

se fait lentement. On pratiquera ensuite une cautérisation des tissus au nitrate d'argent (on peut, comme le fait Besnier, faire suivre l'application du crayon d'un attouchement au crayon de zinc pur).

Toxithérapie. — L'un de nous (H.) a renoncé, depuis les expériences faites à Saint-Louis, en 1890-1891, par tous les chefs de service réunis, à l'usage de la tuberculine en injections hypodermiques (1). Ce n'est pas que ce traitement n'ait produit, chez plusieurs malades, de notables et durables améliorations (2), mais elles n'ont pu être considérées comme suffisantes pour compenser les dangers; chez d'autres sujets, les accidents provoqués par cette médication ont été le point de départ d'une telle aggravation dans l'état de cachexie tuberculeuse qu'on a pu lui attribuer la terminaison fatale (3). Il ne semble pas que les modifications apportées dans la préparation du produit aient donné des résultats de nature à modifier cette impression.

Mais, on peut se demander si l'emploi local de ce même agent ne serait pas suffisant pour agir efficacement, tout au moins sur le lupus ulcéreux. Dans le courant de l'hiver dernier, Hirschfelder a traité, dans le service de l'un de nous (H.), plusieurs cas de lupus par la préparation qu'il appelle *oxy-tuberculine*, et qui n'est autre que la tuberculine modifiée et très atténuée dans son activité par une ébullition prolongée. Il résulte de ses observations que l'emploi de ce topique amène le plus souvent, pendant quelques jours, une amélioration, parfois des plus frappantes, mais que bientôt il devient inactif. Encouragé par ce résultat, l'un de nous (H.) emploie actuellement, en applications permanentes, la tuberculine préparée à l'Institut Pasteur, en l'étendant de 2 parties d'eau; elle provoque rapidement une réaction avec rougeur, tuméfaction et foyers de suppuration, qui oblige, au bout de peu de jours, à en cesser l'usage; sous l'influence de cette médication, les tubercules lupiques s'affaissent notablement; on revient aux applications locales dès que la réaction est calmée. Nos expériences sont de date encore trop récente pour que nous puissions dire s'il y a là, réellement, une médication utile. Unna emploie des préparations de savon à la tuberculine.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Tout malade atteint de tuberculides bacillaires, même sans aucune lésion pulmonaire, doit être traité, comme tout tuberculeux, par la suralimentation, l'aération continue, prolongée pendant des mois et des années. L'huile de foie de morue,

(1) É. BESNIER, *Note sur la méthode de Koch, appliquée au traitement des tuberculoses tégumentaires* (S. F. D., 1891). — HALLOPEAU, *Sur l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch* (S. F. D., 1891).

(2) HALLOPEAU, *Sur la persistance des effets curatifs de la tuberculine chez deux malades atteints de lupus* (S. F. D., 1891).

(3) HALLOPEAU, *Sur un cas de mort et un cas d'ophtalmie grave consécutifs à l'emploi de la lymphe de Koch* (S. F. D., 1891).

l'arsenic, la créosote et ses dérivés, constituent encore aujourd'hui les principaux agents du traitement interne. (L.)

TOXI-TUBERCULIDES

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

Synon : *Lupus de Cazenave. Ulérythème centrifuge (Unna).*

DÉFINITION, NATURE ET PATHOGÉNIE. — On désigne, depuis Cazenave, sous le nom de *lupus érythémateux*, une dermatose caractérisée surtout par un *érythème avec infiltration dermique suivie d'atrophie*; elle avait été vue antérieurement par Bateman et Rayner, puis décrite par Bielt en 1828; Hebra la dénomma *séborrhée congestive*. Avec Hutchinson, Besnier, Boeck et la plupart des dermatologistes français, nous considérons cette dermatose comme une manifestation de la tuberculose; cette notion domine toute son étiologie: elle est encore cependant des plus controversées (1).

Les arguments que l'on invoque en sa faveur peuvent être résumés ainsi qu'il suit: a) la tuberculose est souvent héréditaire dans les familles des sujets atteints de cette dermatose; b) on trouve souvent des lésions concomitantes d'origine ou de nature tuberculeuse; il faut mentionner particulièrement ce fait que, très fréquemment, on voit coexister, avec le lupus érythémateux, des cicatrices d'abcès ganglionnaires ou des adénopathies atteignant les ganglions auxquels aboutissent les lymphatiques de la région cutanée malade; la nature tuberculeuse de ces adénopathies a été plusieurs fois constatée [Hallopeau et Jeanselme (2), Leredde (3)]; c) il n'est pas rare de voir coïncider le lupus érythémateux avec le lupus vulgaire; c'est ainsi qu'il faut interpréter les faits décrits par Leloir sous le nom de *lupus érythématoïde*, dans lesquels un examen minutieux permet de reconnaître des nodules de lupus vulgaire dans des éruptions qui offrent d'ailleurs tous les caractères cliniques du lupus érythémateux; d) on a constaté plusieurs fois l'existence de lésions nettement tuberculeuses dans des foyers de lupus érythémateux (Audry, Leredde); e) le lupus érythémateux réagit, non constamment, mais parfois de la manière la plus évidente, comme l'un de nous (H.) a pu personnellement s'en assurer, sous l'influence de la tuberculine, et l'on observe alors aussi bien une réaction locale qu'une réaction générale; f) les malades atteints de cette variété de lupus meurent aussi

(1) BESNIER et DOYON, *loc. cit.* — LELOIR, *J. des mal. cut. et syph.*, 1892. — RENOARD, *Thèse de Paris*, 1886. — HALLOPEAU, *Congrès de Londres*, 1896. — HALLOPEAU, *Sem. méd.*, 1898. — LEREDDE, *Les tuberculides cutanées* (Sem. méd., 1899).

(2) HALLOPEAU et JEANSELME, *II^e Congrès de la tuberculose*, 1891.

(3) LEREDDE, *S. F. D.*, 1894.

ou plus souvent de tuberculose pulmonaire que ceux qui ont un lupus vulgaire; g) les poussées de lupus érythémateux peuvent être accompagnées de poussées de tuberculose pulmonaire (Kaposi).

Les objections qu'on a faites à cette manière de voir sont les suivantes: 1° certaines statistiques conduisent à considérer comme rare la coïncidence du lupus érythémateux avec la tuberculose. (Ces statistiques sont en opposition avec celles de l'hôpital Saint-Louis, et aussi avec celles de Bœck qui a constaté l'existence de la tuberculose 28 fois sur 42 cas de lupus érythémateux); 2° c'est en vain que l'on recherche les bacilles de Koch dans cette dermatose; 3° ses inoculations donnent constamment des résultats négatifs (1).

Ces derniers faits ont une valeur incontestable: ils prouvent que dans ce lupus, l'agent infectieux ne se comporte pas comme celui de la tuberculose vulgaire et qu'il en diffère aussi au point de vue morphologique. L'un de nous (H.) a été conduit, en tenant compte de l'ensemble de ces faits, à une hypothèse qu'il a formulée au troisième Congrès international de dermatologie: le lupus érythémateux est lié au développement d'une forme élémentaire de tuberculose distincte de celle que produit le bacille de Koch; cette forme de tuberculose engendre des toxines distinctes de celles que sécrète ce bacille, d'où les différences dans la réaction des tissus et les caractères histologiques; ces toxines, en se répandant dans la circulation, donnent lieu aux éruptions transitoires de la forme aiguë disséminée.

Resterait à trouver la forme microbienne nouvelle. Mais est-il bien nécessaire de faire cette hypothèse? Les faits ne peuvent-ils s'expliquer suffisamment, conformément aux vues de Bœck, par le transport à distance de toxines émanées de foyers de tuberculoses bacillaires, et plus particulièrement, des adénopathies tuberculeuses que l'on voit si souvent coexister avec cette forme de lupus? Nous considérons aussi cette opinion comme admissible (H.). Le lupus érythémateux se distinguerait, il est vrai, des autres toxi-tuberculides, par sa progression excentrique; mais l'iodisme bulleux et végétant peut suivre une marche analogue (H.); elle n'est donc pas nécessairement subordonnée à une prolifération microbienne: on peut comprendre ainsi la genèse de cette dermatose jusqu'ici si énigmatique. En tout cas, cette théorie toxinique s'applique en toute évidence aux éruptions pseudo-exanthématiques de ce lupus (2).

(1) Brocq tend à considérer seulement comme tuberculeuse la forme caractérisée par sa localisation unilatérale ou asymétrique, sa profondeur et son évolution lente (*lupus érythémateux fixe*); l'autre forme, qu'il désigne sous le nom d'*érythème centrifuge symétrique*, est remarquable par sa superficialité et son extension rapide. Il y a trop d'intermédiaires entre ces deux formes pour qu'une pareille distinction nous semble justifiée.

(2) H. HALLOPEAU, *Étude de maladies et de moulages à l'hôpital Saint-Louis au point de vue des toxi-tuberculides* (IV^e Congrès de la tuberculose et Tribune médicale, août 1898).

Cette interprétation a l'avantage de concilier les arguments invoqués en faveur de la nature tuberculeuse avec l'absence du bacille de Koch dans les tissus (1).

Le lupus érythémateux débute rarement dans l'enfance et dans la vieillesse; il paraît plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

La forme aiguë a été observée jusqu'ici surtout chez des jeunes femmes.

SYMPTÔMES. — Le lupus érythémateux est au plus haut degré polymorphe; nous distinguerons une *forme aiguë disséminée* et une *forme chronique*; celle-ci présente diverses variétés.

1° **Forme aiguë disséminée pseudo-exanthématique.** — Elle est de beaucoup la plus rare: décrite pour la première fois par Kaposi (2), elle a été depuis lors observée maintes fois, particulièrement par E. Besnier et par l'un de nous (3); elle peut survenir chez des individus atteints de lupus érythémateux chronique. Elle débute par l'apparition, le plus souvent au visage, de taches lenticulaires qui rapidement s'étendent excentriquement et atteignent plusieurs centimètres de diamètre; disséminées sans ordre sur la région, elles sont d'un rouge vif, très légèrement saillantes; au début, elles peuvent être très prurigineuses. Bientôt les plaques éruptives, continuant à s'agrandir, deviennent, par places, confluentes: la plus grande partie du visage peut se trouver ainsi progressivement envahie; le cuir chevelu peut l'être également et l'on constate alors que les cheveux deviennent plus grêles et tombent par places. L'éruption atteint simultanément ou successivement le tronc et les membres; elle est toujours constituée par des taches érythémateuses à progression excentrique, ne dépassant pas au début les dimensions

(1) Les conclusions du rapport de Kopp au Congrès scientifique allemand (1899) sur cette difficile question peuvent être résumées ainsi qu'il suit: « Il y a des cas, avec nécropsie, de lupus érythémateux où l'on n'a pas trouvé trace de lésions tuberculeuses; ces faits établissent que cette maladie n'est pas de nature tuberculeuse; d'autre part, on voit beaucoup de cas dans lesquels les sujets ont été atteints concurremment de tuberculose: on ne peut décider s'il y a là une simple coïncidence. » Kopp tend cependant à admettre pour ces cas la théorie toxinique; il y aurait alors à distinguer du lupus érythémateux une toxi-tuberculide qui le simulerait. Nous répondons: le lupus érythémateux est une maladie nettement déterminée au point de vue clinique; il constitue une espèce morbide dans laquelle on ne peut établir de séparation; les cas dans lesquels le lupus érythémateux évolue indépendamment de toute altération tuberculeuse concomitante peuvent être interprétés dans le sens d'une manifestation unique de cette infection; ils sont en désaccord avec la théorie toxinique, et en faveur de la première hypothèse formulée par l'un de nous (H.), celle d'un contagion distinct du bacille de Koch; il est possible cependant que des lésions tuberculeuses aient échappé aux investigations les plus minutieuses; il peut en être ainsi particulièrement pour celles qui occupent les cavités de la face et sont peut-être, d'après l'un de nous (L.), le point de départ habituel des différentes espèces de lupus (H.).

(2) Le lupus érythémateux disséminé de Bœck (1886) n'est autre que notre tuberculide papuleuse et nécrotique (Voy. cet article).

(3) KAPOSI, *Arch. für Derm.*, 1872. — HALLOPEAU, *Sur l'évolution d'un lupus exanthématique en foyers multiples* (S. F. D., 1891). — KOCH, *Arch. für Derm.*, 1896.

d'un grain de chènevis pour atteindre, en quelques jours, celles d'une pièce de cinq francs et, par exception, de la paume de la main. Leur partie centrale est d'abord plus sombre; plus tard, elle pâlit et s'affaisse en même temps qu'il se forme un relief périphérique. Il peut se produire, dans l'aire de ces plaques, des vésicules, des bulles ou des ecchymoses. Il se fait rapidement une desquamation furfuracée qui commence par le centre de chaque plaque, au niveau duquel les téguments peuvent se trouver infiltrés et épaissis. Dans un cas, Koch a vu, à l'avant-bras et aux extrémités digitales, survenir secondairement des ulcérations qui se sont étendues jusqu'aux muscles.

Les sièges de prédilection de cette éruption sont le visage et les mains. La face peut être intéressée dans la plus grande partie de son étendue; il y reste cependant presque toujours des parties saines: c'est ainsi que le pourtour des narines et le pli mentonnier peuvent demeurer indemnes. Sur le cuir chevelu, l'éruption est habituellement plus disséminée sous forme de plaques irrégulièrement circulaires. Au cou, les plaques confluentes peuvent former comme une cravate et descendre au-devant du thorax: nous les avons vues, ainsi que Besnier, en occuper toute la partie supérieure et descendre entre les seins. Sur les autres parties du tronc, ces altérations sont plus disséminées. Les membres peuvent être envahis dans toute leur hauteur, mais c'est à leurs extrémités que l'éruption est d'ordinaire la plus confluyente; les faces palmaires et dorsales des mains présentent de nombreuses plaques éruptives que l'on retrouve également sur le dos des poignets; elles sont moins abondantes sur les faces plantaires des orteils.

L'éruption procède par poussées successives qui peuvent s'accompagner d'une réaction fébrile intense, généralement rémittente. Les plaques éruptives passent par diverses phases: leur vive coloration initiale devient plus sombre dans leur partie centrale, puis elle s'atténue progressivement, tout en prenant une teinte livide; elle peut devenir ecchymotique; la dépression centrale aboutit parfois à la formation d'une petite cicatrice très superficielle.

D'autres éléments éruptifs peuvent apparaître en même temps que les précédents: ce sont, tantôt des papules grosses comme des grains de chènevis et disposées en séries linéaires, tantôt des plaques ortiées; les ganglions sont tuméfiés.

Les poussées successives s'accompagnent de vives sensations prurigineuses; elles peuvent se renouveler pendant plus d'une année.

On a vu se produire, dans les parties ainsi successivement envahies, un certain degré de sclérose dermique, particulièrement aux extrémités digitales: les téguments ne peuvent plus alors être plissés que difficilement sur les parties saines.

Parfois, les plaques anciennes ne sont plus représentées que par des macules brunâtres, parsemées de points décolorés.

Cette éruption s'accompagne, dans quelques cas, de phénomènes très prononcés d'asphyxie locale; on l'a vue également se compliquer d'arthropathies.

Des plaques de lupus érythémateux chronique peuvent se développer aux lieux et places des précédentes et persister après leur disparition.

Besnier a décrit, sous le nom de *lupus iris*, une variété caractérisée par un cercle érythémateux entourant un anneau plus pâle et, au centre, par un plateau pâle et squameux. Ici, la desquamation peut être crétaquée. Lorsque plusieurs de ces plaques iriennes deviennent confluentes, il en résulte la formation de plaques polycycliques.

La forme aiguë peut prendre un caractère des plus graves, s'accompagner de tuberculose pulmonaire, de néphrite albumineuse, d'adynamie et entraîner la mort en quelques semaines (1); si le sujet résiste, il peut demeurer albuminurique (Besnier).

On a vu cette forme maligne envahir toute la face en simulant un érysipèle (érysipèle perstans de Kaposi).

Les adénopathies de voisinage atteignent parfois des dimensions considérables et deviennent nettement tuberculeuses.

2° Formes chroniques. — On peut, d'après l'aspect des lésions, en distinguer deux principales: l'une *lisse*, l'autre *squameuse*. Les squames se produisant surtout aux dépens des orifices pilo-sébacés, la seconde forme mérite le nom de *folliculaire*, que lui a donné Besnier.

L'une et l'autre ont pour caractère essentiel d'être représentées par des placards curvilignes qui s'étendent excentriquement en même temps qu'ils se dépriment, s'atrophient et souvent prennent l'aspect cicatriciel dans leur partie centrale.

A. Forme lisse. — Les placards qui la constituent sont d'une coloration rouge qui varie des tons clairs aux tons livides; on peut en distinguer quatre variétés, sous les qualifications de *plane*, *hypertrophique*, *végétante* et *asphyxique*: celle-ci a été décrite sous le nom de *lupus pernio*.

a. *Variété plane.* — Elle se présente sous la forme de disques généralement arrondis, s'étendant excentriquement; leur périphérie reste plus colorée; leur centre peut pâlir et prendre un aspect cicatriciel; il se produit fréquemment une légère desquamation. Ces placards, comme toutes les variétés de lupus érythémateux, siègent le plus ordinairement sur le dos du nez, le milieu des joues et les oreilles;

(1) Il n'existe pas jusqu'ici d'autopsie de lupus érythémateux aigu où l'on ait constaté d'une manière certaine l'absence de tuberculose. Dans le cas de Koch, on a trouvé, à l'autopsie, une « broncho-pneumonie récente », ainsi que des ulcérations du palais, du larynx et du vagin. La nature de ces lésions n'a été étudiée ni au point de vue histologique, ni au point de vue bactériologique (L.)

mais cette distribution est cependant moins habituelle dans ces formes lisses que dans les formes squameuses dites crétacées. Les placards érythémateux sont parfois circonscrits à un côté du visage; d'autres fois, presque toute la face se trouve atteinte; il reste cependant des intervalles de peau saine, particulièrement au pourtour des ailes du nez et de la bouche, ainsi qu'au menton.

La répartition des lésions n'est pas toujours symétrique; on voit, chez certains sujets, l'érythème des joues s'interrompre brusquement pour faire place à de la peau saine.

Cette forme érythémateuse lisse peut se transformer en lupus érythémateux folliculaire. Sa durée est toujours longue, et elle laisse généralement, à sa suite, des atrophies avec achromie indélébiles.

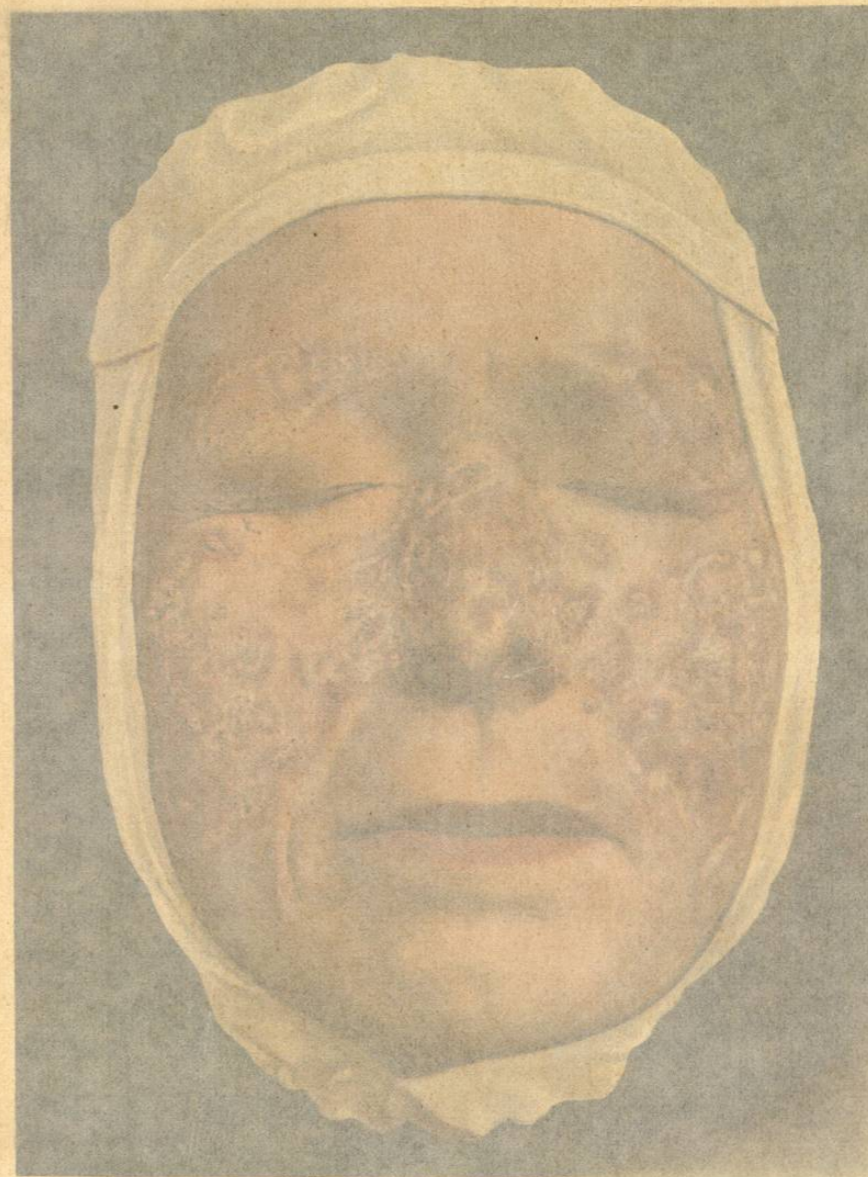
b. *Variété hypertrophique.* — Elle diffère de la précédente par une tuméfaction d'apparence œdémateuse des parties sous-jacentes aux placards vascularisés. La plus grande partie de la face peut se trouver ainsi envahie. Le pseudo-œdème est plus prononcé quand la lésion occupe les paupières et les lèvres.

c. *Variété végétante.* — Les surfaces érythémateuses sont hérissées de petites saillies mamelonnées, légèrement indurées, rosées, parfois comme translucides; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis.

d. *Variété asphyxique (lupus pernio).* — Remarquable par sa ressemblance avec les engelures, elle est caractérisée par une coloration livide, violacée, avec tuméfaction du tégument, persistant des années en s'exagérant pendant la saison froide, s'accompagnant d'excoriations, d'escarres superficielles et donnant lieu, au niveau et en dehors de ces dernières altérations, à une atrophie cicatricielle de la peau. On y remarque des dilatations folliculaires (Besnier, Tenneson). Concurrément ou consécutivement, on voit se produire d'habitude des placards de lupus érythémateux folliculaire, exceptionnellement des nodules de lupus vulgaire.

Ce lupus asphyxique intéresse d'ordinaire, en premier lieu, les pavillons des oreilles, pour envahir ensuite successivement le nez et les parties voisines des joues, le dos des mains, les doigts et la partie inférieure de la face dorsale des avant-bras. Souvent, il s'accompagne de téléangiectasies. Il détermine, lorsqu'il occupe les extrémités digitales, des dystrophies des ongles qui se traduisent par l'amincissement de ces organes avec aspect dépoli et inégalité de leur surface.

B. *Forme squameuse.* — La desquamation, qui se présente à titre d'épiphénomène peu accentué dans la forme lisse, prend dans celle-ci, considérée objectivement, une importance prépondérante. Les squames y sont remarquables par leur adhérence aux parties sous-jacentes; ainsi que nous l'avons indiqué déjà, elles sont surtout prononcées autour des orifices pilo-sébacés; elles peuvent se super-



Librairie J.-B. Baillière et fils.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

mais cette distribution est cependant moins habituelle dans ces formes lisses que dans les formes squameuses dites crétacées. Les placards érythémateux sont parfois circonscrits à un côté du visage; d'autres fois, presque toute la face se trouve atteinte; il reste cependant des espaces de peau saine, particulièrement au pourtour des yeux, de la bouche, ainsi qu'au menton.

La répartition du loup a été par toujours symétrique; on voit, dans quelques cas, l'éruption des plaques interrompre brusquement son développement.

Le loup érythémateux lisse peut se transformer en loup érythémateux folliculaire. Sa durée est variable, quelquefois elle est généralement, à sa suite, des atteintes aux articulations articulaires.

b. *Variété hypertrophique.* — Elle diffère de la précédente par une modification d'apparence œdémateuse des parties sous-jacentes aux placards vascularisés. La plus grande partie de la face peut se trouver ainsi envahie. Le pseudo-œdème est plus prononcé quand la lésion occupe les paupières et les lèvres.

c. *Variété squameuse.* — Les surfaces érythémateuses sont hérissées de petites papilles mamelonnées, légèrement indurées, rosées, parfois granuleuses. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois.

Le loup érythémateux folliculaire est remarquable par sa répartition qui est généralement circonscrite par une coloration érythémateuse, persistant des jours à des semaines, pendant la crise froide, s'accompagnant d'indurations folliculaires et donnant lieu, au niveau et au dehors de ces follicules altérés, à une atrophie cicatricielle de la peau. On y remarque des dilatations folliculaires (Besnier, Thomson). Concurrément ou consécutivement, on voit se produire quelquefois des placards de loup érythémateux folliculaire, exceptionnellement des nodules de loup vulgaire.

Les lésions intéressent d'ordinaire en premier lieu, les articulations, et spécialement le coude, les doigts et le poignet. Elles se traduisent par une tuméfaction des os. Souvent, il s'accompagne de douleurs, surtout quand il occupe les extrémités digitales. Les lésions cutanées se traduisent par l'amaigrissement, l'atrophie, le poli et l'inégalité de leur surface. Elles sont le plus souvent accompagnées d'une inflammation, qui se présente à titre de complication, et qui se présente à titre de complication, sous la forme lisse, prend dans les formes hypertrophiques une importance prépondérante. Les lésions cutanées sont adhérentes aux parties sous-jacentes, et elles sont surtout caractérisées par leur persistance et se super-



Librairie J.-B. Baillière et fils.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX CHRONIQUE

poser de manière à former des saillies plus ou moins considérables ; parfois, leur aspect devient *crétacé* ; elles coexistent avec un certain degré d'infiltration du derme ; celle-ci peut devenir prédominante, et l'on se trouve alors en présence de la variété décrite par l'un de nous (H.) sous le nom de *végétante* (1). Cette forme végétante peut se compliquer de suppurations folliculaires successives et destructives (H.).

Le lupus érythémato-squameux, ainsi que nous l'avons indiqué déjà, occupe de préférence le visage, mais on l'observe également sur le cuir chevelu, aux extrémités et, d'une manière générale, sur toute la surface du corps.

Les caractères des éruptions de lupus se modifient suivant les régions où elles se localisent. Nous allons étudier successivement ces différentes localisations.

Au cuir chevelu, les plaques sont circulaires ou disposées en bandes curvilignes ; l'atrophie y est précoce (Besnier) ; elle coïncide avec une alopécie indélébile. Les parties malades sont déprimées et souvent recouvertes de squames minces et très adhérentes. Suivant l'âge de l'altération, sa couleur est pigmentée ou blanche : dans le premier cas, on peut trouver la plaque entourée par une zone plus pâle de tissu sain ; le plus souvent, cette zone périphérique est plus ou moins pigmentée ; ces plaques craniennes sont habituellement multiples.

Le *lupus érythémato-squameux du visage* constitue la forme la plus habituelle de la maladie. Ses lieux d'élection sont le dos du nez, les régions malaires et les oreilles. Les lésions étant d'ordinaire d'une remarquable symétrie, il en résulte un aspect particulier qui a fait donner à cette éruption le nom de *vespertilio* (Planche X). On peut voir également se produire des localisations sur les narines, le front, les paupières, les régions mastoïdiennes. A côté de ces formes symétriques, il convient d'en mentionner d'autres où les altérations restent au contraire limitées à une partie unilatérale du visage. La marche des altérations est essentiellement lente et à progression excentrique. Au début, c'est une élévation du volume d'un grain de chènevis, d'une coloration variant du rouge clair au brun foncé ou violacé ; elle se recouvre, dans sa partie centrale, d'une squame mince et très adhérente, qui est plus épaisse autour des orifices pilo-sébacés dilatés. Bientôt, la lésion s'étend excentriquement en même temps qu'elle se déprime dans sa partie centrale : le développement se fait d'ordinaire régulièrement sur tout le pourtour de la lésion qui prend ainsi un aspect discoïde ; d'autres fois, au contraire, le développement est irrégulier et l'on voit se dessiner des placards curvilignes représentant, soit un fragment de cercle, soit une parabole ; la partie périphérique de la lésion est plus colorée et infiltrée ; elle représente la zone d'extension sous forme d'un rebord plus ou

(1) HALLOPEAU, *Sur un lupus érythémateux végétant* (S. F. D., 1893).

moins prononcé, qui est entouré ou non d'une aréole érythémateuse ou fortement pigmentée en brun sombre. L'aire de la surface ainsi circonscrite peut rester malade et recouverte de concrétions squameuses, parfois très saillantes et d'aspect crétaqué; d'autres fois, cette aire est redevenue lisse et a repris sa couleur normale; plus souvent, elle est déprimée, décolorée et présente un aspect cicatriciel; la lésion n'est alors en activité qu'à la périphérie, où elle revêt la forme d'un rebord généralement peu ou point saillant, d'un rouge variant du clair au sombre, criblé de dilatations sébacées au niveau desquelles se trouvent des squames adhérentes et plus ou moins saillantes; ces bourrelets peuvent être disposés en fragments de cercles dessinant des figures polycycliques dans les lieux d'élection; la plus grande partie de la face est souvent occupée par ces lésions. Dans notre variété végétante, les plaques éruptives offrent un aspect papillomateux; elles sont hérissées de saillies mamelonnées que séparent des sillons; elles peuvent être légèrement indurées, rosées, et comme translucides; leur volume dépasse parfois celui d'un grain de chènevis.

On observe encore une autre variété de lupus érythémateux (1) du visage: elle peut être dite *acnéique, destructive et suppurative* (H.). Les dépressions cicatricielles y sont profondes; les bourrelets qui les entourent forment une saillie relativement considérable; les dilatations des orifices sébacés y atteignent des proportions énormes; contrairement à la règle, les folliculites y aboutissent à la suppuration. Lorsque la lésion intéresse le lobule de l'oreille, on peut juger de sa puissance destructive par ce fait qu'elle amène quelquefois la division presque complète de cet appendice ainsi que sa disparition partielle.

Le *tronc* reste le plus souvent indemne; l'un de nous (H.) a vu cependant un lupus érythémateux chronique, à larges placards polycycliques, envahir tout le haut de la région thoracique sur une surface mesurant plus de 30 centimètres transversalement sur 13 verticalement; un rebord infiltré et pigmenté y représentait encore une zone d'extension; l'aire de cette énorme plaque était formée de tissu de cicatrice sur lequel tranchaient quelques îlots encore en activité.

Les *membres* sont parfois intéressés dans toute leur étendue; les extrémités supérieures sont beaucoup plus souvent atteintes que les inférieures; la face dorsale des mains est un siège d'élection. Les placards n'y diffèrent généralement pas de ceux qui ont été décrits au visage; il faut noter seulement la coexistence fréquente de dystrophies unguéales.

Les *paumes des mains* peuvent être complètement envahies. L'un de nous les a vues, avec J. Monod (2), présenter une coloration rouge pâle

(1) HALLOPEAU et GUILLEMOT, *Sur un cas de lupus érythémateux acnéique de forme destructive avec suppurations folliculaires* (S. F. D., 1895).

(2) HALLOPEAU et Jacques MONOD, *Sur deux cas de lupus érythémateux à localisations anormales* (S. F. D., 1895).

uniforme avec aspect cicatriciel; on y remarquait de nombreuses dépressions atteignant jusqu'à 2 millimètres de diamètre et représentant des orifices sudoripares considérablement dilatés; ils étaient le centre de foyers hyperkératosiques et squameux; il y avait également de la desquamation au niveau des plis physiologiques.

L'éruption peut être exceptionnellement presque limitée aux extrémités.

Les muqueuses ne sont qu'exceptionnellement le siège du lupus érythémateux. On a signalé des localisations péniennes. Le bord libre de la lèvre est parfois lésé. Vidal a fait mouler deux plaques palatines; elles sont irrégulièrement ovalaires, de coloration rouge sombre avec reflets opalins et présentent de très petits nodules légèrement saillants; un rebord blanchâtre les entoure et en constitue la zone d'extension.

Les *troubles fonctionnels* sont généralement peu prononcés; les malades accusent cependant, d'une manière régulière, des sensations pénibles d'endolorissement lorsque les parties atteintes subissent une violence extérieure ou même un simple contact; parfois, ils éprouvent également un prurit intense: il en était ainsi pour le cas de lupus palmaire auquel nous venons de faire allusion. Les mêmes symptômes peuvent se produire dans le cas de poussées aiguës.

Il résulte de cet exposé que les localisations de ce lupus sont des plus variables: le plus souvent limitées au visage suivant la disposition qui a été indiquée, elles envahissent assez fréquemment le cuir chevelu et les extrémités digitales, rarement le haut du thorax et la continuité des membres ainsi que la muqueuse buccale; par exception, le visage peut se trouver indemne, alors que les lésions sont au contraire nombreuses sur le cuir chevelu et confluentes aux mains.

La *marche* de la dermatose est remarquable par son excessive lenteur, du moins pour la forme chronique, car la forme aiguë évolue en quelques mois pour se terminer, soit par la mort, soit par la disparition totale ou partielle des altérations. En général, les placards s'accroissent lentement, par progression de leur rebord périphérique, en même temps que leur aire se transforme en un tissu d'apparence cicatricielle avec décoloration complète. La guérison spontanée peut survenir après nombre d'années; mais, fréquemment, les sujets sont enlevés auparavant par une autre manifestation tuberculeuse, le plus souvent pulmonaire. Il n'est pas rare de voir se développer, au voisinage des placards, des adénopathies qui suppurent et dont on peut constater la nature tuberculeuse. L'un de nous (H.) a vu, plusieurs fois, la guérison complète survenir à la suite d'un érysipèle intercurrent.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les *altérations* du lupus érythémateux consistent surtout en une infiltration cellulaire généralement diffuse, dans le corps papillaire, et même dans les couches profondes du derme (Leloir). Les éléments qui la constituent sont

des leucocytes émigrés hors des vaisseaux et transformés ou des cellules fixes multipliées. Suivant Unna, il s'agit, au début, de plasmazellen; elles perdent bientôt leurs caractères; leur forme régulièrement cubique ou arrondie et leurs noyaux ovales absorbant fortement les couleurs rappellent cette origine; toutefois, il a été impossible à Buri de déceler ces éléments, et Jadassohn ne les a rencontrés qu'en très petit nombre; un fin réticulum serait, d'après Geber, interposé entre eux. Ces cellules dégèrent suivant le type granuleux ou colloïde; quelquefois, elles forment, par confluence, des masses également granuleuses ou colloïdes. Les amas cellulaires sont plus serrés au pourtour des vaisseaux et des glandes cutanées.

Il existe concurremment une inflammation des vaisseaux avec prolifération de la tunique interne; les uns sont oblitérés, d'autres dilatés; il existe des vaisseaux de néoformation; enfin, on constate fréquemment des hémorragies. Ces altérations vasculaires ont pour l'un de nous (L.) une très grande importance, car elles se retrouvent dans une série de toxi-tuberculides; elles sont encore plus marquées dans le lupus érythémateux aigu (Koch). D'après Leloir, on ne trouverait jamais, dans les foyers, de cellules géantes, mais seulement des cellules à noyaux multiples. Les observations d'Audry montrent que cette proposition n'a pas une valeur absolue; dans deux cas typiques de lupus érythémateux, il a constaté la présence de cellules géantes entourées de noyaux; le lupus érythémateux peut donc être associé à des lésions nettement tuberculeuses sans avoir les caractères cliniques du lupus érythématoïde ou mixte (1). Pour ce qui est des glandes, les avis diffèrent: l'opinion de Hebra, qui les considérait comme le point de départ des lésions, est vivement combattue aujourd'hui, mais la plupart des auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'il se fait, dans le conduit excréteur des glandes sébacées, une active génération cellulaire, tandis que, pour Unna, il n'y aurait là qu'un phénomène passif d'obstruction par des cellules et des débris épithéliaux: les caractères macroscopiques des altérations, qui ont une prédominance périglandulaire, et, particulièrement, le fait que les orifices sont manifestement les foyers d'origine des proliférations cellulaires ainsi que les altérations signalées dans les régions palmaires autour des glandes sudoripares, sont en contradiction avec la manière de voir d'Unna (H.).

Il faudrait, d'après Unna et Buri, attacher une importance capitale à la canalisation centrale des foyers cellulaires et à la formation d'un système de canaux à parois, tantôt recouvertes d'un endothélium, tantôt tapissées seulement par les cellules de l'amas cellulaire dans lequel elles se sont développées; ces foyers, humides et creusés de cavités, caractériseraient, suivant Unna, ces lupus.

(1) Voy. encore: LEREDDE, *Lupus érythémato-tuberculeux* (S. F. D., 1897).

Tous les histologistes ont du reste noté la dilatation des fentes lymphatiques.

Les cellules de l'épiderme peuvent être hypertrophiées et multipliées; les mitoses y sont rares; rarement aussi des leucocytes viennent s'interposer entre les cellules épidermiques: c'est seulement dans les cas très peu fréquents où des vésicules se sont formées. Plus souvent, on constate (Leloir) un amincissement du corps muqueux, qui disparaît parfois complètement, et une altération de la couche granuleuse (disparition de la kérato-hyaline), ainsi que du *stratum lucidum*. Les cellules malpighiennes profondes subiraient une altération colloïde. On trouve, dans les squames, des bouchons cornés qui, d'après la plupart des auteurs, proviennent des orifices glandulaires dilatés; la production de grains de milium est rapportée généralement à l'oblitération des orifices pilo-sébacés par l'épiderme proliféré.

Le lupus acnéique s'accompagne de lésions glandulaires importantes. Dans l'atrophie consécutive à ce lupus, il n'y a pas seulement résorption des tissus dégénérés, mais aussi formation d'un véritable tissu de cicatrice: Jadassohn en invoque pour témoignage la disparition des fibres élastiques.

Suivant Geber, Stroganoff, Kaposi, le lupus érythémateux commence par des lésions profondes, ce qui a été également observé par l'un de nous et rapproche le lupus érythémateux d'autres toxi-tuberculides (L.).

La recherche du bacille de Koch dans les coupes, l'inoculation au cobaye n'ont donné jusqu'ici que des résultats négatifs.

DIAGNOSTIC. — Évident dans les cas typiques, le *diagnostic* peut, dans les formes anormales, présenter les plus grandes difficultés. Celui des *formes aiguës* doit toujours être appuyé par l'examen microscopique; ces formes sont susceptibles d'être confondues avec toutes les *érythrodermies généralisées*, et particulièrement avec les *prémycosiques*: leur début par des plaques érythémateuses à progression excentrique coïncidant avec des éruptions ortiées, l'extension graduelle de la dermatose, la vésiculation, le prurit, l'aspect livide et sombre des éléments éruptifs, l'existence de plaques circonscrites d'alopécie peuvent appartenir aux deux maladies. Cependant, l'érythrodermie mycosique est disposée généralement en nappes beaucoup plus étendues; on n'y observe qu'exceptionnellement la desquamation et elle s'y fait en plus larges lambeaux; le prurit y est plus constant et beaucoup plus violent; les adénopathies y sont plus volumineuses: cet ensemble de signes facilite le diagnostic. L'examen du sang montre parfois de la leucocytose, souvent une lymphocytose.

C'est également par leur distribution en très larges surfaces que les *érythrodermies psoriasiques* se distinguent tout d'abord de celles