au lupus; car le lupus seul présente, pendant de longues années, cette forme de nodosités avant d'aboutir à l'éléphantiasis, tandis qu'une syphilide tuberculeuse persiste tout au plus quelques mois ou peu d'années; du reste, les formes de syphilis qui aboutissent à l'éléphantiasis sont, d'après mes observations, de nature gommeuse, et donnent par conséquent des ulcérations qui ont un caractère spécial. Enfin, il faut se rappeler aussi que, quelle qu'ait été la durée de l'affection, le lupus récidive toujours sous forme de petites nodosités enchâssées, caractéristiques.

En prenant en considération tous ces points, on arrivera à établir le diagnostic entre le lupus et la syphilis, même dans les cas difficiles, et on n'aura pas besoin dans les cas embarrassants de recourir au diagnostic de « lupus syphilitique ».

Il y a également une forme de la lèpre tuberculeuse qui peut présenter de grandes analogies avec le lupus.

Il a déjà été établi (T. II, p. 265) que le lupus érythémateux a un aspect tout différent de celui du lupus vulgaire.

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON

Lupus (*suite*). — Anatomie pathologique, traitement du lupus.
Scrofulose et tuberculose de la peau.

L'anatomie pathologique du lupus a fait, surtout pendant les vingt dernières années, le sujet d'un grand nombre de travaux histologiques d'une grande valeur. Ils reflètent tous, aussi fidèlement que les travaux contemporains sur l'inflammation, les idées de leur époque sur la néoformation et l'histogénèse des tissus pathologiques; ils traitent presque toutes les questions qui ont trait à l'histologie du lupus, à son siège, à son point de départ, à son caractère, à sa signification, aux rapports que présentent les néoformations du lupus avec d'autres; et bien que tous ces points y aient été étudiés à fond, ils n'ont jamais pu en donner une solution complète, eu égard même à l'époque à laquelle ils ont été écrits.

Pour pouvoir porter sur les points importants et compliqués qui nous occupent un jugement exact, il faut examiner des nodosités jeunes et siégeant encore dans la profondeur du tissu. Sur une coupe microscopique d'une portion de peau atteinte (fig. 49), on trouve, en examinant à la loupe, des masses de tissu plus ou moins grosses, arrondies (en forme de nid), enfoncées dans le chorion: ce sont les tubercules du lupus. Ils sont disposés sans ordre et à diverses profondeurs dans le chorion lui-même, tandis que ses couches supérieures, la couche papillaire et le réseau muqueux, paraissent à l'état normal.

Ainsi tombe l'opinion émise, par Berger, Pohl et O. Weber, que les tubercules du lupus se forment dans le réseau muqueux, et celle de quelques autres auteurs qui pensent que le siège primordial de la nodosité jeune est dans les couches superficielles du derme. Le réseau muqueux et les couches superficielles du chorion sont intacts. Les foyers de lupus contrastent par leur coloration jaune rougeâtre et leur exacte délimitation avec le tissu dermique environnant; cet état est d'autant plus apparent qu'on a eu soin de colorer la coupe à l'aide du carmin, qui imprègne mieux le chorion que les tubercules.

Vu à un plus fort grossissement, le foyer (fig. 50) est le plus souvent très exactement limité, le tissu connectif sain l'entoure de faisceaux épais, et on voit que le lupus présente une trame plus fine, dont Virchow et Auspitz ont démontré l'analogie avec le tissu de granulation. Elle

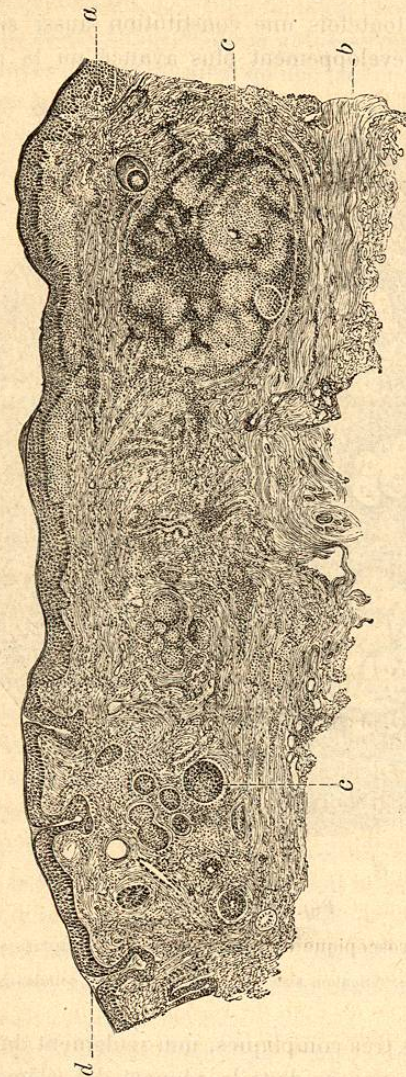


Fig. 49.

Lupus du nez. (Coupe verticale).

a, épiderme, *b*, chorion normal dans lequel sont disséminés sans ordre, *c*, de petits nids de lupus, avec un autre plus gros. La couche supérieure du chorion, le réseau muqueux et les follicules, *d*, sont normaux (faible grossissement).

consiste en un réticulum, qui, issu d'un gros faisceau fibreux divisé en rameaux plus fins, est parcouru par de nombreux vaisseaux sanguins, et dont les larges mailles contiennent des cellules pourvues d'un noyau très réfringent et facile à colorer, tandis que les mailles plus étroites renferment avec ces mêmes cellules, d'autres plus petites et une grande

BIBLIOTHECA
MUSEI HIST. NAT. MUSEI
1852 PS MED. D. A. N. B.