

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

Pour nous, les ulcérations lupiques sont dues au lupus non ulcé-  
ratif, peut-être une partie des ulcérations que l'on observe dans les lupus  
des membres, sont dues vraisemblablement aux agents pyogènes.  
Mais dans le lupus ulcéreux, dans les conditions dominantes  
de cette affection, l'activité du bacille tuberculeux (1) est la cause de la caséification  
du tissu du lupus ouvert, les ulcères lupiques sont donc une manifestation  
de la tuberculose. Du reste, dans les lupus ulcéreux, on trouve des  
granulomes tuberculeux aigus et des lupus papuleux (H. 1),  
ce qui prouve que le bacille de Koch peut produire, à lui seul, des ulcérations.

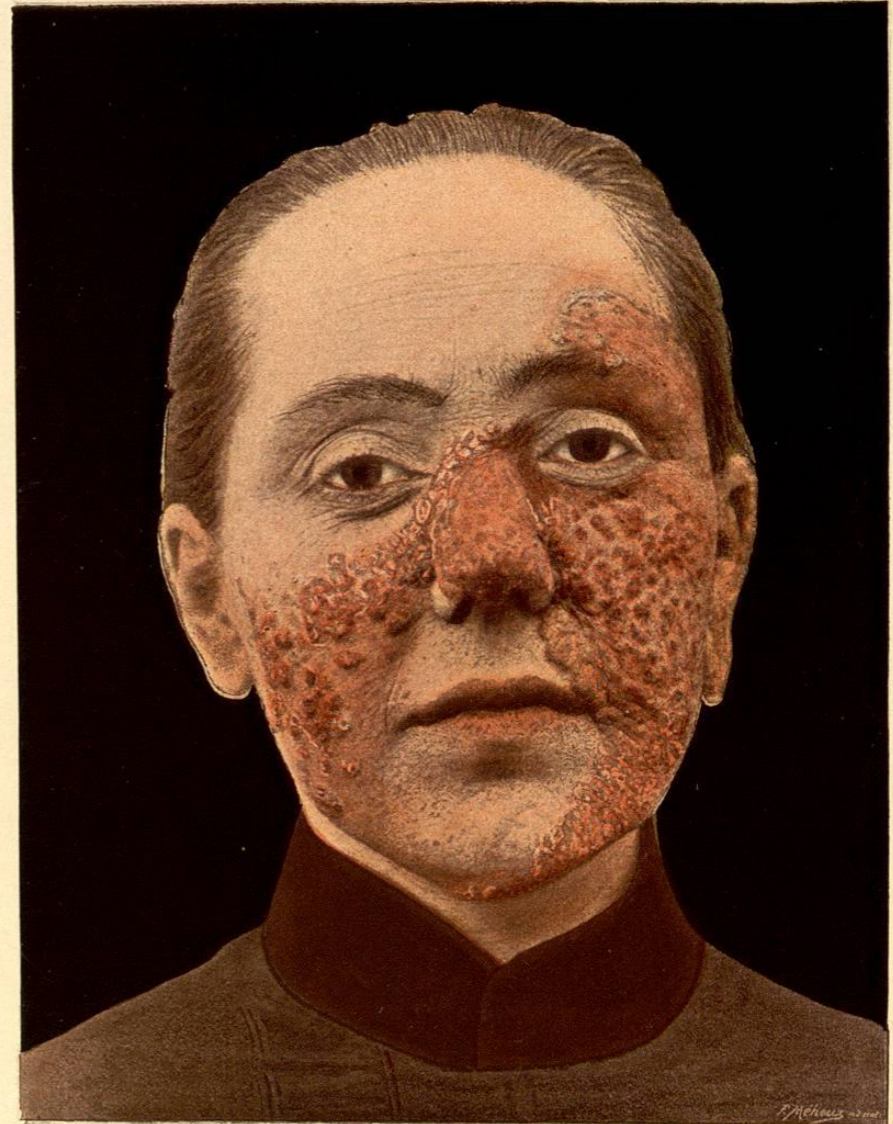
Spontanément, en l'absence de tout traitement, le lupus vulgaire,  
à la date de longtemps, présente des traces de sclérose se manifestant  
à la périphérie des tubercules, et les étouffant peu à peu. Elle est  
plus ou moins marquée suivant les cas. Le tissu de sclérose ne  
contient pas de fibres élastiques et est excessivement pauvre en  
vaisseaux. Il s'étend aussi loin que le lupus lui-même, c'est-à-dire,  
jusqu'à la papille dermique, jusqu'à l'hyperderme. La fibrose  
est plus marquée dans les lupus ulcéreux que dans les lupus papuleux et  
dans les lupus tuberculeux.

On trouve aussi des épithéliomas qui  
peuvent être considérés comme des lupus anciens; leur structure  
est celle des épithéliomas ordinaires. Elle s'explique par les  
lésions épithéliales qui se produisent fatalement dans les lupus  
anciens.

On a aussi étudié l'éléphantiasis secondaire à  
la tuberculose. On observe une sclérose excessivement  
marquée, une atrophie des lymphatiques, et une hypertrophie  
des vaisseaux sanguins. Le fait important est alors  
l'existence de la tuberculose, jusque dans la profondeur  
des tissus, jusque dans les os.

Le lupus ulcéreux est constitué par des lésions  
de nature tuberculeuse, de cellules altérées, et des  
vaisseaux sanguins dilatés, hémorragiques, en somme,  
par une tuberculose ulcéreuse. En quelques endroits,  
on trouve des cellules géantes, des cellules géantes  
qui ont été attribuées à la tuberculose, mais qui sont  
en fait des cellules géantes de nature tuberculeuse. Enfin, nous  
avons vu que dans les lupus ulcéreux, on trouve toujours des lésions  
de nature tuberculeuse.

(1) Voir les observations de M. F. D., juin 1895.)



Librairie J.-B. Baillière et fils.

LUPUS TUBERCULEUX

microscopiques du lupus vulgaire et celle du lupus érythémateux est un argument capital en faveur de la nature tuberculeuse de ce dernier.

SYMPTÔMES. — LUPUS DE LA PEAU. — Le type du lupus est fourni par le lupus tuberculeux simple ; mais, comme toute lésion tuberculeuse authentique, le lupus offre, à la fois, tendance à la caséification centrale des follicules élémentaires et à la sclérose périphérique.

Dès que l'une de ces tendances s'exagère, le lupus se modifie : il prend le caractère ulcéreux ou le caractère scléreux. Dans le premier cas, sa marche est plus rapide, son pronostic plus grave. Les formes scléreuses, en général lentes, sont bénignes et susceptibles de guérison spontanée.

Nous aurons à distinguer un lupus non ulcéreux et un lupus ulcéreux ; chacun d'eux présente des formes multiples.

I. **Lupus non ulcéreux.** — A. *Forme plane.* — Le *nodule lupique* est une lésion dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un grain de chènevis ; s'il atteint des proportions plus considérables, c'est par coalescence ou inflammation de voisinage ; enchâssé dans le derme, il forme un relief, ordinairement appréciable, parfois élevé, parfois complètement nul ; sa couleur, d'un rouge jaunâtre, a été comparée surtout à celle du sucre d'orge ; il ne s'affaisse qu'incomplètement sous la pression ; il s'accompagne d'une certaine *translucidité colloïde* (E. Besnier) tout à fait particulière (Planche IX) ; ce nodule est de *consistance* molle, et résiste mal à la dilacération ; quand plusieurs éléments coalescent, le doigt qui presse leur surface y reconnaît une mollesse tout à fait semblable à celle des fongosités (E. Besnier). Ce nodule saigne abondamment sous l'influence des traumatismes accidentels ou chirurgicaux.

Habituellement indolent, il devient le siège, lorsqu'on le comprime, de sensations pénibles, qui, au dire des malades, ont des caractères particuliers et indéfinissables.

Le tubercule lupique, ainsi décrit, est pathognomonique de l'affection ; il en permet à lui seul le diagnostic et a d'autant plus d'importance à ce point de vue qu'on l'observe surtout bien dans les formes initiales, dans les très petites plaques limitées des joues. Il est classique, pour le mieux voir, de graisser la surface cutanée d'une couche de vaseline, qu'on essuie du doigt, puis de tendre la peau ; on peut encore, suivant le procédé d'Unna, déprimer la surface cutanée à l'aide d'une plaque de verre : la rougeur hyperémique s'efface ; les nodules lupiques persistent et se voient aisément. On les retrouve encore dans les cas anciens, au milieu des cicatrices où ils révèlent la repullulation. Parfois, ils ont un aspect vitreux ; il s'agit alors d'une forme très rare à éléments en général isolés (*lupus colloïde* de Leloir).

Tantôt les éléments sont disséminés, tantôt ils s'agglomèrent en

plaques dont la couleur générale est d'un rouge sombre ou violacé dû à la congestion persistante. Les éléments disséminés peuvent être très nombreux et envahir toutes les parties du corps; chez un malade de Besnier, il existait 40 de ces foyers et leur nombre s'est élevé à 140 dans un cas de Leloir (1).

L'élément lupique peut rester indéfiniment petit et enchâssé dans le derme.

Toutes ces formes du tubercule et leur groupement répondent aux variétés suivantes : *lupus disséminé*, *lupus agminé*, *lupus plan*.

D'autres modifications sont à signaler. Dans le *lupus angiomateux*, la vascularisation peut être aussi prononcée que celle d'une tumeur érectile. Parfois, à une phase de dilatation vasculaire généralisée, succède une période où certains vaisseaux disparaissent, tandis que d'autres deviennent variqueux (Majocchi). — Des squames peuvent masquer les lupomes, et il est nécessaire de les enlever pour faire le diagnostic : c'est le *lupus psoriasiforme*; on l'observe de préférence aux membres. Jamais il n'existe de croûtes épaisses dans le lupus non ouvert, non suppurant. — La rétention des produits glandulaires a été invoquée pour expliquer la présence habituelle des corpuscules de *milium* jusqu'à ce que Philippson ait rattaché ceux-ci à des altérations épidermiques n'intéressant pas les glandes.

Le *lupus érythémato-tuberculeux* de Besnier, *érythématoïde* de Leloir, représente cliniquement une transition entre le lupus de Willan et celui de Cazenave. On l'observe à la face, rarement au cou, sur le tronc, et surtout sur les membres (2). L'aspect général est celui du lupus érythémateux; la surface est rouge, froncée, déprimée, cicatricielle; on y trouve des télangiectasies; mais la margination est peu régulière; s'il y a des squames, elles sont moins épaisses que celles du lupus érythémateux, moins dures, moins adhérentes; l'infiltration est superficielle et non profonde et diffuse. Avec une minutieuse attention, et surtout en regardant les lésions comprimées au travers d'une plaque de verre, on voit des points d'un jaune rougeâtre qui ont l'apparence des tubercules lupiques et souvent sont extrêmement superficiels, ce qui les rend difficiles à reconnaître (Dubreuilh) (3). Comme dans le lupus de Cazenave, les lésions sont souvent symétriques et dessinent un papillon. On peut observer (Leloir) la coexistence de placards purement érythémateux; le siège au cuir chevelu n'est pas très exceptionnel [2 cas sur 14, (Leloir)].

L'évolution de ces formes simples, et en particulier de la dernière, est des plus lentes; les lupiques de la classe pauvre n'arrivent à

(1) BESNIER, Réunions de l'Hôpital Saint-Louis, 1888.

(2) Un malade montré par Danlos à la Société de dermatologie en mai 1899, atteint de lupus disséminé, présentait l'aspect clinique de ce lupus mixte sur tout le corps (L.).

(3) DUBREUILH, Journ. de méd. de Bordeaux, 1894, p. 25; anal. par DOYON, Ann. de Derm., 1895.

l'hôpital que des années après le début de l'affection; on peut voir une petite plaque persister sans modification sur une joue pendant dix, vingt ans. L'accroissement se fait chaque année, au printemps surtout; on observe des poussées qui se traduisent d'abord par la congestion des lésions existantes avec phénomènes douloureux (du Castel); puis, apparaissent de nouveaux éléments autour du placard d'agmination, soit en contact direct, soit à quelque distance. Au centre, les éléments plus anciens se modifient peu à peu; on les voit moins distinctement, dans un tissu plus dur qui tend à se décolorer par la disparition des vaisseaux; ils sont plus petits, mais gardent leur couleur propre. La tendance à la guérison spontanée est ainsi manifeste; le lupus peut disparaître et être remplacé par une cicatrice (*lupus sclérosé* de Leloir); ce n'est là cependant qu'une trêve et, après un laps de temps plus ou moins long, de nouveaux nodules se développent dans la cicatrice ou à sa périphérie (1). Plus fréquemment, les progrès continuent à la périphérie; ils y sont même plus rapides que ne l'est la sclérose au centre, et celle-ci est rarement parfaite; malgré son développement, les tissus sous-cutanés sont envahis lentement en totalité, d'où la tuméfaction qu'on constate, en particulier aux joues, dans les lupus anciens et étendus.

Le lupus érythématoïde peut, par exception, guérir spontanément (Leloir); d'autre part, certains lupus, après une période longue où leur progression a été très lente, peuvent prendre une marche rapide.

Les plis cutanés principaux offrent à l'extension du lupus une résistance qui n'a pas, croyons-nous, été remarquée. Nous ne pouvons l'expliquer que d'une manière : ces plis séparent des territoires lymphatiques indépendants, et le lupus, qui s'étend peu à peu dans l'un, passe difficilement à l'autre (L.).

L'invasion du pourtour des orifices naturels est une complication grave; ils sont condamnés à l'atrésie par rétraction de la peau; du reste, les muqueuses sont toujours envahies dans ce cas. Signalons, comme faits rares, le lupus de la conjonctive qui envahit peu à peu l'œil, et le lupus du conduit auditif externe.

A la fin, le masque envahi prend un aspect repoussant qu'on observe particulièrement chez certains malades réfugiés dans les hôpitaux : Les lèvres et les narines, atrophiées, sont partiellement ou en totalité détruites; les paupières sont rétrécies en même temps qu'est survenu un ectropion amenant un larmolement incessant; les joues sont le siège d'atrophies qui les rétractent en sens divers; les pavillons des oreilles peuvent contracter adhérence avec la peau sous-jacente et être englobés avec elle dans un même tissu de cicatrice; les cornées, n'étant plus protégées contre le contact de l'air par le jeu des paupières, s'enflamment, deviennent opaques et peuvent se perforer.

(1) HALLOPEAU, Des trêves dans les manifestations de la tuberculose (III<sup>e</sup> Congrès pour l'étude de la tuberculose, 1895).

Le réseau lymphatique de la face est complètement envahi; il peut en résulter un véritable état éléphantiasique. Les gencives, le palais et le voile, le larynx même sont atteints. Les ganglions qui, à l'origine, ont arrêté les bacilles, grossissent, suppurent parfois; de plus lointains sont envahis, et, de plus en plus, le malade est menacé d'une infection générale.

Ces accidents s'observent dans les lupus les plus simples, à marche lente, lorsque le diagnostic n'a pas été fait et la thérapeutique n'a pas été mise en œuvre à une période hâtive de l'évolution.

Le lupus non ulcéreux que nous venons de décrire est surtout un lupus des joues; au centre de la face, les caractères objectifs sont souvent différents; la forme ulcéreuse y est commune. Au cuir chevelu, le lupus est très rare; il s'y traduit par des placards cicatriciels à périphérie rouge; on y trouve des granulations lupiques, et souvent des ulcérations et des croûtes (Neisser).

On peut l'observer aux membres et sur le tronc avec ses caractères typiques.

B. *Forme élevée*. — Elle peut être constituée par des saillies nodulaires isolées et volumineuses, ayant d'ailleurs tous les caractères des nodules lupiques. D'autres fois, il se produit une tuméfaction en masse dans laquelle on distingue le nodule caractéristique.

Il se forme alors des saillies hémisphériques, *d'autant plus molles qu'elles sont plus élevées*; elles n'ont plus constamment la couleur sucre d'orge; quelquefois leur teinte est d'un rouge sombre; elles peuvent être entourées de téléangiectasies. Comme les éléments enchassés, ces saillies peuvent être isolées, ou cohérentes. Ces formes molles, et les formes végétantes, s'accompagnent d'une réaction inflammatoire beaucoup plus marquée que ne le font les formes planes: elles constituent le *lupus exubérant et hypertrophique*. Le *lupus myxomateux* de Leloir n'est qu'une variété de la forme exubérante qui offre des caractères histologiques spéciaux (Voy page 471).

II. **Lupus ulcéreux**. — L'ulcération du lupus peut être *primitive* ou *secondaire*. Un lupus, primitivement non ulcéreux, peut le devenir à un moment donné, en totalité ou en partie. Les ulcérations s'observent surtout au moment où il atteint les orifices naturels, le nez, la bouche. Parfois, elles restent superficielles: ce sont alors des complications locales qui modifient seulement les caractères objectifs, mais l'évolution naturelle du lupus n'est pas troublée; parfois, l'ulcération accompagne un changement complet, non seulement dans l'aspect, mais encore dans la marche des lésions, et le lupus, secondairement ulcéreux, présente l'allure grave qui appartient à certaines formes de lupus ulcéreux d'emblée.

Les *ulcérations lupiques* ont des caractères communs qui ont été exposés d'une manière remarquable par du Castel: leur forme est ronde ou ovalaire; leurs bords sont taillés en pente douce; parfois

ils bourgeonnent; parfois, la peau y est légèrement décollée. Les tissus, extrêmement mous, qui entourent l'ulcère ont, dans une étendue variable, une coloration violacée ou sucre d'orge. Souvent ils se tuméfient lorsque les ulcérations sont multiples; ils dépassent ainsi le niveau des régions saines. Le fond des ulcérations est gris jaunâtre, rouge pâle, ou brunâtre, toujours irrégulier, parfois bourgeonnant. La mollesse du tissu est extrême et s'étend profondément; on peut le dilacérer en tous sens, avec un instrument tranchant, sans rencontrer la moindre résistance. Ce tissu saigne avec une extrême facilité. La sécrétion des ulcérations est puriforme plutôt que purulente, et se concrète en croûtes parfois minces, de couleur claire, parfois épaisses, et mêmes rupioïdes. Ces croûtes adhérentes peuvent être enchassées dans la peau comme un verre de montre dans son cercle (du Castel).

Parfois, les ulcérations bourgeonnent largement, le lupus ulcéreux est en même temps *végétant*. Au visage, la tuméfaction qui en résulte, coïncidant avec des ulcérations et des atrophies, peut donner lieu aux déformations les plus étranges (1): tel est le lupus en groin, signalé par l'un de nous (H.), dans lequel la déformation est due surtout à une tuméfaction énorme des lèvres coïncidant avec une destruction presque complète du nez. La mollesse excessive du tissu, d'autant plus grande que l'état végétant est plus marqué, distingue ces formes du lupus scléreux, où le tissu est dur. Il ne s'agit pas alors, comme dans le lupus scléreux, de papillomes, de prolifération épithéliale; on a affaire à un tissu bourgeonnant, dénudé, de la plus grande mollesse; entre les bourgeons existent des fosses parfois profondes; les croûtes qui les recouvrent sont dues à une sécrétion puriforme peu abondante, mais perpétuelle.

Lorsque ce lupus siège au niveau de la jambe, celle-ci devient *éléphantiasique* et forme un cylindre massif où les saillies naturelles du cou-de-pied ont disparu (du Castel). Les intervalles interdigitaux du pied peuvent être comblés, et les orteils, noyés dans la masse œdémateuse, peuvent n'être plus représentés que par l'ongle. La peau, en de nombreux points, offre un aspect verruqueux: elle est alors hérissée de saillies dures, arrondies, peu élevées, formant le *lupus corné* de Vidal. Ces lésions saignent aisément, s'ulcèrent; on peut observer la formation secondaire de brides fibreuses.

Ces mutilations des orteils en amènent l'impotence fonctionnelle.

Parfois, mais rarement, le membre supérieur, envahi par ce lupus, offre également de l'éléphantiasis (Poncet, Thibierge).

L'éléphantiasis lupique peut augmenter sous l'influence de poussées d'érysipèle vulgaire: il reconnaît alors une origine mixte.

Des croûtes plus épaisses, imbriquées, feuilletées, s'élevant parfois

(1) HALLOPEAU et JEANSELME, *Sur un cas probable de lupus ulcéreux et végétant coïncidant avec une déformation en groin de la face* (S. F. D., 1895).

régulièrement en masse les unes au-dessus des autres, caractérisent le *lupus conchyliode*. Elles sont peu adhérentes, et peuvent se détacher en masse ; on trouve alors une sécrétion liquide, abondante, foncée et d'aspect sale. Les ulcérations sont plus larges, plus régulières dans leur ensemble ; ce sont déjà de petites gommés, et il existe toutes les transitions avec les gommés tuberculeuses de la peau que nous étudierons plus loin, ce qui fait la valeur du terme *lupus tuberculo-gommeux* proposé par Besnier.

Le *lupus conchyliode* peut s'observer sur le tronc où il prend la forme serpentineuse et envahir de très larges surfaces, mais il est plus fréquent sur les membres. Cette forme a le plus souvent une marche excentrique, progressant à la périphérie, guérissant au centre (*lupus serpentineux*), mais non d'une manière définitive, car l'on voit habituellement de nouveaux nodules se régénérer, çà et là, dans le tissu de cicatrice. Il existe alors une zone d'envahissement, représentée par une série de croûtes rangées sur une ligne courbe, répondant à des ulcérations cratériformes, suintantes ; le fond est toujours mou, mais l'épaisseur est beaucoup moindre sur les membres que sur la joue. Tantôt les croûtes sont au contact les unes des autres, tantôt elles sont isolées sur les bords du placard cicatriciel et comprises dans la concavité de la ligne qui marque la limite de l'invasion.

Parfois, les lésions conchyliodes des membres sont distinctes les unes des autres ; elles débutent par des nodosités dermiques et sont comparables à des gommés ; elles s'étagent même sur la longueur du membre en suivant les lymphatiques. L'adénopathie est alors considérable.

La lymphangite, latente ou non, peut être l'origine de nouveaux placards lupiques ; d'autres sont consécutifs aux auto-inoculations. Le nombre des placards tuberculeux peut ainsi devenir considérable.

Les cicatrices se forment spontanément là où les lésions sont le plus anciennes ; elles sont d'abord violacées, puis minces, décolorées, avec quelques brides irrégulières, superficielles ; elles n'adhèrent pas généralement aux parties profondes ; on peut y trouver, comme nous venons de le dire, des éléments lupiques non ulcérés de nouvelle formation.

C'est là, du reste, le caractère commun des cicatrices dans le *lupus ulcéreux* ; à la face, où les lésions ont été toujours plus profondes, on les observe de même blanches et pourvues de brides, mais les brides sont plus épaisses, rétractiles, et la cicatrice peut rappeler celle d'une brûlure. Comme toute cicatrice tuberculeuse, elle est très exposée à la transformation chéloïdienne, se traduisant par des bourrelets durs, saillants.

Le *lupus ulcéreux profond* est une forme fréquente ; sous des croûtes très irrégulières, accumulées sur une épaisseur variable, on

trouve des végétations dont nous avons indiqué plus haut la nature. Un tel aspect s'observe surtout à l'extrémité du nez, qui s'hypertrophie, parfois dans une grande étendue ; la dégénérescence tuberculeuse s'étend à toute la moitié inférieure, et gagne en profondeur ; lorsque la marche est rapide, on peut voir le nez prendre un aspect érysipélateux, et la teinte rouge sombre s'étendre ; celle-ci est limitée par un bourrelet, moins marqué cependant que dans l'érysipèle. Ultérieurement, la lèvre supérieure est tuméfiée et envahie, elle double ou triple de volume, devient irrégulière, sensible et molle, sans que pendant longtemps la peau paraisse atteinte ; puis l'extension se fait du côté des joues. Les gencives sont fongueuses, exubérantes.

Le *lupus ulcéreux profond* de la région nasale est un de ceux où le début par la muqueuse paraît le plus évident, et il n'est pas rare de voir, à son début, des croûtes limitées à l'orifice des deux narines, sans que la peau paraisse atteinte ; or, quand on enlève les croûtes, on voit des lésions évidentes et graves de la muqueuse nasale. Du reste, l'extension se fait au plancher des fosses nasales, et les lésions du pharynx, ainsi que les lésions du palais, sont communes.

Certains faits, qui peuvent rentrer dans le groupe du *lupus ulcéreux profond*, méritent, par leur évolution, une description à part. On donne le nom de *lupus térébrant*, *lupus vorax*, à ceux où l'extension en surface est assez rapide, et surtout où l'extension en profondeur est considérable, où l'œdème, l'hypertrophie dermiques sont marqués, et qui détruisent le tissu cellulaire, les muscles, les cartilages, les os même, si l'on n'intervient.

Ces formes de *lupus* débutent par les muqueuses, ou par la peau ; dans ce dernier cas, l'origine est souvent une pustulette ecthymatoïde (forme pustuleuse). A la période d'état, des croûtes masquent souvent les destructions profondes ; à leur limite, on trouve un tissu mou, d'un rouge-livide ; au-dessous, existe une sécrétion puriforme, très abondante.

Aux membres, le *lupus vorax* détermine la chute des phalanges et même des doigts (*lupus mutilant*).

Le *lupus phagédénique*, plus rare, est encore plus redoutable que le *lupus vorax* ; grâce à sa marche beaucoup plus rapide, continue, plus aiguë, il provoque des lésions destructives des plus graves, envahissant les muqueuses plus rapidement encore que la peau, détruisant le nez, le squelette palatin, s'étendant en continuité vers le pharynx et le larynx même, coexistant en général avec une poussée tuberculeuse généralisée. Cette forme relie le *lupus* à la tuberculose aiguë ulcéreuse de la peau.

LUPUS DES MUQUEUSES. — Au cours du *lupus* de la face, le *lupus* de la face interne des lèvres et celui des gencives sont fréquents, presque d'observation banale : ils déterminent un état bourgeonnant irrégulier : les saillies anormales sont à peine plus rouges que la muqueuse

voisine, mais excessivement molles, et saignent avec la plus grande facilité. A la langue, les dents peuvent se dénuder, se déchausser et tomber.

Un aspect identique s'observe souvent à la *face inférieure du palais*. On trouve, dans ce cas, des végétations molles arrondies, de coloration livide, du plancher des fosses nasales; la perforation est commune. Du palais, la tuberculose lupique gagne peu à peu le voile qu'elle épaisse, déforme, et qui devient vilieux; la luvette se tuméfie, puis s'ulcère et disparaît; le voile est alors divisé en deux parties par une fissure qui s'étend jusqu'à la région osseuse.

Le *lupus de la langue* est d'observation rare. La face supérieure de l'organe offre des saillies arrondies, isolées dans les formes discrètes, parfois cohérentes et séparées par des sillons qui saignent facilement lorsqu'on étale la langue: ces saillies ont des dimensions variables qui peuvent atteindre celles d'un pois; leur surface est lisse, parfois légèrement mamelonnée; parfois, leur coloration est celle de la muqueuse voisine, ou bien pâle, blafarde, avec un aspect opalin central (Leloir). Ces lupomes sont habituellement un peu durs, mais il n'y existe aucune infiltration profonde. La sensibilité douloureuse y est nulle (1).

Le *lupus de la muqueuse nasale* est extrêmement fréquent: tantôt, les lésions sont peu apparentes, torpides, et on est surpris de constater une perforation de la cloison; tantôt, il existe un état végétant, qui coexiste avec un lupus à marche rapide de la face cutanée de l'organe et aboutit à une destruction de toute la région inférieure, si l'on n'intervient avec activité.

De la muqueuse nasale, le lupus peut s'étendre de proche en proche au pharynx et au larynx.

L'étude du *lupus laryngé* ne rentre pas dans le plan de ce livre, car elle n'appartient pas à la dermatologie, mais il ne faut pas oublier que le lupus du larynx s'associe assez fréquemment au lupus facial, que l'affection est lente, torpide, ne se révèle pas cliniquement parce qu'elle se limite pendant des années à l'épiglotte sans amener d'ulcération (Marty), et que l'examen laryngoscopique doit être fait chez tout lupique.

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE LUPIQUE. — Les lésions élémentaires de la *syphilis tertiaire*, les *tubercules syphilitiques*, sont des lésions de couleur sombre, non translucides, plus volumineuses que n'est, en général, le tubercule lupique; elles sont résistantes au doigt et à la dilacération; la pression n'y provoque aucune sensibilité anormale; souvent, ces tubercules se groupent, dessinent des formes à évolution centrifuge; le lupus peut déterminer sur les membres des dessins analogues, mais, dans les cicatrices syphilitiques, on ne

(1) Leloir, *Traité de la scrofulo-tuberculose*. — DARIER, A. D., 1896.

trouve aucun élément qui rappelle le lupome. Les formes tuberculo-ulcéreuses de la syphilis déterminent des pertes de substances nettement dessinées, régulières; leur fond n'est pas fongueux, mou, saignant au moindre contact comme celui des ulcérations lupiques.

Le diagnostic des lésions tuberculeuses et hérédo-syphilitiques de la peau est fondé sur les mêmes caractères.

Et cependant, malgré toutes les différences qui séparent les lésions lupiques des lésions syphilitiques, le diagnostic peut être ambigu dans certains cas, et ne peut être tranché par l'analyse objective. Si les commémoratifs, les caractères des lésions muqueuses coexistantes, des cicatrices anciennes ne permettent pas de le poser d'une manière ferme, le traitement d'épreuve sera institué. Quoique le lupus puisse être amélioré par des injections de calomel, il n'est pas prouvé qu'il puisse guérir complètement, au contraire des lésions syphilitiques, par cette médication. Dès que l'amélioration sera manifeste, on continuera jusqu'à ce qu'elle s'arrête ou jusqu'à guérison totale.

L'examen histologique, souvent décisif, ne l'est pas toujours et, dans le doute, il sera utile d'inoculer au cobaye des fragments volumineux prélevés par biopsie.

Les ulcérations dues aux *épithéliomes* de la face présentent un fond résistant et un ourlet dur; dans les cas difficiles, l'examen microscopique permet toujours de reconnaître l'épithéliome. Mais, quelquefois, il se développe sur un lupus ancien: les caractères de cette complication ont été déjà exposés.

Le *lupus érythémateux* est formé par des lésions sèches à surface croûteuse; les croûtes sont adhérentes; la forme des placards est régulière. Si l'on vient à graisser la surface des lésions avec de la vaseline, on ne constate aucun tubercule sucre d'orge, mais des télangiectasies; le tissu n'est pas mou, ni dilacérable. Il existe des faits de transition que nous avons décrits.

La dureté des lésions du *rhinosclérome*, si différente de la mollesse des lésions lupiques du nez, la présence de lésions cicatricielles palatines, permettent de reconnaître cette maladie.

La *farcinose mutilante* du centre de la face est facilement confondue avec le lupus à cause de sa rareté; les caractères objectifs des ulcérations permettent de soupçonner le diagnostic, et particulièrement leur suppuration profuse, constante, fluente, comme huileuse, et leur indolence, rapprochées des anamnestiques, mais on n'est en droit de l'affirmer qu'après cultures ou production de la vaginalite suppurative après injection intrapéritonéale du liquide suspect.

L'*actinomyose* faciale s'accompagne souvent d'une lésion dentaire ou osseuse qui représente la porte d'entrée; les lésions ulcérées y sont entourées d'une masse profonde, dure, résistante; elles donnent du pus

séreux où l'on peut trouver des grains jaunes : il n'y a pas de tubercules comme dans le lupus, pas d'adénopathies. (L.)

### TUBERCULE ANATOMIQUE

Le tubercule anatomique est une tuberculose inoculée que l'on rencontre surtout aux mains et particulièrement sur les faces dorsales du pouce et de l'index qui sont plus exposées aux contaminations. Il succède à une plaie qui, tantôt se cicatrise pour végéter et s'ulcérer ultérieurement, tantôt persiste et n'a d'autre caractère propre que l'écoulement indéfini d'un pus séreux, tantôt s'enflamme rapidement et se complique de suppurations superficielles ou profondes auxquelles fait suite la néoplasie, tantôt enfin devient bientôt le siège d'une ulcération primitive ou consécutive à la formation d'un nodule saillant. La suppuration se concrète en une croûte au-dessous de laquelle se développe une cicatrice qui prend peu à peu un aspect vilieux. Peu à peu, les bords s'indurent, des saillies rouges, plus ou moins foncées, apparaissent. A leur période d'état, les lésions se caractérisent par une agglomération de villosités consistantes, serrées les unes sur les autres, peu élevées, indurées; leur teinte rouge sombre est d'habitude masquée par des croûtes cornées; leur sommet peut former piqueté noirâtre. Ces lésions constituent une masse qui s'élève brusquement au-dessus de la peau saine, à peine entourée à sa base par une fine aréole congestive; la peau peut présenter quelques fissures suintantes à la base des villosités. Le centre peut guérir alors que les villosités se propagent excentriquement (1).

Régulièrement, le tubercule anatomique ne provoque pas de douleurs spontanées, mais la pression en est douloureuse. C'est généralement une affection bénigne, malgré sa durée souvent fort longue, et sans retentissement ganglionnaire; il peut cependant devenir le point de départ d'une lymphangite gommeuse ascendante; il peut aussi gagner en profondeur, intéresser le squelette et s'y propager avec une remarquable puissance d'infection (2); l'un de nous a vu la tuberculose ainsi inoculée envahir progressivement tout le squelette de l'avant-bras, malgré des amputations successives, et finalement s'étendre aux vertèbres et amener la mort (H.).

Manifestement, le tubercule anatomique peut offrir une virulence et des caractères cliniques très divers suivant la source dont il émane, suivant la profondeur à laquelle a pénétré l'agent de contamination et suivant aussi que les tissus traversés constituent des terrains plus ou moins favorables au développement du contagion. Ces considérations sont applicables à toutes les inoculations tuberculeuses, dont

(1) A. BROCA, *Traité de chirurgie*, 1890.

(2) VERNEUIL, *Acad. de méd.*, 1884. — HALLOPEAU, *Congrès de Londres*, 1896.

les résultats sont éminemment variables puisque les caractères des néoplasies qu'elles engendrent permettent de les rattacher, tantôt à la forme qui vient d'être décrite, tantôt au lupus vulgaire, tantôt au lupus scléreux ou verruqueux, tantôt à la tuberculose scléreuse, tantôt aux infiltrations gommeuses distribuées sur le trajet des lymphatiques ou disposées en groupes serpigneux.

On peut ranger à côté du tubercule anatomique certains cas de tuberculose verruqueuse observés à la paume de la main (Heller et Hirsch), à l'anus (Doutrelepont). Entre le tubercule anatomique et la forme de Riehl et Paltauf, que nous allons décrire, on trouve des intermédiaires; c'est ainsi que certains tubercules anatomiques, en s'accroissant, offrent l'affaissement central qui peut s'observer dans cette forme.

Cependant, on peut noter que le tubercule anatomique s'étend surtout en profondeur, et peut se compliquer de tuberculose du squelette, tandis que la tuberculose verruqueuse s'étend surtout en surface. (H.)

### TUBERCULIDES SCLÉREUSES

Il faut bien distinguer des lupus sclérosés les *tuberculides scléreuses* où la sclérose existe dès le début de l'affection, déterminant d'emblée certains aspects cliniques, et où l'on ne trouve pas le nodule typique. C'est une forme commune de la tuberculose des membres et du tronc; nous avons vu cependant qu'il n'est pas rare d'observer dans ces mêmes régions le lupus vulgaire.

Les lésions de ces tuberculides scléreuses, toujours plus superficielles que celles du lupus vulgaire, s'en distinguent surtout par la présence, à la périphérie des îlots tuberculeux et dans leur trame, de fibrilles denses, fines, aplaties; dans l'intervalle des îlots, le tissu conjonctif est condensé, les vaisseaux sont en voie de sclérose et d'oblitération.

La tuberculide scléreuse est régulièrement *papillomateuse*; le corps muqueux végète vers la profondeur et la superficie et simultanément la couche cornée s'hypertrophie. L'infection est facile, d'où la présence commune de petits abcès papillaires et d'amas leucocytiques en plein corps muqueux, riches en cocci. La tuberculose de Riehl et le lupus scléreux ont la même structure fondamentale (Darier). On sait que le tubercule anatomique est constitué d'une manière analogue.

Ces formes de tuberculose, au contraire de la tuberculose lupique vulgaire, contiennent régulièrement des bacilles colorables, parfois en grand nombre, surtout dans le type Riehl.

La **tuberculose de Riehl et Paltauf** (1), dans sa forme typique,

(1) RIEHL et PALTAUF, *Vierteljahresschrift für Derm. und Syph.*, 1886.

s'observe sur le dos des mains et des poignets; elle se présente sous la forme d'une plaque papillomateuse, arrondie ou ovale, dont le volume peut atteindre celui d'une pièce de cinq francs, de couleur livide; sa surface est revêtue de croûtes cornées, apparentes, plus ou moins épaisses, dures, sensibles à la pression.

En général, on peut en faire sourdre, de place en place, de fines gouttelettes purulentes, surtout à la périphérie, où Riehl et Paltauf décrivent une couronne régulière de pustules que l'on a rarement l'occasion d'observer. Les lésions sont souvent fissurées. Dans une étroite zone, autour de la plaque papillomateuse, la peau est d'un rouge violacé, parfois brillant.

Plus tard, survient une période de régression où le centre s'affaisse, où les saillies disparaissent, où le placard prend l'aspect cicatriciel et parfois peut guérir en grande partie; mais il ne faut pas compter sur ce résultat qui n'est d'ailleurs jamais complet. La tuberculose de Riehl-Paltauf peut être le point de départ d'une invasion viscérale; quelquefois, la progression de la tuberculose se révèle à l'œil nu par une lymphangite et au palper par l'adénopathie du coude, de l'aisselle, de l'aîne.

L'état de la sensibilité est le même que dans le tubercule anatomique.

La variété décrite sous le nom de **lupus scléreux** par Vidal, dans laquelle on peut ranger la forme précédente qui en est simplement un cas particulier, est surtout une tuberculose des membres; Brocq l'a observée par exception au cuir chevelu. A la périphérie, les lésions sont en activité: on y voit des végétations minces, dures, bien ou mal isolées les unes des autres, recouvertes de squames adhérentes, de croûtes, formant une masse violacée qui repose sur un tissu épais et lardacé. Les lésions ont souvent une couleur rouge: là où les squames sont abondantes, leur coloration est grisâtre. Le tissu morbide est dur; quelquefois, il existe des points de suppuration. L'évolution des lésions est des plus lentes; souvent, elles s'affaissent dans les régions où elles ont débuté; elles peuvent même guérir complètement au centre, tandis qu'elles progressent à la périphérie. On peut voir, à la périphérie, des foyers pustuleux, comme dans la tuberculose de Riehl.

Ces lésions, comme Leloir l'a démontré, peuvent pénétrer très profondément, et l'anatomie pathologique explique ainsi les déformations qui les accompagnent, au membre inférieur en particulier.

#### TUBERCULIDES GOMMEUSES

Synon. : *Scrofuloderme des Allemands.*

Les gommages tuberculeuses ont des caractères identiques, qu'elles soient à l'origine dermiques ou hypodermiques; mais la marche de

ces dernières est beaucoup plus lente; elles sont plus volumineuses, se ramollissent plus lentement et n'adhèrent parfois à la peau qu'après un temps fort long (1).

La gomme, à son début, se traduit par une induration; si elle est superficielle, elle détermine une rougeur foncée de la peau, sans élévation de température locale, sans douleur; parfois, elle est un peu sensible à la pression; puis, sa consistance diminue, tandis que sa masse augmente; à la fin, c'est une poche liquide où la fluctuation est des plus faciles à percevoir; parfois, la poche n'est pas pleine et la peau se déprime à la surface; au doigt, on trouve assez souvent, à la périphérie, une zone indurée, due à l'extension latérale des lésions; l'abcès grandit ainsi, progressant sur ses bords, se liquéfiant au centre. La peau devient de plus en plus violacée et de plus en plus mince; après un temps fort long, elle s'ouvre par une ulcération irrégulière qui s'agrandit. Le pus est tout à fait différent du pus phlegmoneux des abcès chauds; c'est un liquide granuleux, jaunâtre, parfois filant, sirupeux (2).

L'ouverture s'agrandit par ulcération des bords; ceux-ci sont déchiquetés, amincis ou bourgeonnants, de couleur sombre; souvent, le pus s'amasse en croûtes qui les recouvrent en totalité ou en partie et peuvent même obstruer passagèrement l'ouverture.

La peau décollée s'élimine dans certains cas et laisse à découvert une ulcération fongueuse, bourgeonnante, recouverte d'un détritus sanieux reposant sur un tissu excessivement mou; cette ulcération est susceptible de s'agrandir, d'où des destructions de tissu importantes. Mais, dans ce cas, on a en général affaire à plusieurs gommages voisines les unes des autres et se confondant à un moment donné. Les ulcérations se réunissent alors en une véritable caverne cutanée, anfractueuse, à loges multiples, couverte en partie sur ses bords par la peau décollée.

Parfois, des ulcérations d'origine gommeuse ont un autre aspect et simulent des ulcères de toute autre nature, tels que l'ulcère variqueux, le chancre phagédénique (Doutrelepont).

La réparation spontanée des lésions ne se fait qu'en un temps très long; il reste un tissu cicatriciel où l'on retrouve indéfiniment la marque des ulcérations; ce tissu est induré, souvent chéloïdien en totalité ou par places; sa couleur, rouge à l'origine, ne devient blanche que très lentement, et, sur le trajet irrégulier des ulcérations dont les bords se sont accolés, on voit des bourgeons charnus, inégaux, qui se recouvrent peu à peu d'épiderme.

Les gommages tuberculeuses de la peau s'observent surtout à la

(1) BESNIER, art. GOMMES SCROFULEUSES du *Dict. encyclopédique*. — BRISAUD et JOSIAS, *Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1879.

(2) Il existe cependant des gommages ganglionnaires où le pus a les caractères du pus vulgaire, est formé de leucocytes polynucléaires et contient en très grand nombre des bacilles de Koch (Leredde).