

doigts, le caractère acuminé des éléments, leur confluence, l'envahissement habituel du visage, empêcheront la confusion.

La *syphilide lichénoïde miliaire* en groupes se reconnaîtra à la résistance plus grande des papules, à leur couleur jambonnée, à la disposition de leurs squames, qui ne sont pas centrales mais périphériques, souvent enfin à la présence, au centre des groupes arrondis, d'une papule plus volumineuse et caractéristique.

Il faut tenir compte, au point de vue du diagnostic, de la coïncidence avec diverses manifestations de l'infection tuberculeuse.

PRONOSTIC. — Il est bénin pour ce qui est de l'affection considérée en elle-même, car elle guérit d'ordinaire facilement sous l'influence de la médication que nous allons indiquer, mais elle n'en a pas moins une signification grave, puisqu'elle révèle l'existence d'une tuberculose.

TRAITEMENT. — L'emploi extérieur de l'huile de foie de morue et le traitement général amènent d'habitude rapidement la guérison de cette éruption.

NATURE DU LICHEN SCROFULOSORUM. — La clinique a permis à l'un de nous d'établir qu'il s'agit d'une manifestation de la tuberculose (1). La disposition des papules de lichen scrofulosorum autour de foyers gommeux et lupiques, indiquant nettement leur développement par des produits émanés de ces lésions, ne peut à cet égard laisser de place au doute. Les recherches histologiques de Sack, de Jacobi, confirmées par celles de Darier, en y dénotant, d'autre part, des altérations semblables à celles de la tuberculose, leur avaient permis de conclure dans le même sens. Mais sous quelle forme agit en pareil cas l'infectieux tuberculeux? S'agit-il d'une tuberculose bacillaire ou de ce que nous appelons une toxi-tuberculide?

Les partisans de la théorie bacillaire invoquent à l'appui de leur thèse les faits suivants : 1° plusieurs auteurs, Jacobi, Haushalter, Wolff, Pellizari, ont constaté la présence de bacilles dans les éléments de cette dermatose; 2° leur structure est semblable à celle de la tuberculose bacillaire; 3° leur inoculation a donné des résultats positifs à Haushalter, à Wolff et à Pellizari; 4° leurs lésions réagissent, quatorze fois sur seize, sous l'influence de la tuberculine (Jadassohn).

Aucun de ces arguments ne nous paraît démonstratif (H.) (2) : en effet, 1° ce n'est que très exceptionnellement que l'on a trouvé des bacilles dans cette dermatose et, tout au moins, l'un des cas invoqués est des plus contestables : nous voulons parler de celui d'Haushalter, dans lequel l'éruption occupait le visage, localisation bien exceptionnelle de lichen, était non agminée, mais disséminée, et laissait des cicatrices, alors que c'est un des caractères du lichen scrofulosorum de n'être nullement destructif ; la présence de bacilles, dans des cas très excep-

(1) HALLOPEAU, *loc. cit.*, 1892, 1894, et *Congrès de Londres*, 1896.

(2) HALLOPEAU, *loc. cit.*

tionnels, ne peut d'ailleurs surprendre, puisqu'il existe nécessairement, chez le même sujet, des foyers de microbes tels que des tuberculoses cutanées, ganglionnaires, osseuses ou pulmonaires : ces bacilles du lichen scrofulosorum peuvent être considérés comme *aberrants*; 2° ce qui vient d'être dit pour les bacilles s'applique à *fortiori* aux cas plus rares d'inoculation; 3° aucun des éléments histologiques qui constituent ces papules ne peut être considéré comme caractéristique d'une altération bacillaire, car on les trouve dans des tuberculides certainement toxiques; il doit en être ainsi, car, en toute évidence, les altérations spécifiques de la tuberculose sont provoquées par les toxines qu'engendrent les bacilles et l'action de ces produits doit être la même, qu'elle s'exerce dans le voisinage ou à distance de leur élément générateur; 4° l'évolution de ce lichen diffère essentiellement de celle qui appartient aux tuberculides bacillaires : ses papules sont en effet, d'après les observations de l'un de nous (H.), toujours secondaires à des altérations tuberculeuses préexistantes; on y note l'absence presque constante de caséification et une rapide évolution rétrograde sans cicatrice consécutive; à l'encontre des bacillo-tuberculides, elles peuvent être distribuées régulièrement en de larges nappes; elles ne se multiplient pas par auto-inoculations; elles n'offrent pas la marche serpentine des bacillo-tuberculides; 5° enfin, Schweninger et Buzzi ont vu la lymphé de Koch donner lieu au développement de cette dermatose; on leur a objecté, il est vrai, qu'elle devait avoir existé auparavant chez leur sujet et avoir été seulement accentuée et mise ainsi en évidence par l'injection de tuberculine, mais c'est là une pure hypothèse. Il est donc très vraisemblable que, conformément à l'interprétation formulée par l'un de nous (H.) en 1892, *cette éruption n'est pas produite directement par des bacilles, mais bien par des toxines émanées d'autres foyers et exerçant sur les glandes cutanées et leur périphérie, peut-être en tendant à s'éliminer, une action irritante.*

TOXI-TUBERCULIDES PAPULO-ÉRYTHÉMATEUSES AGMINÉES

Ce type clinique a été décrit par l'un de nous (H.) et Laffitte en 1897 (1); il est caractérisé par l'agglomération de petites papules saillantes, d'un rouge violacé, dures, non déprimées au centre, non suppurées, reposant sur une base érythémateuse et disposées en placards multiples à contours nettement dessinés. Le centre de ces placards est lisse et déprimé; à leur périphérie, on voit un léger semis d'éléments papulo-tuberculeux de la grosseur d'un grain de chènevis ou de millet; ils disparaissent spontanément au bout de quelques semaines sans laisser de traces appréciables.

(1) HALLOPEAU et LAFFITTE, *Sur une forme papulo-érythémateuse de tuberculides* (S. F. D., 1897); moulages 1931 et 1966 du musée de Saint-Louis.

Dans un cas, ces papules ont coïncidé avec des éléments tuberculo-nécrosiques; dans l'autre, avec des gommes cutanées et des abcès froids multiples. Leur étude histologique n'a pas encore été faite.

TOXI-TUBERCULIDES PAPULO-NÉCROTIQUES

Ainsi que l'a établi César Bœck (1), c'est à Hutchinson que revient le mérite d'avoir le premier décrit cette dermatose et d'en avoir montré les relations avec le lupus érythémateux; c'était en 1879; l'année suivante, Bœck, lui-même, l'appelait *lupus érythémateux disséminé*; en 1890, Brocq, dans son traité, en fait mention sous le nom de « *Folliculites disséminées symétriques des parties glabres, à tendance cicatricielle* »; en 1891, Barthélemy en réunit plusieurs observations sous le nom de *folliclis*; plus tard, de nouveaux cas sont dénommés, par Bronson *acné varioliforme*; par Lukasiewicz, *folliculitis exulcerans*; par Pollitzer, *hydradenitis destruens suppurativa*; par Dubreuilh, *hydrosadénites suppuratives disséminées*; par Tenneson, *granulome innominé*; par Kracht, *folliculites tuberculeuses*; l'un de nous (H.) en a publié, en 1895, un fait dans lequel il y avait coïncidence avec un lupus érythémateux; il a indiqué, la même année, ses rapports possibles avec la tuberculose; Darier l'a classée parmi ses tuberculides, et l'un de nous (H.) en a étudié, avec Bureau, un nouveau cas, sous le nom de *tuberculides acnéiformes et nécrotiques* adopté depuis lors par Balzer et Leroy; si nous le modifions aujourd'hui, c'est que la ressemblance avec l'acné n'est pas constante; les rapports avec le lupus érythémateux ont été de nouveau mis en relief par Thibierge et Brocq.

Cet historique (2) montre quelles difficultés présentent pour l'étude des dénominations si multiples et si diverses appliquées à une même maladie, et comment il se fait que, de la meilleure foi, nombre d'observateurs s'imaginent avoir vu les premiers des éruptions déjà décrites depuis longtemps.

SYMPTÔMES. — Cette dermatose est constituée par la production d'infiltrations nodulaires intradermiques: leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une lentille qu'elles atteignent progressivement; leur surface est arrondie; leur couleur est d'un rouge

(1) CÉSAR BŒCK, *Les exanthèmes de la tuberculose* (A. F. D., 1898).

(2) HALLOPEAU et LE DAMANY, *Lupus érythémateux anormal, folliclis ou type morbide nouveau*, (S. F. D., 1895). — HALLOPEAU *Congrès de Londres* (loc. cit.). — DARIER, *Des tuberculides* (S. F. D., 1896). — KRACHT, *Soc. de vénér. de Moscou*, 1898. — HALLOPEAU et BUREAU, *Sur un cas nouveau de l'affection dite folliclis et ses rapports possibles avec la tuberculose* (S. F. D., 1896, p. 543 et 571). — *Sur un cas de tuberculides acnéiformes et nécrotiques* (S. F. D., 1897, p. 17 et 48). — HALLOPEAU, *Sur un nouveau cas de toxi-tuberculides acnéiformes et nécrotiques* (S. F. D., 1899).

PLANCHE XII, p. 521.



HALLOPEAU ET LEREDDE.

TOXI-TUBERCULIDE PAPULO-NÉCROTIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils.

Dans un cas, ces papules ont consisté dans des éléments tuberculo-nécrotiques; dans l'autre, avec des pommelles cutanées et des abcès froids multiples. Leur étude histologique n'a pas encore été faite.

TOXI-TUBERCULIDE PAPULO-NÉCROTIQUE

Maladie à étiologie complexe, qui revient le plus souvent à l'origine à un lupus érythémateux, et qui a montré ses caractères avec le régime de la tuberculose. L'origine tuberculeuse, d'après les auteurs, est démontrée par les observations de 1899. Rebecq, dans son travail, en fait mention sous le nom de "Folliculite disséminée ayant souvent des parties glabres, à tendance cicatricielle", en 1891. Baribélon en réunit plusieurs observations sous le nom de folliculite; plus tard, de nouveaux cas sont dénommés, par Beauvais *acné varioliforme*; par Lukasiwicz, *folliculitis exulcerans*; par Pottier, *hypodermis destruis suppurativa*; par Dubreuilh, *hypodermis suppurativa disséminée*; par Tenneson, *granulome papuleux*; par Krasnik, *folliculitis tuberculosa*; l'un de nous (H.) en a fait mention en 1903, en fait dans le tome II de son ouvrage avec un lupus érythémateux à l'origine. Le nom adopté, ses rapports possibles avec la tuberculose, l'origine des parties papuleuses, et l'un des auteurs, dans son travail, en fait mention sous le nom de *toxi-tuberculide papulo-nécrotique* adopté depuis lors par les auteurs. Le nom que nous adoptons aujourd'hui, c'est que la ressemblance avec le lupus n'est pas constante; les rapports avec le lupus érythémateux ont été de nouveau mis en relief par Thibierge et

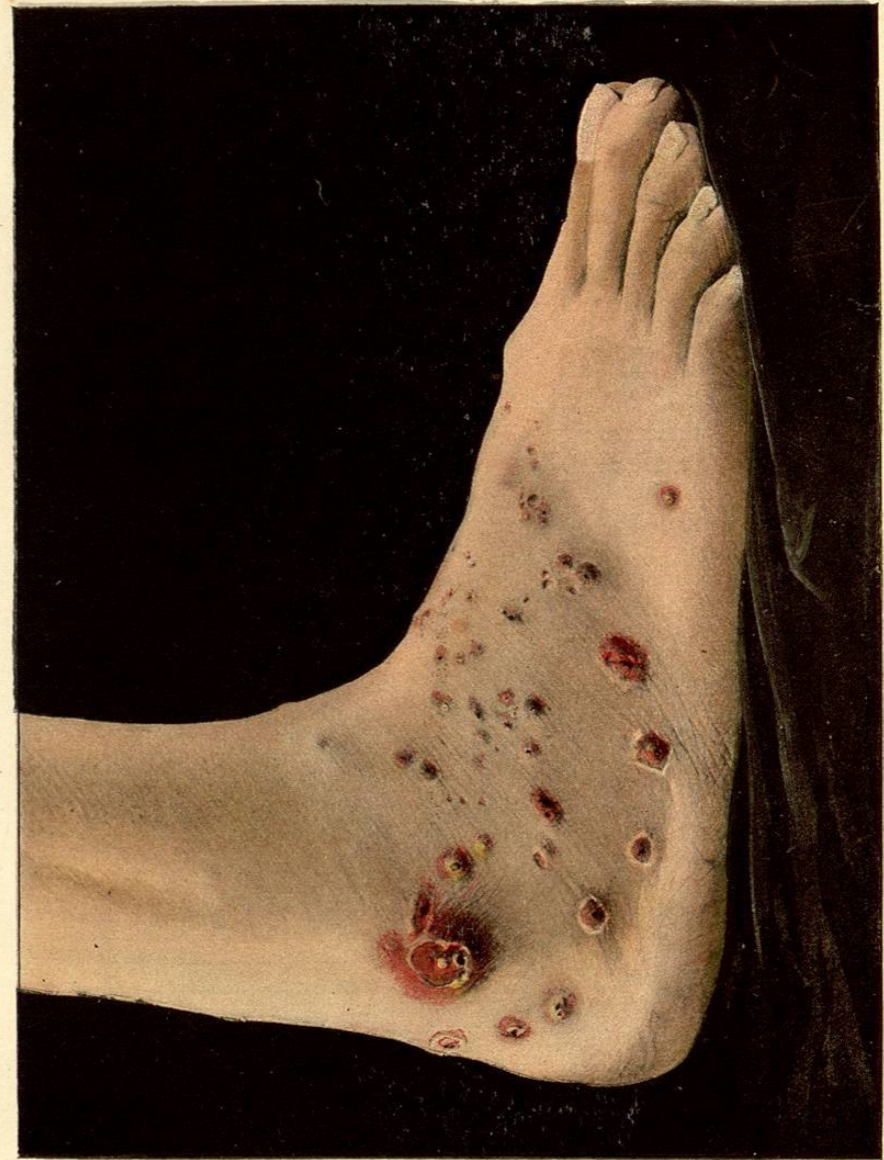
autres auteurs. Quelles difficultés présentent pour l'étude de cette maladie et si diverses applications à une même maladie. Il se fait que, de la meilleure foi, nombre d'auteurs ont pu avoir vu les premiers des éruptions déjà

produites par la production de tubercules. Les auteurs ont vu varier de cette manière les éruptions qui atteignent progressivement leur valeur est d'un rouge

de la tuberculose (S. F. D., 1897, p. 17 et 48). — Sur un cas de *toxi-tuberculide papulo-nécrotique* (S. F. D., 1897, p. 17 et 48). — Sur un cas de *toxi-tuberculide papulo-nécrotique* (S. F. D., 1897, p. 17 et 48). — Sur un cas de *toxi-tuberculide papulo-nécrotique* (S. F. D., 1897, p. 17 et 48).

PLANCHE XII, p. 521.

HALLOPEAU ET LEREDDE.



TOXI-TUBERCULIDE PAPULO-NÉCROTIQUE

Librairie J.-B. Baillière et fils.

sombre, parfois violacé; elle peut devenir livide dans les parties déclives. Elles sont entourées d'une zone inflammatoire; leur consistance est généralement ferme. Bientôt, elles deviennent le siège, dans leur partie centrale, d'un soulèvement épidermique rempli, d'abord de sérosité, puis de pus: cet exsudat se concrète en une croûte jaunâtre dans laquelle on peut distinguer des cercles concentriques. Le nodule s'ombilique, puis s'affaisse au-dessous de cette croûte qui est très adhérente. Si l'on vient à l'enlever, on voit que, de sa face profonde, se détache un prolongement en forme de cône qui pénètre dans une dépression cupuliforme sous-jacente. Ultérieurement, il se forme, en son lieu et place, une petite cicatrice: les dimensions de cette cicatrice, quelquefois égales à celles d'une tête d'épingle, ne dépassent pas, en général, celles d'un grain de chènevis; elles atteignent rarement celles d'une lentille. Leur couleur, d'abord rouge ou rosée, se pigmente en brun pour pâlir ultérieurement; leur surface est brillante; elles peuvent être entourées, dans les premiers temps, d'une aréole rouge qui desquame légèrement.

Cette éruption, habituellement indolente, peut exceptionnellement, surtout par les temps chauds, devenir le siège de pénibles sensations.

Chacun de ces éléments évolue assez lentement et met de quatre à six semaines à accomplir son cycle complet; ils se développent par poussées successives, les uns étant à l'état de cicatrices alors que d'autres débutent et que d'autres sont en pleine activité. Il est rare qu'ils avortent sans suppuration; ils peuvent devenir le point de départ de suppurations secondaires.

Ces boutons sont le plus souvent isolés; on les voit aussi cependant s'agminer en placards plus ou moins étendus; leur confluence n'est généralement pas complète.

L'éruption peut occuper toutes les parties du corps, mais elle est généralement plus abondante sur les membres (Planche XI). On voit ses boutons recouvrir surtout les faces convexes des articulations, particulièrement celles des coudes et des genoux, des poignets et le dos de celles des phalanges, soit entre elles, soit avec le métacarpe. On en a rencontré d'isolés au niveau des faces palmaires et plantaires.

Dans la continuité des membres, ils occupent principalement le côté de l'extension où ils forment des traînées verticales; Barthélemy les a vus intéresser les régions fessières.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions principales portent sur les vaisseaux; leurs parois sont épaissies; souvent ils sont oblitérés. Les tissus voisins, fréquemment infiltrés de nombreuses cellules, sont alors nécrosés en blocs.

La présence de cellules géantes et épithélioïdes est fréquente, mais non constante (Leredde); quant aux lésions glandulaires, elles sont inconstantes et secondaires; la théorie de l'idrosadénite (Giovannini, Dubreuilh) est, comme l'a démontré l'un de nous (L.), en contra-

diction avec les faits histologiques (1). De même l'acnitis n'est pas une idrosadénite. Parfois, les lésions sont superficielles et peuvent reproduire la forme du follicule pilo-sébacé (Bureau).

En raison, d'une part, de la structure de ces éléments éruptifs, de leur coïncidence avec des tuberculoses viscérales ou surtout ganglionnaires, d'autre part, de l'absence de bacilles et du résultat négatif des inoculations, nous pouvons considérer cette dermatose comme un type de toxi-tuberculide.

DIAGNOSTIC. — Le mode de groupement des lésions et les caractères tout spéciaux qu'elles présentent, notamment leur apparition par poussées successives, l'aspect des vésicules, les dépressions et les cicatrices qui leur font suite, ne peuvent laisser de place au doute.

PRONOSTIC. — Ces éruptions sont pénibles par leurs récives incessantes; elles ont une signification grave en ce sens qu'elles indiquent nécessairement l'existence d'une tuberculose qui peut exceptionnellement être latente.

TRAITEMENT. — Chaque élément éruptif doit être traité localement, soit par l'iodoforme, soit par l'emplâtre de Vigo, soit par l'application permanente d'une solution de sublimé au cinq-millième.

ACNITIS DE BARTHÉLEMY (2)

Cette affection ne semble différer de la précédente que par son siège primitivement sous-cutané; elle se traduit d'abord, on peut s'en assurer lorsqu'elle siège au tronc, par la production, dans l'hypoderme, de petits nodules durs, roulant sur le doigt comme des grains de plomb. Plus tard, l'élément devient saillant, la peau rougit, et bientôt, du centre, suinte une gouttelette de pus: elle se dessèche sous forme d'une croûte qui laisse, après sa chute, une cicatrice pigmentée, parfois déprimée. La durée de chaque élément est d'un mois environ. La face est le lieu d'élection de cette dermatose qui intéresse également les autres parties du corps.

Darier y a constaté l'existence de cellules épithélioïdes et de cellules géantes localisées autour du follicule pilo-sébacé.

L'analogie de cette éruption avec les toxi-tuberculides papulo-nécrotiques est telle que l'on est nécessairement conduit à la considérer comme étant de même nature, malgré l'absence de manifestations appréciables de la tuberculose dans plusieurs des cas publiés.

TOXI-TUBERCULIDES SUPPURATIVES DISSÉMINÉES

Ce sont des saillies superficielles, acuminées, rouges, surmontées d'une vésico-pustule. Leur volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'un grain de chènevis; elles sont souvent centrées

(1) TENNESON, LEREDDE et MARTINET, *Sur un granulome innominé* (A. D., 1896).

(2) BARTHÉLEMY, *De l'acnitis* (A. D., 1891, et S. F. D., 1899).

d'un poil et, par conséquent, péri-folliculaires; ce sont des suppurations superficielles distinctes des tuberculoses nécrotiques; on peut leur rattacher les formes décrites par Hebra sous le nom d'*acné cachecticorum* et par C. Fox sous celui d'*acné scrofulosorum*; elles peuvent survenir à la suite d'injections de tuberculine (H.); on les voit également apparaître autour de foyers lupiques; la nature tuberculeuse de cette éruption ressort des faits suivants: elle coïncide très fréquemment avec le lichen scrofulosorum; il y a concurremment diverses manifestations tuberculeuses (du Castel et Feulard en ont publié des cas). Elles se dessèchent d'ordinaire rapidement et forment ainsi des croûtes qui tombent sans laisser de traces.

TOXI-TUBERCULIDES SUPPURATIVES AGMINÉES ET PEMPHIGOÏDES

L'un de nous (H.) a décrit cette forme en 1895 (1); un fait récent de Thibierge s'y rattache; le moulage de notre malade permet de reconnaître les caractères cliniques des lésions et d'en suivre l'évolution: elles débutent par des péri-folliculites suppuratives identiques à celles qui viennent d'être décrites; bientôt, elles deviennent confluentes, et constituent alors une dermatose à caractères tout particuliers et non décrite antérieurement: elle se présente sous forme de pustulettes, d'abord isolées et entourées d'une aréole érythémateuse, se fusionnant de manière à former des placards qui s'étendent rapidement en surface, par suite du développement de nouvelles pustules, et atteignent bientôt plusieurs centimètres de diamètre; le derme s'infiltré profondément à leur niveau; leur forme est irrégulièrement arrondie ou ovalaire; leurs éléments peuvent se réunir assez intimement pour qu'il ne reste pas trace de la séparation initiale; leur surface peut être ou non exulcérée partiellement; les exulcérations sont dues au développement et à la rupture de nouvelles pustulettes, à leur périphérie ou dans leur aire; ces éléments ont tendance à se cicatrifier rapidement; l'épiderme peut être le siège, à la périphérie de ces placards, dans leur zone d'accroissement, de soulèvements bulleux d'aspect pemphigoïde. Les pustulettes initiales peuvent être centrées d'un poil; elles se sont donc développées au pourtour d'un follicule pilo-sébacé. Cette forme de tuberculose a une marche essentiellement aiguë; elle progresse constamment par la formation de nouvelles pustulettes et de nouveaux foyers; on trouve tous les intermédiaires entre les pustulettes isolées et les placards qui atteignent en quelques semaines des proportions considérables.

(1) HALLOPEAU, *Sur une nouvelle forme suppurative et pemphigoïde de tuberculose cutanée en placards à progression excentrique* (S. F. D., 1895 et 1896); moulage 1519 du musée de Saint-Louis.

Nous avons vu la partie postérieure de la jambe être ainsi envahie dans la plus grande partie de son étendue. Ces placards se multiplient rapidement et subissent non moins vite une évolution rétrograde; on peut voir, dans un même placard, des lésions en rétrocession et des lésions en activité progressive; ces dernières se présentent surtout sous la forme d'un bourrelet périphérique, parsemé de pustulettes; ce bourrelet s'affaisse dans sa partie interne, en même temps qu'il progresse excentriquement.

On peut observer concurremment des lésions de lichen scrofulosorum.

Le liquide, recueilli avec soin dans les éléments nouvellement développés, ne contient pas de microbes pyogènes; Prieur l'a constaté chez notre malade; or l'un de nous (H.) a reconnu à diverses reprises, en particulier dans un fait communiqué avec Wickham au premier Congrès de la tuberculose, qu'il peut en être ainsi dans les suppurations tuberculeuses: il semble donc que les toxines tuberculeuses puissent être, par elles-mêmes, pyogènes. Les inoculations du pus de ces tuberculides à des cobayes sont restées négatives, et il en a été de même des recherches entreprises pour y découvrir des bacilles. Si nous considérons, d'autre part, qu'il s'agissait d'un tuberculeux atteint de lésions pulmonaires qui l'ont emporté quelques mois après, et enfin que ce type clinique ne répond à aucune dermatose connue, nous sommes autorisé (H.) à en faire *une nouvelle forme de toxi-tuberculide*.

ÉRYTHÈME INDURÉ

Synon.: *Maladie de Bazin* (Hutchinson). — *Tuberculide nodulaire* (Leredde).

L'affection est constituée par des nodosités développées au niveau des membres inférieurs, débutant dans les régions profondes des téguments et aboutissant peu à peu à la surface, où elles s'ulcèrent fréquemment (1).

Elle paraît aujourd'hui être, au même titre que le lupus érythémateux lui-même, une toxi-tuberculide (Bœck, Leredde).

ÉTILOGIE. — L'érythème induré, comme le lupus érythémateux et comme le lupus tuberculeux, est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. On l'observe surtout chez des jeunes filles, après la douzième année; mais il a été signalé aussi chez l'enfant, chez l'adulte, et même à une période avancée de la vie.

La tuberculose s'est manifestée, dans plus de la moitié des cas publiés

(1) BAZIN, *Leçons sur la scrofule*. — HUTCHINSON, *Arch. of Surgery*. — BESNIER, *Réun. des méd. de Saint-Louis*, 1889. — THIBIERGE, *Semaine méd.*, 1894. — AUDRY, *A. D.*, 1898. — LEREDDE, *Tuberculides nodulaires des membres inférieurs* (*A. D.*, 1898). — MÉNEAU, *Érythème induré des scrofuleux*. Bordeaux, 1896. — THIBIERGE et RAVAUT, *A. D.*, 1899.

jusqu'ici, par des adénopathies volumineuses, suppurées ou non. La plupart des malades ont un état général mauvais, une nutrition languissante, un teint pâle, parfois de l'asphyxie des extrémités. Comme tous les malades atteints de toxi-tuberculides, ils sont sujets aux engelures.

SYMPTÔMES. — L'affection occupe toujours les membres inférieurs; des nodosités peuvent siéger en outre sur les membres supérieurs et même à la face. On constate, à la vue, des taches d'un rouge sombre ou violacé, surtout à la partie inférieure des jambes, mais également au niveau et au-dessus du mollet, parfois à la cuisse. Parfois, elles sont saillantes, et, au doigt, on constate qu'elles répondent à des nodosités dont le volume peut dépasser celui d'une noisette, nodosités dures, non douloureuses à la pression, tantôt isolées les unes des autres, tantôt cohérentes. Ces nodosités adhèrent à la peau. Simultanément, on trouve, au palper, des nodosités profondes, plus petites, comprises dans la profondeur du derme, parfois au contraire comprises dans l'hypoderme et alors mobiles sous la peau, ou bien adhérentes au périoste du tibia.

Souvent, enfin, on constate, en outre, une tuméfaction diffuse des jambes; c'est un œdème résistant, et il est très difficile d'y provoquer un godet par la pression du doigt.

Les lésions peuvent rester, durant des mois, dans l'état que nous venons d'indiquer, puis, peu à peu, elles entrent en régression; parfois, elles s'exulcèrent, plus souvent elles s'ulcèrent (Hutchinson). Dans ce cas, les nodosités restent en général indépendantes. A leur sommet, on observe une perte de substance peu étendue, par laquelle s'écoule une sécrétion séro-purulente. L'ulcération s'étend ensuite en surface et en profondeur; elle offre des bords arrondis, déchiquetés; jamais elle n'intéresse la nodosité entière; elle ne dépasse guère le derme superficiel.

Les lésions aboutissent à des cicatrices que l'on peut confondre avec des cicatrices syphilitiques.

Thibierge et Ravaut ont décrit une *forme mixte*, comparable au lupus érythémato-tuberculeux, où l'on trouve associées les lésions de la tuberculose et des toxi-tuberculides; cette forme n'a pas, semble-t-il, de caractères cliniques propres.

La forme ulcérée de l'érythème induré, comme la forme non ulcérée, n'est douloureuse que dans le cas d'infection secondaire ou après des périodes prolongées de station verticale.

La maladie a une évolution *lente*. Elle procède par poussées qui surviennent surtout en hiver et se renouvellent pendant des années. Elle peut coïncider avec d'autres tuberculides, telles que l'acné (Colcott Fox), le lupus érythémateux (Du Castel). Galloway l'a observée en même temps que l'angio-kératome. Elle n'est sérieuse qu'à cause des troubles fonctionnels qu'elle provoque, de la gêne de la marche

qu'elle détermine et surtout de ses rapports avec la tuberculose.

DIAGNOSTIC. — L'érythème nouveau est une affection à marche aiguë, qui apparaît brusquement; les lésions y sont douloureuses spontanément et à la pression; elles disparaissent en laissant des taches pigmentées, qui présentent les mêmes phases de régression que les taches purpuriques.

Les gommés syphilitiques peuvent survenir chez des individus dont la syphilis est restée ignorée, et le diagnostic doit être tranché par les caractères objectifs; l'infiltration des bords est en général plus pâteuse que dans l'érythème induré; le fond des ulcérations est formé d'un tissu filamenteux. L'examen histologique permet, si l'on ne veut pas recourir au traitement d'épreuve, un diagnostic facile.

Les gommés tuberculeuses sont très rares aux membres inférieurs; elles sont molles avant de s'ouvrir, et non fermes comme les nodosités de l'érythème induré; elles suppurent en totalité. Après ouverture, elles forment une véritable caverne à parois molles et anfractueuses; on ne trouve pas simultanément des nodosités dures dans l'hypoderme.

L'érythème induré doit également être différencié des éruptions bromuriques et ioduriques (Voy. Éruptions médicamenteuses).

L'acnitis de Barthélemy est, à proprement parler, une forme de tuberculide nodulaire des membres supérieurs et on pourrait confondre sous ce dernier nom sa description et celle de l'érythème induré (Leredde).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions de l'érythème induré ont été rarement étudiées. Dans un fait observé par l'un de nous (L.), elles avaient leur maximum au-dessous du derme, mais s'étendaient au niveau des glandes sudoripares. Dans l'hypoderme, on trouvait de larges travées scléreuses, semées de cellules, toutes nécrosées; les vaisseaux sanguins étaient oblitérés. Au niveau des glandes sudoripares, les vaisseaux dilatés offraient des parois épaisses. Le tissu voisin était semé de lymphocytes; les lésions des glandes étaient accessoires. Enfin, dans le derme moyen et le derme supérieur, on observait des lésions vasculaires (infiltration cellulaire des parois, endophlébite), de l'œdème du tissu et la prolifération des cellules fixes.

Dans un fait d'Audry, on relève également des lésions vasculaires et des lésions de dégénérescence encore plus avancées.

En somme, ces lésions se rapprochent extrêmement de celles de la folliculite, telles qu'elles ont été décrites par l'un de nous (L.).

Thibierge et Ravaut ont retrouvé des lésions identiques, mais, en outre, ils ont observé des cellules épithélioïdes et géantes; ils n'ont pu colorer de bacilles; dans un cas, l'inoculation au cobaye a donné des résultats positifs. A notre avis, ce fait établit l'existence d'une forme d'érythème induré intermédiaire entre l'érythème induré type qui n'a pas la structure tuberculeuse et les lésions tuberculeuses vul-

gaires. Des faits de ce genre se retrouvent dans toute la série des toxi-tuberculides (L.).

TRAITEMENT. — On pourra faire, sur la région malade, des applications de divers topiques tels que les emplâtres rouges ou salicylés, la traumaticine pyrogallique au 1/20^e; il est surtout important de faire garder autant que possible le repos au malade, le membre inférieur élevé sur un plan horizontal, et de pratiquer une compression régulière avec une bande de toile ou de caoutchouc.

Le malade devra être considéré comme un tuberculeux en puissance; le fer, l'arsenic, l'iode et l'huile de foie de morue feront les bases du traitement; on enverra le malade, quand il sera possible, au bord de la mer, à la Bourboule ou dans un séjour d'altitude. Ces considérations s'appliquent à l'ensemble des toxi-tuberculides. (L.)

MORVE ET FARCIN CUTANÉS

On applique ces deux dénominations à une seule et même maladie suivant qu'elle présente, ou non, des manifestations intranasales.

ÉTIOLOGIE. — On sait aujourd'hui que la morve se transmet exclusivement par contagion directe ou indirecte; cette vérité, admise depuis le moyen âge jusqu'au commencement de ce siècle, a été battue en brèche avec une singulière ténacité, jusqu'à il y a vingt ans, par les représentants les plus autorisés de l'École d'Alfort, malgré les faits si démonstratifs publiés en 1833 par Elliotson et en 1837 par Rayer: elle est actuellement incontestée.

Parmi les animaux susceptibles d'être atteints de morve, il faut citer, en première ligne, les équidés, l'âne plus encore que le cheval, les chats, les cobayes, les moutons, les chèvres, les souris et, à un degré bien moindre, les chiens et les lapins.

La contagion, chez l'homme, résulte le plus souvent de contacts avec des animaux atteints de cette maladie, morts ou vivants, ou avec des objets contaminés par eux. En fait, c'est surtout du cheval que l'homme gagne cette infection: aussi l'observe-t-on le plus souvent chez les soldats, les palefreniers, les cochers, les équarisseurs, les bouchers de cheval, les cultivateurs et les vétérinaires. Les médecins peuvent exceptionnellement en être atteints: un élève de l'hôpital Saint-Louis en est mort après l'avoir contractée en maniant, dans un laboratoire, des pièces provenant d'un sujet qui en était affecté.

La transmission de la morve par les cultures du bacille sur les milieux de laboratoire est malheureusement assez commune et a déterminé déjà la mort de plusieurs bactériologistes.

La transmission peut se faire par les objets qui proviennent de sujets morveux ou qui ont été en contact avec eux. Nous citerons, pour exemples, les contaminations de palefreniers par l'eau de l'abreuvoir, de blanchisseuses par le linge, d'infirmiers par les objets de panse-