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

celui du sucre d'orge. Ils sont ternes, grenus, lorsque l'épiderme desquame à leur surface. Autour d'eux, la peau est simplement congestionnée, mais fort peu, et il n'y a pas trace d'inflammation. L'indolence à la pression est complète. A la palpation, on sent une petite induration enchâssée dans le derme; plus gros, le tubercule devient vite assez mou. La mollesse du tissu morbide est en effet grande, ce qui dans les raclages permet un départ exact entre les parties saines et les parties malades.

Le groupement de ces éléments est variable. Un tubercule unique — ordinairement situé au milieu de la joue — caractérise le *lupus solitarius* de Willan. En général, les tubercules sont multiples et, plus ou moins nombreux, plus ou moins confluents, ils constituent une efflorescence à marche centrifuge. Des éruptions nouvelles se font en effet, irrégulièrement, à la périphérie, tandis que le centre devient cicatriciel. Cette cicatrice se forme par deux processus, suivant qu'il y a ou non ulcération préalable du tubercule.

Dans un même lupus, les deux processus peuvent s'associer. Mais assez souvent un seul des deux existe, à l'exclusion de l'autre, ou à peu près. De là deux formes : le lupus ulcéreux et le lupus non ulcéreux.

Dans le *lupus non ulcéreux*, les tubercules se rétractent à un moment donné, se transforment en une cicatrice violacée, lisse, qui se fusionne avec celle des éléments voisins et peu à peu se décolore. On décrit deux variétés. Dans l'une, les tubercules restent petits; on ne les reconnaît pas à leur saillie, mais plutôt aux taches brunes qu'ils dessinent sous l'épiderme et, en palpant, on constate que la région est infiltrée. Sur ce *lupus plan*, l'épiderme desquame parfois, d'où un aspect psoriasiforme, observé surtout aux membres. Dans le *lupus élevé*, au contraire, les tubercules, avant de subir la rétraction cicatricielle, prennent un développement notable, font une saillie de dimensions variables, acquérant jusqu'au volume d'une noix, d'après Lailler et Mathieu. Autour, la peau est très vasculaire, et de là quelque ressemblance avec l'acné rosée tubéreuse. Le masque, dans les cas extrêmes, peut ressembler à celui de la lèpre; c'est ce que Bazin a appelé *lupus hypertrophique*. Cette variété est rare et surtout il est exceptionnel de voir toute la face se boursoufler de la sorte. D'autre part, il ne faudrait pas l'attribuer exclusivement au lupus non ulcéreux. Je me souviens d'avoir vu, dans le service de mon maître Lailler, un malade sur lequel, au-dessus d'une lèvre supérieure énorme, remarquablement dure, un lupus ulcéreux avait rongé le nez et envahi les fosses nasales.

Le *lupus ulcéreux* s'observe surtout, au dire de Lailler et Mathieu, chez les individus « qui présentent au plus haut point le facies lymphatique ». Les tubercules sont mous, deviennent d'un rouge livide, s'excorient, et ils sont remplacés par des ulcérations extensives, presque aussitôt recouvertes de croûtes noirâtres. Ces ulcérations élémentaires s'unissent entre elles et de là des surfaces à vif — et plus tard des cicatrices — à bords irrégulièrement découpés. La plupart du temps, le lupus est *serpigineux* et s'étend en surface, de proche en proche, plus ou moins vite. Au centre est, suivant la période, une cicatrice ou une ulcération; autour, on voit des ulcérations arrondies, les unes à vif et les autres croûteuses. Plus loin encore se disséminent des nodules non ulcérés.

Lorsque le lupus siège autour d'un orifice naturel, il en échancre facilement les bords sans être pour cela bien profond, cause des délabrements graves des paupières, de l'aile du nez « usée comme à la pierre ponce » (Lailler et Mathieu). Ou bien, sur une partie mince comme l'aile du nez, un tubercule, en s'ulcérant

sur les deux faces, crée une perforation rapide. La destruction est parfois plus profonde. Rongées par le *lupus térébrant*, une lèvre, la commissure labiale, les paupières, le nez disparaissent et les os sont atteints, nécrosés, en même temps que le mal se propage aux muqueuses de la bouche, des fosses nasales et jusque dans le pharynx et le larynx. Les ulcérations et destructions ont en général une marche plus lente; mais le *lupus vorax* existe, capable de détruire la face, à une grande profondeur, en un mois à six semaines. Ces ulcérations à marche rapide sont dues aux infections pyogènes surajoutées à l'agent tuberculeux spécifique, infections qui jouent toujours un rôle important dans l'évolution du lupus ulcéré [1].

Quelques accidents spéciaux sont en rapport avec le siège; c'est surtout, lorsque la paupière inférieure est détruite, l'ulcération et la perforation de la cornée mise à découvert. Ch. Lailler a vu cependant la paupière supérieure s'abaisser peu à peu, de façon à suppléer l'inférieure en voie de destruction.

On conçoit encore qu'une fois la cicatrice achevée il en résulte assez souvent des difformités contre lesquelles le chirurgien devra agir : des atrésies, des oblitérations, des ectropions, des pertes de substance, des soudures anormales. Pour les détails, je ne peux que renvoyer aux vices de conformations acquis des paupières, des lèvres.

Les *complications* sont celles de toutes les ulcérations et sont en grande partie dues à des infections secondaires. Quelques particularités méritent une mention.

La *lymphangite* [2] complique surtout les lupus mal soignés. L'ulcération s'enflamme, ses bords s'indurent et tendent à se renverser. De là part une lymphangite peu importante, et les ganglions correspondants s'engorgent.

L'*érysipèle* n'est pas très rare. Il débute par un frisson, cause une fièvre vive, une adénopathie rapide, mais les symptômes locaux sont peu graves. La peau reste assez pâle, le bourrelet est peu marqué. Alibert, Bazin, Hébra, Ch. Lailler, etc., ont vu cette phlegmasie intercurrente faire cicatriser le lupus. Il faut néanmoins, malgré une note récente d'Hallopeau [3], proscrire le traitement du lupus par les inoculations artificielles, car les effets nuisibles sont plus fréquents que les effets favorables. Quelquefois, en effet, il reste autour du foyer ulcéreux des infiltrations pâteuses qui s'ulcèrent et le lupus s'étend de la sorte, comme si des colonies bacillaires avaient été transportées au loin dans les lymphatiques malades.

Les *adénites* de la lymphangite simple ou de l'érysipèle ont parfois la même tendance. Hébra nous enseigne que l'inflammation simple peut faire place à un abcès froid ganglionnaire. C'est même un des arguments que l'on fait valoir pour démontrer la nature bacillaire du lupus. Il ne faudrait toutefois pas en exagérer la portée, car les recherches de Hipp. Martin [4] sur les gourmes ont démontré que l'eczéma initial n'est nullement spécifique par lui-même, et qu'il sert cependant de porte d'entrée au bacille : d'où les adénopathies de la seconde période.

Sur les ulcérations et les cicatrices de lupus se développent des *cornes*, des *épithéliomas* qui seront décrits plus loin.

Le *diagnostic* du lupus est le plus souvent facile, sauf avec certaines mani-

(1) P. Thévenet, Thèse de Lyon, 1890-91, n° 598.
(2) H. Leloir, *Étude expérimentale et clinique sur la tuberculose*. Paris, 1890, t. II, p. 550.
(3) Hallopeau, *Ann. de dermat. et de syph.*, 1895, p. 1095.
(4) Hipp. Martin, *Revue de méd.*, t. IV, p. 773.

festations de la *syphilis tertiaire*; les syphilides tuberculeuses sèches ressemblent au lupus tuberculeux et les syphilides tuberculo-ulcéreuses au lupus ulcéreux. On se guidera d'abord sur les phénomènes objectifs. Les *tubercules syphilitiques* sont plus durs, plus foncés, plus cuivrés; ils n'ont pas la couleur sucre d'orge translucide des tubercules lupeux; leur tendance à se ranger en arcs de cercle est plus grande. Les *ulcérations syphilitiques*, elles aussi plus méthodiques dans leur disposition cerclée, sont entourées d'une auréole jambonnée et non bleuâtre; les croûtes sont plus homogènes, plus foncées, d'un brun verdâtre, souvent stratifiées; les bords sont accentués, durs, à pic, non décollés; le fond est anfractueux et souvent bourbillonneux. Mais tous ces signes sont faillibles, de même que les commémoratifs des accidents spécifiques antérieurs. Souvent l'examen général du sujet met sur la voie, en montrant des lésions concomitantes — en activité ou cicatrisées — sur la peau, les lèvres, la langue, la gorge. L'évolution du mal a aussi de l'importance. Les lésions rapides des os, des muqueuses, relèvent plutôt de la syphilis, moins « casanière » que le lupus, pour emprunter une expression au professeur Fournier. Un des principaux éléments du diagnostic est fourni par l'âge des malades : le lupus ne débute que chez des sujets jeunes. Ce serait fort bien si la *syphilis héréditaire tardive* ne venait embrouiller la question, et sans aller jusqu'à l'exagération que Bazin reproche tant à Cazenave, il faut reconnaître que l'erreur est souvent faite. Pour A. Fournier, les lupus guéris comme par enchantement par le traitement ioduré sont imputables à la vérole héréditaire. C'est dans le remarquable traité de ce maître qu'il faut étudier les traits principaux du diagnostic différentiel. On se fondera sur une enquête minutieuse du côté des parents, des frères, sur l'évolution des lésions, sur les cicatrices préexistantes, sur l'examen du squelette, des dents, des cornées. Aubert et Roussel insistent sur la valeur diagnostique d'ulcérations sur le côté de l'angle externe de l'œil. Malgré toutes ces investigations, on n'arrivera pas toujours à la certitude.

L'erreur de diagnostic avec le *cancroïde cutané* est plus rare. L'analogie objective est grande avec l'épithélioma, parfois multiple et serpigineux, consécutif aux « crasses des vieillards ». Cette forme est donc l'apanage de la vieillesse, et il y a là un élément précieux de diagnostic. Il existe de ces épithéliomas croûteux, qui se cicatrisent au centre tandis que la périphérie s'étend ulcérée. On hésite alors entre l'épithélioma, le lupus, la syphilis : Piffard a présenté un malade de ce genre à la Société dermatologique de New-York, dont les membres se sont divisés entre les trois diagnostics; de même la Société de chirurgie de Paris (1877, p. 98) à propos d'une malade de Ch. Lailler. L'erreur est possible encore pour un lupus enflammé dont les bords s'indurent, se renversent, tandis que les ganglions correspondants s'engorgent; mais l'aspect inflammatoire met en éveil, et les caractères nets du lupus reviennent vite par l'application de cataplasmes de fécule. Enfin, le lupus pouvant dégénérer en cancroïde, un point délicat à résoudre est de déterminer le moment précis de cette transformation. Ce cancroïde sera décrit plus loin.

B. Lupus érythémateux. — Le lupus érythémateux serait plus fréquent chez la femme, qu'il attaquerait principalement après la puberté. Toutes les régions lui sont soumises, mais la face est le siège de prédilection et surtout la joue. Il n'est pas rare que, symétrique, il soit constitué par deux plaques géniennes réunies par un pont qui franchit la racine du nez, si bien que l'on peut, avec Hébra, dire que la lésion affecte alors la forme d'un papillon aux

ailes déployées. Mais toutes les régions du corps peuvent être atteintes, y compris la paume de la main et la plante des pieds.

Le début a lieu par une tache rouge, un peu terne ou légèrement violacée, ressemblant alors à une engelure, à laquelle d'ailleurs (au bout du nez surtout) le mal peut succéder. En ce point n'existe pas un nodule, mais bien une infiltration diffuse. Sur cette plaque les poils ne tardent pas à tomber et l'épiderme desquame. Puis, ces caractères persistant à la périphérie, qui peu à peu s'étend excentriquement, le centre pâlit, se déprime, devient cicatriciel et de là une plaque blanche qu'entoure un liséré rouge de largeur variable.

Quelquefois, au lieu d'une tache, il y en a au début plusieurs. C'est ce que Besnier et Doyon ont appelé la *forme agminée*.

A l'ordinaire, la surface de la lésion en voie d'activité est recouverte de squames épidermiques grises, fines et sèches. Parfois cependant ces squames sont épaisses, constituent une véritable croûte séborrhéique, — et d'ailleurs histologiquement Neumann, Nepveu, ont démontré la participation des glandes sébacées, — une concrétion plâtreuse adhérente, envoyant par sa face profonde des prolongements dans les orifices agrandis des glandes sébacées. C'est seulement une fois la croûte ainsi enlevée que la surface rouge apparaît. Ce *lupus acnéique* a le lobule du nez pour siège de prédilection. Il s'associe souvent au lupus érythémateux proprement dit : de là un lupus *érythémato-acnéique*, avec tous les degrés possibles dans la proportion relative des deux éléments.

C'est à propos du lupus acnéique qu'il faut signaler une forme, quelquefois ulcéreuse il est vrai, où l'on voit le mal s'inoculer de proche en proche dans les follicules sébacés. Autour de la plaque sèche, rugueuse, mamelonnée du lupus acnéique, la peau de la face présente de nombreux comédons et près du pourtour de la lésion primitive quelques-uns de ces comédons, disséminés, se montrent volumineux, avec un orifice élargi, quelquefois un peu ulcéré. Là se forme une croûte qui s'unit bientôt aux bords de la croûte principale.

La clinique constate parfois l'association du lupus tuberculeux (ulcéreux ou non) et du lupus érythémateux. Ce *lupus érythémato-tuberculeux* [1] offre un grand intérêt pour les discussions sur l'analogie étiologique de ces deux formes.

Le *diagnostic* du lupus érythémateux franc ne prête à aucune discussion. On s'occupe parfois des différences qui existent entre ce lupus et le *psoriasis*, l'*eczéma chronique des joues*, l'*herpès circiné*, etc. Il est inutile de s'y attarder.

Pour le lupus acnéique, la détermination exacte est parfois plus malaisée. La ressemblance est minime avec l'*acné rosacée* rouge, bourgeonnante, pustuleuse. Mais dans certains cas le diagnostic est à peu près impossible avec les crasses des vieillards subissant le début de la dégénérescence cancroïdale. La question est plus épineuse encore lorsque le lupus acnéique, lui aussi, se transforme en un épithélioma; et parmi les lupus il est un des plus prédisposés à cette évolution fâcheuse.

Nature du lupus. — A part les questions d'âge et de sexe qui ont été signalées, chemin faisant, dans les pages précédentes, l'étiologie a depuis longtemps déjà enseigné une notion capitale, qui n'a été que rarement contestée : malgré une apparence souvent vigoureuse, les sujets atteints de lupus sont des scrofuleux. Mais, depuis quelque vingt ans, la scrofule a été de plus

[1] V. Lacavalerie, Thèse de Paris, 1894-95, n° 271.