cutanées. Quelquefois, mais plus rarement, des lésions dites scrofuleuses s'inoculent. Czerny créa des ulcérations tuberculeuses en pratiquant sur des plaies granuleuses des greffes avec la peau d'un membre amputé pour tumeur blanche. Un lupus semble bien avoir contaminé une plaie d'amputation sur un opéré de von Wahl.

Après tout ce qui vient d'être dit, il n'est pas utile d'insister sur l'importance des prédispositions professionnelles. Bon nombre de malades sont des médecins, des infirmiers (ou des sujets en faisant fonctions). Les autres cohabitent, pour la plupart, avec des phtisiques ou avec des personnes atteintes de lésions tuberculeuses externes. Il est certain cependant que la plupart des inoculations produites dans ces circonstances restent stériles. Quel médecin, quel infirmier ne s'est pas fait mainte piqûre avec des produits tuberculeux? Bien peu en subissent des inconvénients. C'est que la peau semble être pour le bacille un terrain de culture relativement défectueux. Dans quelques circonstances, une cause générale favorise peut-être le développement du microbe, et l'on ne saurait, dans cette mesure, dénier toute action à la débilitation générale, à l'alcoolisme, au surmenage notés dans les observations de Lesser, de Raymond, de Merklen.

I

TUBERCULOSE FRANCHE

Variétés cliniques de la tuberculose cutanée franche. — La tuberculose cutanée franche se présente sous des aspects divers, que l'on peut réduire à deux : 1° L'*ulcération tuberculeuse*, destructive, à marche rapide; 2° la *tuberculose verruqueuse*, plus proliférante, à évolution lente.

Certains auteurs ont soutenu que l'étiologie dominait ces différences symptomatiques. D'après Vallas, d'après Ritzo, l'ulcération franche est l'apanage des individus déjà phtisiques; l'inoculation des sujets sains amène la forme bénigne. Cette opinion est à peu près exacte, mais il ne faut pas la prendre au pied de la lettre. Vallas compte bien 33 phtisiques cachectiques sur les 33 observations d'ulcération qu'il réunit : mais il ne parle pas des inoculations par circoncision. Le bacille, sans doute, y est introduit dans le tissu sous-cutané : il n'en reste pas moins vrai qu'il en résulte une ulcération tuberculeuse. D'ailleurs, dans l'observation de Hanot, la phtisie s'est déclarée longtemps après le début d'une ulcération fort grave occupant la peau de l'avant-bras. Au rebours, chez certains phtisiques confirmés, la lésion reste à l'état verruqueux : tel un des malades de Raymond.

Aussi, malgré la commodité qui en résulterait pour une description didactique, il ne semble pas qu'il faille établir de parallélisme entre les divisions de l'étiologie et celles de la symptomatologie. Jusqu'à nouvel ordre, on peut seulement dire que l'ulcération tuberculeuse est la forme de prédilection chez les phtisiques; la tuberculose verruqueuse étant plus spécialement réservée aux sujets préalablement sains, ou porteurs de lésions dites scrofuleuses.

1° Ulcération tuberculeuse. — Le *siège* de la lésion a été déjà indiqué à propos de l'étiologie. La *multiplicité* n'est pas très rare. Plusieurs malades

souffraient à la fois de la lèvre et de l'anus. La main et la langue furent prises sur un patient de A. Poncet; la fourchette et la main sur une femme vue par Deschamps.

Le *début* est quelquefois marqué par une blessure à laquelle aucune importance n'est attachée, mais qui cependant s'envenime peu à peu et dégénère en ulcération. Ou bien, le plus souvent, rien n'attire l'attention sur la région qui va être envahie et la lésion n'est reconnue que lorsqu'elle en est déjà à une période relativement avancée. Mais, en étudiant le mode d'extension, on peut, jusqu'à un certain point, juger du mode de début, par une petite papule rouge, dure, dont le sommet devient bientôt, par caséification, blanchâtre et mou. La base de cette papule est nette, la peau qui l'entoure est normale. Puis, spontanément ou par écorchure, la pellicule épidermique du sommet se rompt et une petite perte de substance apparaît, qui s'étend progressivement.

A la *période d'état*, on voit une ulcération de dimensions variables, plus petite en général aux lèvres, où le derme est adhérent et dense qu'aux membres où la laxité est plus grande. Raymond a mesuré un ulcère de 8 centimètres sur 10. La forme n'a rien de fixe, circulaire, sinueuse, serpigineuse. Les bords sont souvent polycycliques, en souvenir des ulcérations multiples dont la coalescence produit la lésion. Ils sont taillés à pic, entourés d'un étroit liséré un peu rouge, reposant sur une légère induration. Le fond est granuleux, raviné, papillomateux, atone, gris rougeâtre avec un pointillé jaune; il ne saigne guère, et sécrète un liquide séro-purulent qui rarement se condense en croûte.

Autour de la lésion principale existe souvent un semis de granulations qui, plus ou moins vite, s'ulcèrent, et se fusionnent avec l'ulcération principale. De là une tendance à l'extension en surface, tandis que le fond creuse à une profondeur notable.

Les ganglions voisins sont parfois engorgés, caséeux même. D'après Vallas, pourtant, ils sont en général indemnes; mais, si l'on en juge d'après ce que l'on observe à la lèvre, et surtout à la langue, il exagère un peu la fréquence de cette intégrité. L'étude des inoculations tuberculeuses à des individus sains conduit à la même conclusion.

Les signes fonctionnels sont diversement appréciés : pour Duhring, l'indolence est complète; pour Vallas, la souffrance est sévère. La vérité semble être entre ces deux extrêmes. Non irritée, l'ulcération ne cause que des douleurs médiocres. Mais, au niveau des lèvres, de l'anus, de la vulve, elle est soumise à des excitations multiples et elle devient le siège de douleurs intenses qui entravent les fonctions de la région malade.

Le *diagnostic* est évident pour une ulcération de mauvais aspect, chez un individu manifestement phtisique. De même lorsque, autour de l'ulcération principale, existe le semis des points caséeux peu à peu confluents.

Si ces éléments de diagnostic font défaut, on est exposé à confondre avec un *cancroïde* une ulcération tuberculeuse de la lèvre ou de l'anus. Cependant une analyse minutieuse conduira souvent au diagnostic, car le cancroïde fait plus tumeur, a des bords rugueux, irréguliers, éversés, plus durs, saigne facilement, bourgeonne davantage. Il est classique de dire que la précocité de l'engorgement ganglionnaire est un signe de cancer; mais il ne faut pas se fier à ce symptôme, dont on exagère la rareté dans la tuberculose. Dans quelques cas, on ne pourra poser le diagnostic qu'après avoir examiné histologiquement un fragment excisé et y avoir recherché les bacilles.

Il serait superflu d'insister sur le diagnostic du chancre mou, du chancre syphilitique, de la syphilis tertiaire, des ulcérations arsenicales, etc. Non pas que jamais on ne commette ces erreurs, mais parce que les cas où l'on y est exposé sont précisément ceux où font défaut les signes habituels, classiques, qui seuls pourraient être résumés ici. Dans ces cas douteux, l'examen histologique et bactériologique seul trancherait la question.

2° Tuberculose verruqueuse[1]. — Le type le plus simple en est la lésion vulgairement appelée *tubercule anatomique*.

Les mains en sont le *siège* à peu près exclusif, surtout au niveau de la face dorsale des doigts, parmi lesquels le pouce et l'index sont les plus exposés.

La plaie initiale, à laquelle on remonte souvent, se ferme quelquefois, puis s'exulcère et végète; mais, en général, elle reste ouverte, d'abord insignifiante, puis peu à peu aggravée et elle acquiert des caractères spéciaux. Ou bien ces caractères ont été précédés d'accidents inflammatoires en apparence banaux, un panaris, un abcès qui laissent un reliquat tuberculeux; ou bien la plaie s'est ulcérée, devenant croûteuse et grisâtre; ou bien dès le début un bouton rouge s'est formé, dont le sommet devient blanc et s'ulcère.

A la *période d'état*, il n'y a pas d'ulcération, mais on voit une élevure rugueuse, assez sèche, d'aspect papillomateux, à papilles courtes et dures dont les sommets forment un piqueté noirâtre. Entre les bases des papilles sont quelques fissures un peu suintantes, peu croûteuses. Cette lésion est indolente. Autour d'elle la peau est saine, souple, de coloration normale.

Dans sa forme banale, le tubercule anatomique est une lésion bénigne. Il ne s'étend qu'avec une extrême lenteur, ne s'ulcère à vrai dire pas; les ganglions voisins ne s'engorgent pas et l'état général reste excellent.

Depuis longtemps Ernest Besnier, Vidal pensent cependant que cette lésion est de nature tuberculeuse et sur bien des pièces l'histologie en a fourni la preuve. Les follicules tuberculeux y ont été vus par Kolisko, les bacilles par Sanguinetti, puis les faits analogues se sont multipliés. Mais faut-il en conclure que, parmi les inoculations bactériennes, l'inoculation tuberculeuse puisse seule produire cette lésion? Quelques auteurs tendent à l'admettre, mais Pollosson le conteste, d'après quatre examens histologiques, où il n'a pu trouver ni bacille ni follicule.

Il reste établi, toutefois, que le tubercule anatomique est la forme la plus atténuée de la tuberculose verruqueuse par inoculation.

Mais la maladie n'en reste pas toujours à cette étape et chez quelques sujets elle est l'occasion d'une infection qui, par les lymphatiques, gagne de proche en proche. Alors se manifestent les symptômes de la lymphangite tuberculeuse, avec ses abcès froids superficiels, multiples, en ligne. Ailleurs, avec ou sans lymphangite appréciable, les ganglions s'engorgent, au-dessus de l'épitrochlée, puis dans l'aisselle. Un pas de plus, et le bacille est arrivé dans le torrent circulatoire : à ce moment surviennent des localisations tuberculeuses à distance, dont la phtisie pulmonaire est la plus fréquente; parmi lesquelles il faut encore mentionner les abcès ossifluents, la méningite tuberculeuse. En somme, la tuberculose se généralise et emporte le malade en un temps variable.

[1] Consultez sur ce sujet, outre le mémoire de Riehl et Paltauf : L. Batut, *Ann. de dermat. et de syph.*, 1894, p. 1083. — Étienne, *Rev. méd. de l'Est*, 1er mai 1894, p. 269. — E. Knickenberg, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1894, t. XXVI, p. 405; J. Heller et K. Hirsch, *Ibid.*, p. 393. — J. Arrivat, Thèse de doct., Montpellier, 1890-91, n° 34. — H. Angibaud, Thèse de doct., Paris, 1890-91, n° 281.

En résumé, il y a une inoculation cutanée qui est la porte d'entrée d'une infection d'abord tout à fait locale, puis atteignant les lymphatiques de la région, puis se généralisant. Le mal peut s'arrêter à l'un des deux premiers stades, et surtout on peut l'y enrayer si on agit avec une rapidité suffisante sur ce chancre tuberculeux dont l'éradication coupe court à l'infection ultérieure, même lorsqu'il y a déjà quelques ganglions dégénérés qu'on enlève en même temps. Au reste, rien ne varie comme la rapidité avec laquelle se dissémine l'agent infectieux; comme le laps de temps, par conséquent, pendant lequel l'intervention chirurgicale sera efficace.

Tout à côté du tubercule anatomique doit se ranger la lésion pour laquelle Riehl et Paltauf ont créé, il y a quelques années, la dénomination de *tuberculosis verrucosa cutis* et dont des observations ont été, depuis, recueillies par Merklen, Brissaud et Gilbert, Morel-Lavallée, Morrow, etc.

Cette tuberculose est constituée par des placards dont l'aspect est différent suivant qu'on les considère au centre, où la lésion est ancienne, ou à la périphérie, par laquelle se fait l'extension.

Tout à fait à la périphérie, dans la zone d'envahissement, existe un liséré érythémateux peu saillant, disparaissant sous la pression du doigt. La peau y est lisse, et les orifices glandulaires élargis. Plus en dedans, le liséré s'épaissit, devient brunâtre, et de-ci de-là quelques pustulettes s'y soulèvent, ou de petites croûtelles qui en sont les vestiges. Plus en dedans encore apparaît la zone centrale, saillante de quelques millimètres, irrégulière, papillomateuse. Les végétations papillaires sont d'autant plus longues qu'on se rapproche plus du centre. Entre elles se font des rhagades, des érosions, des pustules et, par pression latérale, on voit le pus sourdre comme d'une écumoire. A ce stade, les orifices glandulaires et les follicules pileux ne sont plus perceptibles; çà et là reste un poil lanugineux qui se laisse facilement arracher. La douleur à la pression est vive. Puis la région malade s'affaisse, les pustules se tarissent, les papilles se rétractent et il reste une cicatrice squameuse, remarquable par un aspect criblé, dû à un réticulum blanc qui tranche sur un fond violacé. Cette cicatrice peut se former au centre alors que la périphérie est encore en activité.

Telle est la description de Riehl et Paltauf. A bien des points de vue elle est identique à celle de quelques papillomes dit inflammatoires, et le diagnostic clinique n'est pas encore établi avec certitude, mais l'histologie et la bactériologie lèvent tous les doutes. Riehl et Paltauf (et leurs recherches ont été confirmées par de nombreux auteurs) ont trouvé dans ces papillomes les follicules et les bacilles caractéristiques; ils ont constaté que, dans certains points, de petits abcès tuberculeux se forment dans les follicules pilo-sébacés; les glandes sudoripares, plus profondes, restent indemnes.

Ces données anatomiques mettent hors de doute la nature tuberculeuse de la lésion. Elles étaient indispensables, car l'étiologie et l'évolution du mal ne fournissaient guère de renseignements. Riehl et Paltauf disaient bien que leurs malades étaient pour la plupart en contact journalier avec des animaux ou des substances animales, mais aucun n'avait notoirement approché un phtisique. Tous étaient vigoureux, exempts de toute tare héréditaire. Un seul souffrait d'une adénopathie concomitante; chez tous, même au bout de longues années, l'état pulmonaire était aussi satisfaisant que possible. Mais, depuis, nombre de cliniciens ont pris sur le fait l'inoculation spécifique. On a surtout vu qu'il fallait malheureusement en appeler du jugement d'abord porté sur la bénignité

de l'affection. Certains malades ont eu des abcès multiples de lymphangite tuberculeuse; d'autres sont devenus franchement phtisiques.

Il n'y a donc pas là une différence essentielle avec la tuberculose inoculée ordinaire : c'est, en somme, une forme localement grave du tubercule anatomique et, dans un cas comme dans l'autre, la lésion peut rester localisée ou au contraire se généraliser. Lorsqu'elle se généralise, il est évident que l'infection a lieu par la voie lymphatique. De là résulte le pronostic.

Pronostic. — Le pronostic de la tuberculose inoculée à la peau dépend essentiellement de l'état général du sujet, et aussi du traitement mis en œuvre.

Pour les ulcérations spécifiques des phtisiques, il va de soi que la lésion cutanée s'efface devant la gravité de l'état général. La douleur seule est à prendre en considération, quand elle rend plus intolérable encore une existence déjà précaire. Là sera la principale indication thérapeutique, lorsque les souffrances deviendront vives, fait surtout noté aux lèvres, à l'anus; mais il faudra compter sur un soulagement et non sur une guérison.

On ne doit pas cependant, avec Vallas et Ritzo, admettre que ces ulcérations sont toujours incurables, réservées qu'elles sont aux phtisiques confirmés. Dans quelques cas, rares à la vérité, l'ulcération atteint un sujet non phtisique et le pronostic est alors semblable à celui de la tuberculose verruqueuse.

Soit donc un chancre tuberculeux, envisagé indépendamment de sa forme clinique. Souvent (et la chose est usuelle pour le tubercule anatomique) les inconvénients locaux sont à peu près nuls, et les inconvénients généraux le sont absolument. Mais il y a là une menace et à un moment quelconque le pronostic est susceptible de s'assombrir, si les ganglions s'engorgent; de devenir tout à fait sérieux, si la tuberculose éclate à distance. Un tubercule anatomique de nature tuberculeuse est donc une lésion parfois grave et toujours digne d'une surveillance attentive et d'une thérapeutique active.

Traitement. — Le traitement doit pallier les symptômes des ulcérations secondaires; supprimer au plus vite les tuberculoses cutanées primitives, même lorsqu'elles ont déjà amené un début de retentissement pulmonaire.

Le traitement palliatif consiste essentiellement en pansements attentifs et surtout en applications de poudres narcotiques. On se trouvera bien d'associer la morphine à l'iodoforme et de pulvériser ce mélange sur l'ulcération d'abord détergée. Si les douleurs persistent, une destruction profonde au fer rouge sera quelquefois indiquée.

Le traitement curatif est très analogue à celui du lupus, avec cette différence qu'ici la lésion cutanée est plus circonscrite et que d'autre part on a davantage à s'occuper des ganglions.

L'éradication du mal est la méthode de choix. Suivant la profondeur et l'étendue de la tuberculose, l'opération sera très simple ou au contraire nécessitera une amputation, le sacrifice d'un doigt par exemple. S'il y a une adénopathie concomitante, l'extirpation des ganglions est indiquée.

Si l'ablation contraint à des dégâts hors de proportion avec la gravité du mal, on a de bons résultats par l'ignipuncture interstitielle ou par le grattage complet suivi de pansements à l'iodoforme. Ces méthodes sont fort bonnes pour les tubercules anatomiques simples des doigts, pour la tuberculose verruqueuse du dos de la main. La cautérisation au fer rouge semble être la meilleure.

Dans ces derniers temps, Morel-Lavallée a attiré l'attention sur les bons résultats fournis par l'injection répétée, dans le foyer et autour de lui, d'une solution d'iodoforme dans la vaseline liquide. Cette méthode s'applique d'ailleurs aussi bien, mieux peut-être, au lupus. De même un procédé de sérothérapie dont je parlerai à ce propos.

II

LUPUS

Depuis longtemps, les cliniciens ont réuni sous le nom générique de lupus diverses dermatoses graves caractérisées par une tendance à la formation d'une cicatrice indélébile et par une marche serpigineuse. Peu importe, d'ailleurs, que la cicatrice ait été ou non précédée d'ulcération.

Il est des lésions syphilitiques auxquelles cette définition s'applique, et d'assez nombreux auteurs, autrefois surtout, opposaient le *lupus syphilitique* au lupus dans lequel la vérole n'a aucun rôle, et dans lequel, au contraire, on n'a pas tardé à mettre en évidence l'étiologie scrofuleuse. Le *lupus scrofuleux* est aujourd'hui seul appelé lupus. On a peu à peu démontré qu'il est en réalité une forme atténuée de la tuberculose. Ou plutôt, la démonstration est faite pour certaines formes, mais quelques auteurs contestent qu'elle soit valable pour toutes. Car, ainsi que le vague de la définition le fait prévoir, il y a plusieurs formes cliniques du lupus. C'est par la description de ces aspects, sur lesquels tout le monde est d'accord, qu'il convient de commencer.

Cazenave, Lupus érythémateux. *Ann. des mal. de la peau et de la syph.*, 1852, t. IV, p. 116. — Chausit, De l'acné atrophique. *Arch. gén. de méd.*, 1858, 5e série, t. XI, p. 384. — Bazin, Leçons théor. et clin. sur la scrofule. *Revue méd.*, 1856; 2e éd. 1861, passim; et art. Lupus du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1870. — Hébra, *Loc. cit.*, t. I, p. 100, 1869; t. II, p. 392, 339, 446 (par Kaposi), 1871-1878. — Besnier, Le lupus et son traitement. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1880, p. 686; 1883, p. 377. — H. Martin, *Ibid.*, 1883, p. 645; et voy. analyses diverses, *Ibid.*, 1885, p. 225; 1886, p. 246 et 328. — Renouard, Du lupus et de ses rapports avec la scrofule. Thèse de Paris, 1883-1884, n° 204. — Renaut, art. Dermatoses du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1re série, t. XXVIII, p. 243, 1883. — Trendelenburg, *Loc. cit.*, p. 71, 1886. — Lailler et Mathieu, Lupus et tuberculoses cutanées. *Arch. gén. de méd.*, 1886, t. I, p. 55 et 193.

Variétés cliniques. — Quelle que soit sa forme clinique, le lupus a la face pour *siège* de prédilection, surtout au niveau du front, du nez, des joues, de la commissure des lèvres. Puis viennent le cou, le tronc, les membres, les organes génitaux. La lésion est le plus souvent unique.

Les deux types principaux sont le *lupus tuberculeux* et le *lupus érythémateux*. Nous aurons aussi à dire quelques mots du *lupus acnéique*, du *lupus papillomateux* et du *lupus hypertrophique*. Parfois ces diverses formes s'associent, et c'est même un des motifs principaux pour admettre leur identité de nature.

A. Lupus tuberculeux ou lupus proprement dit. — « Le lupus, nous disent Lailler et Mathieu, est caractérisé cliniquement par l'existence de nodules spéciaux à la périphérie (tubercules des auteurs), par son extension centrifuge habituellement très lente, et par une cicatrice centrale. »

Les nodules élémentaires ont le volume d'un pois à une merise. Si l'épiderme est normal, leur couleur est jaunâtre et leur aspect luisant, translucide, rappelle