

liques, surviennent des frissons, une fièvre intense, régulière ou non. Le foie, la rate, les ganglions sont tuméfiés, le malade présente des hémorragies multiples, du purpura; l'anémie est excessive, s'accompagne de vertiges, d'un état syncopal: enfin la mort survient dans l'état typhoïde et le coma. Parfois, dans les derniers jours, on observe le début des lésions cutanées de la verruga. Si le malade guérit, ces lésions se développent.

Dans les formes atténuées, l'infection générale se révèle par une fièvre légère, mais constante, des signes d'anémie, faiblesse, anorexie, des accidents nerveux, pseudo-tabétiques par exemple (Odriozola), des hémorragies limitées.

L'éruption cutanée se présente sous deux formes (Odriozola), que distingue surtout le volume des éléments éruptifs.

Dans la *forme miliaire*, on observe d'abord, soit une tache purpurique, soit une vésicule, soit une pustule, soit une saillie blanche; à une période plus avancée, on trouve des saillies rouges, souvent violacées, sessiles, parfois même pédiculées.

Très nombreuses dans certains cas, les verrugas sont surtout abondantes sur les faces d'extension des membres et la face, respectant le tronc. Des lésions semblables se retrouvent sur la conjonctive et sur les muqueuses buccales.

Elles disparaissent spontanément, en laissant des squames, ou après ulcération; dans ce cas, il s'écoule un liquide séreux jaune, qui se concrète en croûtes brunes.

La *forme nodulaire* (mulaire d'Odriozola) est caractérisée par des tumeurs volumineuses et peu nombreuses, surtout observées à la face, aux mains et au genou. Ce sont des saillies hémisphériques ou pédiculées, rouges ou violacées, dont le volume peut atteindre celui d'une orange. Leur surface est tendue, luisante, paraît mince.

Ces tumeurs peuvent, comme les plus petites, se terminer par régression spontanée. Parfois, elles s'ulcèrent, se sphacèlent ou suppurent.

La maladie, à ce stade, guérit toujours, à moins de complications dues à une infection cutanée secondaire.

BACTÉRIOLOGIE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Parmi les microbes qu'on a trouvés dans les verrugas, un a des caractères extrêmement spéciaux: c'est un bacille, décrit par Ch. Nicolle, par Letulle, qui a la forme et les réactions colorantes du bacille de Koch, et n'en diffère que par une largeur un peu supérieure.

Les lésions cutanées décrites par Cornil et Renaut, Letulle, sont constituées par une infiltration leucocytaire abondante qui fait disparaître les poils, les glandes, les cellules du tissu adipeux. On observe en outre la multiplication mitotique des cellules fixes. Letulle a signalé la présence de vastes espaces remplis de sérosité à peine chargée de fibrine.

Au milieu de ces lésions, on peut trouver les bacilles de la verruga

non englobés dans les cellules qui infiltrent le derme, et des cocci nombreux si les lésions sont ouvertes, ulcérées, infectées de dehors en dedans.

Dans tous les viscères, les muscles, le système nerveux, et sur les séreuses, on a trouvé de petits nodules semblables à ceux de la peau. L'histologie des lésions viscérales a été étudiée par Ch. Nicolle, qui y a trouvé les bacilles colorables par la méthode de Ziehl.

DIAGNOSTIC. — Il doit être fait avec les lésions de la syphilis, de la lèpre, de la tuberculose. (Voy. *Tuberculides, Syphilides, Léprides*).

TRAITEMENT. — Il a pour but de hâter la disparition des lésions cutanées. On peut y arriver par des applications d'emplâtres salicylés créosotés, etc. Mais l'indication principale est de maintenir l'asepsie de la peau, d'éviter les ulcérations et l'infection secondaire de celles-ci. (L.)

TUBERCULOSE CUTANÉE EN GÉNÉRAL

L'étude scientifique de la tuberculose cutanée est contemporaine: elle n'est devenue possible que depuis les découvertes de Villemain et de Koch.

Plusieurs de ses formes avaient cependant été décrites par les cliniciens. C'est ainsi que Willan et Bateman (1) ont distingué le *lupus* d'autres affections cutanées également chroniques, extensives et susceptibles d'ulcération; plus tard, Rayet, puis Devergie, ont séparé nettement le *lupus ulcéreux* du *lupus non ulcéreux*; d'autre part, le *lupus érythémateux*, signalé d'abord par Bielt sous le nom de *dartre rongeanne qui détruit en surface*, recevait de Cazenave la dénomination qui lui est restée.

Le mot « *lupus tuberculeux* » appliqué au *lupus* vulgaire de Willan n'indiquait aucunement l'origine tuberculeuse de la maladie, mais seulement la qualification de sa lésion élémentaire se présentant sous la forme de tubercules comme le font certaines syphilides et d'autres lésions cutanées.

Successivement, cliniciens, histologistes, expérimentateurs, recherchèrent la nature du *lupus vulgaire*: Lugol, Bazin, Hardy, puis Lailler, Vidal, Besnier, le rangèrent parmi les manifestations de la scrofule.

Les histologistes allemands, Virchow, Baumgarten, Rindfleisch, en étudièrent les lésions, mais, gênés par la différence spécifique

(1) Traités classiques de WILLAN et BATEMAN, RAYET, CAZENAVE, HEBRA. — BAZIN, *Leçons sur la scrofule*, 1861. — HEBRA et KAPOSI. — BESNIER et DOYON, *Notes de Kaposi*. — BESNIER, *Le lupus et son traitement* (A. D., 1880). — LELOIR, *Traité de la scrofule-tuberculose de la peau*, 1892. — NEISSER, *Die chronische Infektionskrankheiten der Haut* (Ziemssens Handbuch, 1893). — JADASSOHN, *Ergebnisse der speciellen Pathologie* de LUBARSCH et OSTERTAG. — HALLOPEAU, *Congrès de Londres*, 1896. — DARIER, *Les tuberculides cutanées* (S. F. D., 1896). — LEREDDE, *Les tuberculides cutanées* (Semaine méd., 1899).

qu'ils admettaient entre les lésions caséuses et tuberculeuses, ils ne purent définir la nature réelle de l'affection. Le jour où le problème de l'unité de la tuberculose fut résolu en France, Friedländer, Volkmann, Renaut au point de vue anatomique, Besnier au point de vue clinique, purent affirmer que le lupus est une forme de tuberculose cutanée, les lésions rapportées jusqu'alors à la scrofule se rattachant, soit à cette maladie, soit à l'hérédo-syphilis. Cependant, la question restait controversable : nous en avons pour témoin le chef de l'École viennoise qui se prononçait encore nettement pour la négative ; la démonstration n'a été complète que le jour où R. Koch a découvert son bacille caractéristique dans les tissus lupiques et réussi à le cultiver ; bientôt, divers expérimentateurs, Schueller et Hueter, Leloir, Doutrelepont, H. Martin, parvenaient à tuberculer le cobaye par l'inoculation sous-cutanée ou intra-péritonéale : la nature tuberculeuse du lupus était définitivement établie.

Depuis lors, le champ des tuberculoses cutanées s'est considérablement agrandi.

La nature des gommages tuberculeuses, dont l'étude clinique remonte à Delpech (1816) et dont Guersant, ainsi que Bazin, avaient saisi les rapports avec le lupus d'une part, la tuberculose de l'autre, a été définitivement fixée par E. Besnier et le travail de Brissaud et Josias inspiré par ce maître. Il en a été de même pour le tubercule anatomique, pour la tuberculose verruqueuse de Riehl et Palttauf, pour certaines lymphangiectasies (H.) (1). On a reconnu qu'il existe une tuberculose aiguë de la peau, analogue à celle des muqueuses ; elle a été décrite par Féréol, Jarisch et Chiari. D'autre part, l'un de nous (H.) a montré que l'on devait encore considérer comme tuberculeuses des dermatoses qui se développent par le mécanisme qu'il a appelé *intra-inoculation* ; il consiste ici dans la genèse d'une dermatose par prolifération d'altérations nettement tuberculeuses et, réciproquement, dans la production de tuberculoses consécutivement au développement de cette même dermatose, c'est ainsi qu'a été établie cliniquement la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum (2) et de certaines folliculites (3).

(1) HALLOPEAU et GOUPIL, *Lymphangiectasies suppuratives d'origine tuberculeuse*. (A. D., 1894).

(2) HALLOPEAU, *Sur la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum* (S. F. D., 1892).

(3) Le développement au voisinage de lésions tuberculeuses banales telles que les adénopathies, a une valeur moindre, car il peut n'y avoir là qu'une simple coïncidence ou ces manifestations peuvent se développer sous l'influence de localisations profondes ; c'est ainsi que l'un de nous a vu, avec Jeanselme, se produire, chez un lépreux, des adénopathies tuberculeuses ; néanmoins, ces tuberculisations ganglionnaires, lorsqu'elles surviennent dans la sphère lymphatique d'une dermatose, constituent de fortes présomptions en faveur de sa nature tuberculeuse : nous citerons pour témoins les adénopathies tuberculeuses que nous avons vues maintes fois (*) se développer au voisinage d'un lupus érythémateux. La constatation, par

(*) H. HALLOPEAU et JEANSELME, *Sur la nature du lupus érythémateux* (Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1888).

Enfin, des vues nouvelles ont permis, dans ces dernières années, de rattacher à la tuberculose diverses maladies qui jusqu'alors en étaient considérées comme distinctes (1) : ces affections se rencontrent exclusivement ou le plus souvent chez des tuberculeux ; elles coïncident avec diverses manifestations de la tuberculose ; elles ne peuvent être rattachées à une autre maladie générale : et cependant, on n'y trouve généralement pas de bacilles et elles ne sont pas ou ne sont que très exceptionnellement inoculables ; de l'avis de l'un de nous (H.), *elles sont dues à l'action de toxines émancipées de foyers bacillaires et transportées par la circulation à distance de leur foyer d'origine* (2).

Nous avons vu que Gautier et Bouchard ont fait accomplir un progrès des plus importants à la pathogénie et à la physiologie générales en montrant que les microbes agissent sur les tissus, non directement, mais bien par l'intermédiaire des agents solubles qu'ils sécrètent ; or, il est facile de concevoir que ces agents solubles ne limitent pas leur action au voisinage des foyers bacillaires qui les engendrent, mais qu'ils soient transportés, par la circulation, en diverses parties plus ou moins éloignées de l'organisme ; le fait a été

l'examen histologique, de lésions ayant les caractères du nodule tuberculeux, et particulièrement la présence de cellules géantes, sont également des arguments puissants en faveur d'une affection tuberculeuse ; on ne peut dire cependant qu'elles soient pathognomoniques, car on peut trouver des altérations très analogues dans d'autres dermatoses.

La coexistence, chez un sujet atteint d'une dermatose dont la nature est contestable, d'antécédents tuberculeux ou de manifestations de même nature, sont des présomptions qui ont leur valeur, mais ne peuvent être considérées comme décisives en faveur de la nature tuberculeuse de cette affection ; il est même certain que, pour diverses dermatoses, la tuberculose offre seulement un terrain favorable : tels sont le pityriasis versicolor et, sans doute aussi, le pityriasis rubra de Hebra ; les statistiques de Jadassohn établissent, en toute évidence, qu'il y a des rapports de causalité entre cette dernière maladie et la tuberculose, mais rien ne permet cependant de penser qu'elle soit elle-même de nature tuberculeuse.

Il faut de même attacher une importance réelle, mais non une signification décisive, aux réactions banales, sous l'influence de la tuberculine, qu'elles soient locales ou générales. (H.)

(1) HALLOPEAU, *Rapport sur les tuberculoses autres que le lupus vulgaire* (Congrès de Londres, 1896). — *Revue de la tuberculose*, 1897. — *IV^e Congrès de la tuberculose : étude de moulages et de maladies au point de vue des toxi-tuberculides*, 1898. — DARIER, *Des tuberculides* (A. D., 1896). — BOECK, *Les exanthèmes de la tuberculose* (Arch. für Derm. 1898). — LEREDDE *Les tuberculides* (Sem. méd., 1899).

(2) L'un de nous (H.) a formulé cette interprétation toxinique des dermatoses tuberculeuses en 1888, avec Wickham, dans une communication au I^{er} congrès pour l'étude de la tuberculose et, en 1892, à propos d'une présentation, à la Société de dermatologie, d'un cas de lichen scrofulosorum.

Douze ans plus tôt, César Boeck (de Christiania) avait décrit, sous le nom de *lupus tuberculeux disséminé*, la dermatose que nous appelons aujourd'hui *toxi-tuberculide papuleuse et nécrosique*, et il l'avait, à juste titre, rattachée à la tuberculose ; il avait indiqué, comme pouvant l'expliquer, un trouble dans les fonctions des centres vaso-moteurs : cette interprétation, douteuse, impliquait une origine toxinique de cette éruption, mais il était bien difficile d'en formuler la théorie à cette époque, car le bacille de Koch n'a été découvert que deux ans après et, par conséquent, il ne pouvait être alors question de ses produits de sécrétion.

réalisé expérimentalement par les injections de tuberculine, ou de bacilles morts retenant des toxines; on a vu ces toxines tuberculeuses amener des réactions intenses générales et localisées au niveau des foyers tuberculeux; on les a vues provoquer des affections identiques à plusieurs de celles que nous considérons comme dues à des toxines tuberculeuses, particulièrement des éruptions érythémateuses, pustuleuses et papuleuses; or, nous sommes en droit d'invoquer une action semblable pour les affections qui se rattachent, en toute évidence, à la tuberculose, et dont cependant on ne peut vérifier la nature, ni par l'examen bactériologique, ni par l'inoculation; cette hypothèse, en effet, les explique et peut seule les expliquer. Si on ne les produit pas toutes par la tuberculine, c'est que cette substance ne contient qu'une partie des toxines tuberculeuses, qui, d'après les récents travaux d'Auclair, paraissent très complexes et multiples; c'est aussi qu'il faut tenir compte du terrain offert chez les différents sujets par les différents tissus.

L'un de nous (H.), pour la première fois, a étudié dans leur ensemble les tuberculoses d'origine toxinique, au mois d'août 1896, dans un rapport au Congrès de Londres; à la fin de la même année, Darier a proposé d'appliquer le nom de *tuberculides* à ces mêmes manifestations. Cette dénomination a été accueillie avec une faveur marquée, et elle est entrée dans le langage courant; nous ferons seulement remarquer qu'elle est applicable à toutes les manifestations cutanées, bacillaires ou non, de la tuberculose, comme l'est celle de *syphilides* à toutes les dermatoses syphilitiques, et qu'il faut, par conséquent, y faire rentrer les lupus, les gommés, et toutes les autres manifestations bacillaires de la maladie.

Nous sommes conduits ainsi à différencier deux ordres de ces dermatoses: les *tuberculides bacillaires* et les *toxi-tuberculides*.

Les *tuberculoses bacillaires* peuvent se présenter sous les formes suivantes: *tuberculide miliaire aiguë*, *lupus vulgaire*, *tubercule anatomique*, *tuberculides scléreuses et verruqueuses*, *tuberculide gommeuse*, *tuberculides suppuratives* comprenant les *impétigineuses* et *pustulo-ulcéreuses* et *tuberculides végétantes*.

L'histoire des *toxi-tuberculides* est encore en évolution; la démonstration nous paraît faite pour plusieurs d'entre elles; pour d'autres, l'interprétation nouvelle est seulement probable ou possible.

Les différentes formes cliniques qui peuvent être interprétées dans ce sens sont: 1° le *lupus érythémateux*; 2° le *lichen scrofulosorum*; 3° les *tuberculides papuleuses et nécrosiques* et l'*acnitis*; 4° les *tuberculides papulo-érythémateuses*; 5° les *tuberculides suppuratives pemphigoïdes* et *vésico-pustuleuses* comprenant l'*acné cachecticorum* et l'*acné scrofulosorum*; 6° l'*érythème induré* (1).

(1) Suivant l'un de nous (L.), l'angiokératome de Mibelli est une toxi-tuberculide au même titre que le lupus érythémateux.

Diverses circonstances permettent de s'expliquer la diversité et la multiplicité de ces formes;

a. La peau est un organe de structure complexe, dont les divers éléments peuvent réagir isolément et différemment sous l'influence de la tuberculose en raison de conditions indéterminées (1); nous en avons pour témoins les lésions du lichen scrofulosorum limitées essentiellement, comme celles des folliculites, aux glandes de la peau ou au tissu qui les entoure, le développement des gommés cutanées aux dépens des lymphatiques, le siège prédominant d'autres tuberculoses dans le corps papillaire; nous devons dire cependant que les études histologiques sont incomplètes à ce point de vue et que trop souvent les investigateurs ne paraissent pas avoir suffisamment distingué les lésions initiales et primordiales d'un foyer tuberculeux des altérations concomitantes qu'elles ont pu entraîner dans les parties qui les avoisinent;

b. Les différents sujets, par suite de conditions indéterminées qui peuvent résulter, soit de l'hérédité, soit de la prédominance du système lymphatique, soit de modifications acquises, réagissent différemment sous l'influence de l'agent infectieux tuberculeux; c'est ainsi que nous verrons les ulcérations consécutives à l'envahissement de la peau par les néoplasies tuberculeuses sous-jacentes, tantôt rester isolées au milieu de parties saines, tantôt se propager dans les téguments ambiants sous la forme soit de lupus vulgaire, soit de tuberculose verruqueuse, soit de gommés serpigineuses ou en traînées sur le trajet des lymphatiques, soit de lésions pustulo-ulcéreuses, soit de folliculites suppuratives;

c. Le mode de réaction varie avec l'âge; le lichen scrofulosorum est l'apanage de l'enfance et de l'adolescence et les folliculites suppuratives se développent de même plus fréquemment dans ces périodes de la vie;

d. L'agent infectieux peut agir et se présenter sous des formes diverses.

Le plus habituellement, il s'agit d'un bacille. Il peut être identique, par ses propriétés, à celui de la tuberculose vulgaire: il en est ainsi dans les tuberculoses cutanées qui se développent chez les phtisiques avancés autour des orifices et sont remarquables par leur puissance destructive. Plus souvent, au contraire, ce bacille est modifié en ce sens qu'il a peu de tendance à se multiplier, qu'il est difficilement inoculable. Suivant l'un de nous (H.), le bacille n'évolue pas suivant le même mode, et, par conséquent, ne doit pas engendrer des produits identiques, dans les différents tissus: le derme lui offre habituellement un milieu peu favorable; il s'y modifie et les propriétés nocives de ses générations successives s'y trouvent très atténuées, alors

(1) H. HALLOPEAU, Sur les différentes formes de tuberculose cutanée et leurs localisations (Union médicale, 1893).

même qu'elles se trouvent transportées et exercent leur action pathogénique dans d'autres organes; nous en avons pour preuves la marche exceptionnellement lente et la bénignité relative des manifestations pulmonaires et laryngées qui peuvent accompagner ces lupus, ainsi que l'absence habituelle d'autres complications viscérales.

Il est possible que cette virulence soit modifiée dans les cas de lupus destructifs sans qu'il soit besoin d'invoquer, pour expliquer ces faits, l'intervention d'autres microbes pathogènes.

Les bacilles agissent par l'intermédiaire des toxines qu'ils sécrètent; ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, mais un fait mis en évidence par les expériences nombreuses qui ont été faites avec la tuberculine et aussi par la propriété qu'a reconnue Straus (1) aux cadavres des bacilles tuberculeux de garder, après leur mort, une grande partie des propriétés pathogènes caractéristiques des bacilles vivants; c'est à l'intensité virulente variable de ces produits et au mode de réaction différent des diverses parties de la peau sous leur influence qu'il faut surtout attribuer les formes diverses que peut revêtir la tuberculose cutanée.

Il faudrait encore déterminer les rapports de la tuberculose et de certaines affections cutanées qui peuvent lui être associées, telles que le prurigo de Hebra, le pityriasis rubra (Jadassohn), quelques eczémas.

Il existe des transitions entre les différentes formes de tuberculides que nous avons distinguées; fréquemment plusieurs d'entre elles coïncident chez un même individu: il doit nécessairement en être ainsi, puisque la cause prochaine de ces manifestations est toujours le même agent infectieux. (H.)

TUBERCULIDES BACILLAIRES

TUBERCULIDE MILIAIRE AIGÜE

Cette forme, qui correspond à ce que l'on a décrit sous les noms d'«ulcérations tuberculeuses de la peau» et de «dermite tuberculeuse» (Renaut), est caractérisée par la formation de granulations tuberculeuses superficielles qui se multiplient de proche en proche, s'ulcèrent et peuvent s'étendre en suivant une marche serpigineuse, tout en restant circonscrites au voisinage de leur foyer initial. Contrairement au lupus vulgaire, ces lésions contiennent des bacilles virulents en grand nombre.

ÉTILOGIE. — L'étiologie des ulcérations tuberculeuses est très spéciale. Elles se développent chez des tuberculeux à la période cachectique et sont liées à l'inoculation des produits de la tubercu-

(1) I. STRAUS, *La tuberculose et son bacille*, 1895.

lose vulgaire. Souvent la porte d'entrée est évidente: c'est une coupure, une plaie, une brûlure, une érosion qui se trouve contaminée par des produits émanés du malade. Le plus souvent, la tuberculose aiguë ulcéreuse se développe sur les lèvres ou à l'anus; il n'est pas rare que ces deux régions soient atteintes simultanément; parfois l'affection s'observe aussi en d'autres régions, telles que les membres, la vulve, la verge, la face, les oreilles. L'infection des lèvres provient des crachats; aussi la lèvre inférieure est-elle la plus souvent affectée; celle de l'anus résulte des fèces contenant les bacilles d'une tuberculose intestinale; celle de la vulve est engendrée par une tuberculose utérine; celle du gland est transmise par l'urine chez les sujets atteints de tuberculose des voies urinaires ou des organes génitaux (1).

On sait aujourd'hui que ces ulcérations ne sont pas absolument spéciales aux individus déjà tuberculeux; Beneke, Elsenberg, Hanot, Kaposi, ont publié des cas de tuberculose aiguë ulcéreuse primitive.

SYMPTÔMES. — Le début est marqué par un petit nodule conique qui se ramollit en son centre, puis s'ulcère; l'ulcération gagne en surface rapidement, en profondeur très lentement.

A la période d'état, elle a une forme circulaire, ovalaire, ou, plus souvent, polycyclique. Ses bords sont coupés brusquement, non saillants, non décollés, sinueux, déchiquetés, dentelés, peu indurés, d'une couleur violacée, livide, sombre. Le fond, quelquefois masqué par des croûtes minces, non adhérentes, est encore plus caractéristique; il est granuleux, irrégulier, et on y observe fréquemment, surtout à sa périphérie, de petites saillies miliaires, jaunâtres, tantôt peu nombreuses, tantôt abondantes et même confluentes: ce sont des granulations tuberculeuses; elles constituent une zone d'envahissement (Kaposi). Le pus, les produits de raclage, contiennent habituellement des bacilles tuberculeux. La sécrétion de l'ulcère est séropurulente et peu abondante.

La base de l'ulcération ne présente aucune rénitence particulière.

A peu de distance des bords, des pustulettes ecthymatoïdes à base rouge représentent les lésions initiales qui s'ulcèrent à leur tour, et, s'étendant, se confondent dans l'ulcération principale. Quelques-unes, plus éloignées, peuvent former des ulcérations indépendantes.

L'extension superficielle de l'ulcère est ordinairement restreinte; aux lèvres et autour de l'anus, ses dimensions restent en général modérées; c'est par exception que l'un de nous (H.) l'a vu atteindre, en cette région, 12 centimètres de long sur 8 de large. Il est d'habitude très superficiel; très rarement il se dispose en entonnoir.

Les lésions sont peu sensibles spontanément; par contre, le toucher, la pression, y éveillent de vives souffrances. La tuberculose de l'anus

(1) COYNE, *Tub. de la peau* (*Arch. de phys.*, 1871-1872). — FÉRÉOL, *Soc. méd. des hôp.*, 1874. — JARISCH et CHIARI, *A. f. D.*, 1879. — KAPOSI, *A. f. D.* 1898.

s'accompagne de douleurs intenses lors de la défécation et dans la marche, parfois de ténésme. Les ganglions lymphatiques restent souvent indemnes (Vallas), mais cette règle souffre des exceptions.

Ces ulcérations tuberculeuses provoquent des troubles fonctionnels sérieux quand elles siègent à l'orifice buccal ou à l'orifice anal; dans ces régions, elles envahissent la muqueuse dans une étendue variable.

La gravité des lésions est due surtout à ce qu'elles ne présentent qu'exceptionnellement la tendance à la cicatrisation, à la sclérose partielle qui appartient au lupus, aux gommés; essentiellement destructives, elles s'étendent jusqu'au moment où la mort survient du fait de la tuberculose pulmonaire qui, en pareil cas, à l'encontre de ce que l'on observe dans le lupus vulgaire, suit une marche rapide. La guérison thérapeutique complète est très rare pour les ulcérations péri-buccales et péri-anales; elle s'obtient quelquefois dans d'autres régions.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des ulcérations tuberculeuses aiguës repose sur la notion d'une tuberculose en activité, surtout pulmonaire ou intestinale, sur leur siège spécial et sur leurs caractères objectifs qui permettent d'éliminer les *ulcérations syphilitiques* (bords fermes, absence de granulations), *cancéreuses*, *actinomycosiques*, *sarcomateuses*, ainsi que le *chancre mou*. La présence de granulations jaunes et de granulations périphériques est presque pathognomonique: cependant, il sera utile de confirmer le diagnostic par la recherche du bacille tuberculeux, qui est des plus faciles, et par l'inoculation. Lorsque les ulcérations se développent chez des individus non tuberculeux antérieurement, le critérium expérimental permet seul d'affirmer scientifiquement l'existence d'une forme rare de tuberculose cutanée que l'on doit soupçonner par les caractères objectifs.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions débutent dans le derme et se présentent sous forme de nodules, réunis par des nappes cellulaires (J. Renaut). Souvent, on n'y trouve aucune cellule géante, mais seulement des cellules épithélioïdes. Dans d'autres cas, le follicule tuberculeux offre tous ses caractères classiques. Les papilles, hypertrophiées, sont occupées par les lésions initiales. Les vaisseaux sanguins sont oblitérés jusque dans le derme profond; à ce niveau, on trouve des lésions tuberculeuses disséminées, des lésions vasculaires. Le tissu conjonctif subit une dégénérescence presque gélatineuse. Partout on trouve des bacilles en grand nombre: il y a là un contraste frappant avec le lupus.

NATURE DE LA MALADIE. — Cette tuberculose cutanée diffère de toutes les autres par la multiplicité unie à une grande virulence de ses bacilles et par sa coexistence avec des lésions pulmonaires à évolution rapide. *Ce n'est qu'une manifestation cutanée de la tuberculose*

vulgaire; il est à remarquer que la peau constitue surtout au pourtour de ses orifices un terrain de culture pour cette forme active du contagé (H.).

TRAITEMENT. — Le seul réellement efficace est l'ablation chirurgicale. En ce qui concerne les moyens palliatifs, ils sont les mêmes que pour les autres formes de tuberculose ulcéreuse. (Voy. *Traitement de la tuberculose cutanée en général.*) (L.)

LUPUS VULGAIRE

Synon. : *Lupus tuberculeux*, *lupus de Willan*.

Nous désignerons sous ce nom les tuberculides ayant pour élément initial le nodule caractéristique que nous décrirons plus bas.

ÉTIOLOGIE. — On peut concevoir la pénétration du bacille tuberculeux dans la peau de deux manières: il peut traverser l'épiderme pour atteindre le derme où il se développe; il peut être apporté au derme par la circulation sanguine ou lymphatique.

Le lupus des membres et de la face peut être, sans conteste, consécutif à des inoculations directes d'origine externe. Le lupus vaccinal, signalé par Besnier, en est un exemple (1). Il est dû à la pénétration simultanée du parasite vaccinal et du bacille tuberculeux dans la peau. Henri Fournier (2) a vu chez une jeune fille un lupus se développer sur le trajet de la piqûre d'une boucle d'oreille. Jadassohn a rapporté le fait suivant, pleinement démonstratif: une jeune fille est tatouée au bras par son amant, tuberculeux, qui a préparé le tatouage avec sa salive: au bout de quelques semaines, plusieurs des piqûres de tatouage deviennent le siège de nodules typiques du lupus. Nous citerons encore, d'après Straus (3), les cas de lupus survenus sur le trajet de blessures par rapière chez des étudiants en contact incessant avec des produits tuberculeux (Doutrelepon) et la germination de nodules lupiques sur des surfaces eczémateuses traitées par des topiques préparés avec la salive d'un phthisique.

Mais, bien plus souvent qu'on ne le croit, les tuberculoses lupiques paraissent avoir une origine profonde (L.).

On peut voir, exceptionnellement, des ulcérations fistuleuses consécutives à des tuberculoses osseuses, ganglionnaires ou gommeuses et sous-cutanées, devenir le point de départ d'un lupus vulgaire (Jeanselme); il en est de même des fistules anales et des plaies consécutives aux amputations des membres tuberculeux (Verneuil).

De même, à la suite d'interventions sur des foyers tuberculeux

(1) BESNIER, *Lupus vaccinal* (A. D., 1889).

(2) H. FOURNIER, *Des accidents déterminés par la perforation du lobule de l'oreille* (Journ. des mal. cut., 1894).

(3) STRAUS, *Traité de la tuberculose*, 1895.

profonds, le lupus peut se développer sur les cicatrices opératoires. Adenot (1) a insisté sur l'origine osseuse de certaines tuberculoses cutanées paraissant indépendantes des tissus profonds.

Il n'est pas, en effet, nécessaire qu'il y ait contact entre le derme et les foyers tuberculeux profonds, et très souvent l'infection cutanée se fait par *voie lymphatique* : c'est là, à notre avis, le mécanisme habituel du lupus (L.).

L'infection du système lymphatique de la peau peut se révéler cliniquement : les lymphangites tuberculeuses sont bien connues depuis les recherches de Goupil et de l'un de nous (H), ainsi que de Merklen, mais, dans la grande majorité des cas, la lymphangite reste latente.

Le lupus de la face nous paraît dû, dans la majeure partie des cas, à la pénétration des bacilles, par la voie nasale, dans les lymphatiques de la peau (L.). On sait combien la présence du bacille de Koch à la surface de la muqueuse nasale est un fait banal (Straus). Souvent, on rencontre chez les lupiques, sans parler de l'ouverture de la cloison (Besnier), des lésions latentes de la muqueuse nasale; parfois il existe simplement une hypersécrétion dont on pourrait peut-être déterminer l'origine bactérienne (2).

La bilatéralité fréquente du lupus ne s'explique guère par des inoculations bilatérales, mais bien mieux par l'infection des muqueuses nasales. La lymphangite tuberculeuse latente explique aisément les faits où l'on observe des foyers lupiques non ulcérés, développés au voisinage les uns des autres; du reste, elle a été démontrée microscopiquement par Leloir.

Le lupus peut être considéré comme une lymphangite tuberculeuse diffuse (L.); parmi les lésions de lymphangite, beaucoup restent ignorées, échappent à l'examen objectif, mais déterminent les récurrences sur place et l'extension à distance.

Dans certains cas, l'origine *sanguine* des lupus nous paraît certaine. Leloir l'admettait comme possible, mais la croyait rare, car, disait-il, le bacille tuberculeux vit difficilement dans le sang.

En réalité, si le bacille tuberculeux vit mal dans le milieu sanguin, il n'est peut-être pas de tuberculeux chez qui, à un moment donné, il n'ait passé dans la circulation pour être, soit détruit, soit transporté en un point où il se développe : l'étude de la tuberculose cutanée nous en offre des exemples frappants. E. Besnier (3), du Castel, Kaposi, Doutrelepont ont cité des faits où, à la suite d'une maladie infectieuse, s'étaient formés des foyers lupiques multiples. L'un de nous (L.) a vu se produire à la suite d'une rougeole, des éléments lupiques, sur toute la surface du corps. L'origine sanguine explique seule de

(1) ADENOT, A. D., 1895.

(2) MENEAU et FRÈCHE, *Origine nasale du lupus de la face* (A. D., 1897, p. 516).

(3) E. BESNIER, *Lupus disséminé* (Réunion des méd. de Saint-Louis, 1888).

pareils cas. Le passage du bacille dans le sang, certaines lésions qu'il provoque sont beaucoup moins graves, en maintes circonstances, qu'on ne le croit *à priori*; la lésion déterminée par la greffe locale du bacille est susceptible de guérison.

Il nous reste à étudier le milieu sur lequel se développe la maladie. Les sujets atteints de lupus vulgaire sont fréquemment des *scrofuleux*.

On a admis peu à peu que la scrofule ne pouvait à elle seule produire des lésions, et, de la scrofule ancienne (que nous confondons avec le lymphatisme), il ne reste que la notion d'une prédisposition, d'une diathèse, d'un terrain, comme nous disons dans un langage moderne (1). Les scrofuleux ont un masque spécial, les chairs épaisses, pâles et molles; souvent le nez et les lèvres sont volumineux; les oreilles, chez la femme, sont souvent fendues par les anneaux qui y sont insérés, fait curieux sur lequel insiste Besnier; on ne peut pas être frappé du refroidissement des extrémités, et de leur asphyxie facile, traduisant une oxygénation insuffisante (Gréhant et Quinquaud); des engelures se développent aisément sur les extrémités.

Dans l'étude de la scrofule, un fait paradoxal qu'on n'a pas assez remarqué, croyons-nous, est à relever : c'est l'aptitude extrême à contracter la tuberculose, et la résistance simultanée à son développement; de fait, la tuberculose des scrofuleux est d'une virulence très modérée. Le lupus, dont la durée est indéfinie, qui peut persister sans même s'accroître pendant trente ans sur la face, prouve et cette aptitude et cette résistance.

Nous avons vu, du reste, que la virulence du bacille tuberculeux est diminuée d'une manière générale dans les produits lupiques; il s'agit évidemment d'une diminution de virulence acquise et non primitive. Les expériences d'Arloing et Courmont ont confirmé intégralement les observations cliniques.

Comme toute forme de tuberculose, le lupus peut débiter à un âge quelconque; rare chez l'enfant jeune, il est plus commun dans l'adolescence, et c'est avant vingt ans qu'on le voit surtout apparaître [76 cas sur 100 (Leloir)]. Chez le vieillard, son développement est exceptionnel.

La fréquence du lupus chez la femme est des plus remarquables; elle s'élève à 65 p. 100 des cas; la tuberculose aiguë de la peau est deux fois plus fréquente chez elle que chez l'homme, et, si l'on élimine la tuberculose des extrémités à laquelle l'homme est professionnellement plus exposé, la proportion est encore plus considérable. On ne peut qu'enregistrer ce fait sans chercher à l'expliquer.

Signalons enfin la fréquence du lupus dans les pays du Nord.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La description histologique du lupus

(1) LEREDDE, *Les tuberculides* (Semaine médicale, 1899).

de Willan, sous toutes ses formes, démontre déjà sa nature tuberculeuse. S'il n'est pas toujours possible d'y colorer des bacilles, on peut, parfois, le faire en pratiquant des coupes nombreuses et, du reste, l'inoculation au cobaye est en général positive si elle est pratiquée suivant certaines règles (1). Les cas négatifs prouvent seulement qu'il existe des formes très peu virulentes. On trouve d'autant plus de bacilles dans les lésions lupiques que leur marche est plus rapide (Jadassohn).

Il existe une identité parfaite entre la granulation lupique et la granulation tuberculeuse des viscères ou des séreuses. On voit, au microscope, des nodules dermiques nettement limités dont les plus gros, les plus avancés dans leur évolution, occupent les parties les plus profondes du derme et même l'hypoderme (Leloir), ce qui appuie l'opinion que nous avons émise sur l'origine lymphangitique de ce lupus.

Ces nodules, jeunes, sont dus à l'agglomération de cellules, autrefois nommées cellules « embryonnaires », petites, à petit noyau, dont un grand nombre ont un protoplasma fixant avec élection les couleurs basiques d'aniline : ce sont les « plasmazellen » d'Unna.

Dès cette période, on ne trouve *aucun vaisseau* dans l'épaisseur du tubercule, mais souvent on distingue un réticulum soutenant les cellules.

Quelle est l'origine de celles-ci ? Pour Unna, le nodule est formé surtout de cellules fixes ; mais tandis que, pour lui, les plasmazellen en dérivent, ces éléments sont, pour Marschalko, des cellules lymphatiques, des lymphocytes modifiés. Nous n'avons pas à discuter ici la nature de ces cellules ; nous dirons seulement que l'opinion de Marschalko est plus conforme aux idées modernes sur la structure de la granulation tuberculeuse.

Les nodules comprennent parfois des mastzellen, mais exclusivement à leur périphérie ; on n'y trouve ni tissu élastique, ni tissu conjonctif, d'où la transparence des éléments lupiques à l'œil nu (Unna).

Rapidement, les cellules des lupomes subissent des régressions dues aux toxines tuberculeuses ; leur protoplasma devient diffus ; il est grenu et ses granulations se colorent par l'acide picrique : en somme, c'est une dégénérescence caséuse atteignant individuellement les cellules qui prennent le type épithélioïde, d'abord au centre des nodules. A la même période, apparaissent les cellules géantes, parfois très nombreuses ; elles ont le type habituel, sur lequel nous n'insisterons pas. Lorsqu'il est possible de colorer des bacilles, c'est surtout dans leur protoplasma ou dans les cellules épithélioïdes qu'on les trouve (Koch).

(1) Le procédé de choix consiste à extirper un fragment aussi volumineux que possible, à en cautériser la surface épidermique ou à l'exciser de manière à ne pas introduire d'agents pyogènes, et à l'inoculer dans le péritoine du cobaye.

Autour des nodules, le tissu conjonctif est condensé. Cependant, les fentes lymphatiques sont envahies d'une manière diffuse par des lymphocytes ou des plasmazellen, ainsi que le corps papillaire, où il est rare de trouver des éléments en caséification, et ces altérations se poursuivent le long des lymphatiques profonds, unissant ainsi les divers nodules entre eux et propageant l'infection à distance. Les artérioles présentent de la périartérite, de l'endartérite, allant jusqu'à l'oblitération.

L'épiderme est épaissi, parfois extrêmement, sauf en un point précis, *au sommet des lupomes*, où la couche granuleuse disparaît ; la couche cornée s'exfolie, d'où la desquamation lamellaire signalée dans l'étude clinique. Sur les côtés des lupomes, on voit de longs prolongements interpapillaires, de véritables bourgeons profonds du corps muqueux.

Entre les cellules épidermiques, on ne trouve souvent que des cellules migratrices isolées ; mais, ailleurs, on observe l'altération cavitaire ou des pustules par clivage qui précèdent l'ulcération du lupus, due aussi à une atrophie progressive de l'épiderme ou à sa chute en masse (Leloir).

Leloir a étudié l'histologie du *lupus colloïde* et du *lupus myxomateux*, deux formes très peu virulentes où on a la plus grande peine à trouver des bacilles. Le premier résulte simplement de la présence, au centre des follicules tuberculeux, de blocs colloïdes dus à l'agglomération de cellules dénucléées. Dans le lupus myxomateux, on constate une infiltration cellulaire diffuse du derme avec très peu de follicules tuberculeux ; le tissu conjonctif prend un aspect gélatiniforme : on y trouve des kystes remplis d'une substance muqueuse, des vaisseaux dilatés, des hémorragies.

L'histologie du *lupus ulcéreux* n'a rien de très spécial. Aux lésions de la tuberculose lupique s'ajoutent celles de l'infection superficielle qui est constante : des bourgeons irréguliers sont bourrés de cellules polynucléaires et sécrètent une matière purulente, riche en staphylocoques et en autres agents de suppuration.

La pathogénie des ulcérations a été l'objet de discussions multiples ; elles sont analogues à celles qu'on a soutenues sur la genèse des cavernes pulmonaires. Deux théories sont en présence. L'une attache la plus grande importance au terrain, aux conditions générales de résistance individuelle, à des conditions locales (vascularisation plus grande de la face, par exemple), aux lésions des vaisseaux dans le tissu lupique : en somme, l'ulcération serait fonction du bacille de Koch.

L'autre théorie, soutenue principalement par Leloir, constate l'existence des agents de suppuration dans les tissus lupiques et rattache l'ulcération aux germes d'infection secondaire. Leloir appuie cette hypothèse sur des arguments de grande valeur, entre autres celui-ci : lorsque du fait d'une cautérisation, par exemple, une ulcération

s'est produite, elle peut s'étendre et le lupus prend le caractère ulcéreux. L'utilité réelle du traitement antiseptique dans cette forme est encore en faveur de cette théorie.

Pour nous, les ulcérations limitées secondaires au lupus non ulcératif, peut-être une partie des ulcérations qu'on observe dans les lupus des membres, sont dues vraisemblablement aux agents pyogènes. Mais, dans le lupus ulcéreux d'emblée, les conditions dominantes doivent être, le terrain d'une part, de l'autre la virulence, l'activité du bacille tuberculeux (L.) C'est lui qui conditionne la caséification étendue; la peau ouverte, les agents pyogènes favorisent l'élimination des tissus nécrosés. Du reste, l'étude des gommes tuberculeuses suppuratives, la tuberculose aiguë ulcéreuse et du lupus pustuleux (H.) (1), montre que le bacille de Koch peut produire, à lui seul, des ulcérations.

Spontanément, en l'absence de tout traitement, le lupus vulgaire, s'il date de longtemps, présente des traces de sclérose se manifestant à la périphérie des tubercules, et les étouffant peu à peu. Elle est plus ou moins marquée suivant les cas. Le tissu de sclérose ne contient pas de fibres élastiques et est excessivement pauvre en vaisseaux; il s'étend aussi loin que le lupus lui-même, c'est-à-dire, comme nous l'avons vu, souvent jusqu'à l'hypoderme. La fibrose peut aller jusqu'à faire disparaître toutes les lésions lupiques et détruire les bacilles; l'inoculation ne donne plus la tuberculose au cobaye (lupus sclérosés).

Nous ne nous étendons pas sur l'histologie des épithéliomas qui assez souvent viennent compliquer les lupus anciens; leur structure est celle de l'épithélioma lobulé corné; elle s'explique par les inclusions épidermiques qui se produisent fatalement dans les lupus anciens, traités, sclérosés, cicatrisés (2).

Doutrelepoint, Leloir encore, ont étudié l'*éléphantiasis* secondaire à la tuberculose des membres et observé une sclérose excessivement profonde, des lésions vasculaires, la dilatation des lymphatiques, sans doute liée à leur oblitération en aval. Le fait important est alors la pénétration des lésions tuberculeuses jusque dans la profondeur des membres, dans les muscles, les cartilages, les os.

Le *lupus érythématoïde* (Unna, Leloir) est constitué par des lésions glandulaires, par une infiltration diffuse de cellules altérées, et des lésions des vaisseaux (artérite, dilations, hémorragies), en somme, les lésions importantes du lupus érythémateux. En quelques endroits, on trouve de petits nodules lupiques vulgaires avec cellules géantes.

Pour Leloir, les faits de lupus érythémateux qui ont été rattachés à la tuberculose sont des faits de lupus érythématoïde. Pour nous, l'existence d'une forme mixte où l'on trouve réunies les lésions

(1) HALLOPEAU et WICKHAM, *De la genèse des suppurations tuberculeuses.* (Congrès de la tuberculose, 1888).

(2) VOY. LEREDDE, *Épithéliomas multiples sur une cicatrice* (S. F. D., juin 1895.)

HALLOPEAU ET LEREDDE.



Librairie J.-B. Baillière et Co.