II

CORNES CUTANÉES

On observe quelquefois sur la surface cutanée des saillies analogues aux ongles et aux cornes par leur aspect et leur structure. Autrefois, on a souvent confondu avec elles des croûtes, des verrues dures et longues. Mais les vraies cornes ont une existence indiscutable.

Certains auteurs, et Kelsch récemment encore, réunissent aux cornes l'hypertrophie unguéale avec incurvation que l'on a décrite sous le nom d'onychogrypose. Cette modification pathologique d'un organe corné préexistant semble devoir être distinguée des véritables cornes cutanées.

A.-P. Dauxais, Des cornes. Thèse de Paris, 1820, n° 253. — Landouzy, Production cornée développée à la face. *Bull. de la Soc. anat.*, 1835, t. X, p. 114. — Hébra, *Loc. cit.*, t. II, p. 38. — Bergh, Fälle von Hauthörner. *Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1873, t. V, p. 185. — Kelsch, art. Cornes du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1877. — F. Franke, Ueber Hauthörner. *Arch. für klin. Chir.*, 1886-1887, t. XXXIV, p. 937.

Il existe deux variétés de cornes : généralisées et solitaires.

1° Cornes généralisées. — Les cornes généralisées, disséminées sur toute la surface tégumentaire, ont depuis longtemps frappé les observateurs et, dès 1553, Ingrassias relatait à ce propos l'histoire d'une jouvencelle de Palerme. Depuis, on cite des faits de Fabrice de Hilden, de Saint-George Ash (1685), de Heschl (de Cracovie) en 1859. Un des plus célèbres est celui des frères Lambert, étudiés par Alibert à Paris, où ils s'exhibaient en qualité « d'hommes porcs-épics ». Les observations de cette espèce paraissent avoir été recueillies avec une fréquence relative sur des jeunes filles. On a vu ces cornes sur des nouveau-nés, d'après le *Compendium*. L'hérédité n'a été notée que dans le fait des frères Lambert, où le mal a régné sur trois générations. Pour les observation anciennes, les relations avec l'ichtyose congénitale sont mal établies.

Ces cornes généralisées n'ont rien de bien spécial dans leur aspect. Sur la jeune fille de Saint-George Ash elles étaient assez molles pour que la station assise eût aplati celles des fesses. Les pressions sont parfois douloureuses, et la malade de Fabrice de Hilden ne pouvait, sans souffrir, ni rester debout, ni s'asseoir, ni marcher, ni se coucher sur le dos.

La thérapeutique n'a guère de prise sur de semblables productions. Ingrassias rendit la beauté à la jouvencelle de Palerme « avec la grâce de Dieu ». Fabrice de Hilden affirme que sa patiente retira grand bénéfice des toniques, des apozèmes amers, des emménagogues et d'une cure thermale à Neuham, près Berne. Mais au bout d'un an le mal récidiva, la malade, indigente, n'ayant pu continuer les médicaments, et elle finit par périr dans le marasme.

2° Cornes solitaires. — Les cornes solitaires ont plus d'intérêt chirurgical.

Étiologie. — Le crâne et la face sont les *sièges* de prédilection. Puis vient la face interne des cuisses. Mais on a vu des cornes partout : au dos de la main (Otto); à la peau du sternum, des fesses (Rigal de Gaillac), au dos (Scaliger). Les régions palmaire et plantaire (souvent respectées par les cornes généralisées) sont très rarement atteintes. Les cornes s'élèvent quelquefois sur les

muqueuses : ainsi Breschet en a vu sur la conjonctive, sur la langue. On a coutume de ranger parmi les cornes des muqueuses celles du prépuce et du gland, mais la structure de ces téguments est au moins aussi cutanée que muqueuse. Ces cornes génitales sont une localisation dont la rareté n'est pas extrême, et l'on peut citer des observations de Richard Desbrus, de Caldani, de Verchère et Leroy [1], etc.

Si l'on veut des chiffres, la statistique de Villeneuve, portant sur 71 cas, donne les résultats suivants : tête, 35; face interne des cuisses, 17; tronc, 12; reste des membres inférieurs, 8; gland et verge, 3.

Les sujets sont pour la plupart âgés. Blumenbach affirme que les femmes y sont en majorité, et Demarquay en compte 31 sur 50 observations. Mais la statistique plus étendue de Villeneuve rétablit l'égalité des deux sexes. La classe pauvre paye un plus lourd tribut, sans doute à cause de la malpropreté.

Les *irritations locales* sont des causes déterminantes d'importance réelle. Le malade de Richard Desbrus avait eu des inflammations répétées du prépuce. Les lésions traumatiques sont souvent invoquées. Une coupure de rasoir était l'origine du mal sur un cordonnier vu par Vicq-d'Azyr. Les coups, contusions, plaies, sont notés dans bon nombre de cas. Les cicatrices de circoncision sont une des causes des cornes du prépuce. Caldani a vu un homme de soixante-dix ans qui, amputé du pénis pour un cancroïde, eut une corne incurvée qui poussa sur le moignon. De ces faits on peut rapprocher celui de Corlieu, où un ongle se créa, après amputation, sur la première phalange du petit doigt.

Assez souvent encore la corne s'élève sur une lésion préexistante de la peau : ici une verrue, là un cancroïde, là un lupus, et le musée de l'hôpital Saint-Louis en renferme quelques beaux exemples. Là enfin la production cornée émerge du fond d'un kyste sébacé. Cette dernière variété est fréquente, et l'on cite les observations de Sœmmering, E. Home, Parkinson, Roots, Ritter, etc. [2] Dans quelques cas, la corne a été vue dans la paroi d'une loupe encore fermée. Ce stade de début est décrit dans un examen histologique de F. Franke.

Les cornes anormales ne sont pas l'apanage de l'homme, mais on en voit aussi croître sur la peau d'animaux, doués ou non de cornes normales. Sur le mouton, le bœuf, comme sur le chat et le chien, des cornes ont été observées par Bartholin, Otto, Malpighi, Vallisnieri, etc.

Caractères anatomiques. — Au début, on voit une petite élevure conique, molle, que recouvre une couche épidermique. Cette cuticule bientôt est perforée et la pointe apparaît, libre, tandis qu'une collerette épidermique entoure la base. Puis, avec une grande lenteur, la corne s'accroît. La longueur à laquelle elle parvient est très variable : elle peut atteindre 30 centimètres. L'épaisseur ne varie pas moins, des cornes filiformes à celles qui ont à la base 3, 4 centimètres de diamètre, et plus.

La forme est à l'ordinaire conique, à pointe mousse. L'aspect, lorsque la tumeur est un peu développée, est tout à fait celui d'une corne, quelquefois droite, mais le plus souvent recourbée en spirale, comme une corne de bélier; et dans cette torsion la pointe, retournée, peut menacer la peau. Dans quelques cas, relativement rares, le sommet est bifurqué, et même la corne est rameuse

[1] Verchère et Leroy, *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 389. Voy. aussi Chauffard, *Soc. méd. des hôp.*, 1888, p. 434.

[2] Voy. aussi : Verchère et Leroy, Villar, Delattre, *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 389, 431, 470.

comme le bois d'un cerf. La couleur va du jaune grisâtre au brun : elle est d'autant plus foncée qu'on approche davantage du sommet. La surface est cannelée en long et en travers, quelquefois très rugueuse, couverte d'aspérités. La consistance a la dureté de la corne; elle est plus molle, souvent, vers la base.

Dans une autre variété, la forme est différente, et la production cornée, aplatie, constitue des plaques, des écailles. Malgré les efforts d'Alibert, de Breschet, ces cornes foliacées sont aujourd'hui distinguées de l'ichtyose cornée.

La corne une fois détachée, on constate que sa base, plus ou moins creusée, contient une matière blanche, sébacée, fétide. En brûlant, elle répand l'odeur caractéristique de la corne brûlée et ce caractère grossier, joint à l'aspect extérieur, a permis de déterminer la nature cornée de ces productions bien avant l'intervention du microscope.

Cette intervention, d'ailleurs, a permis une confirmation évidente de cette opinion, grâce aux recherches dues — pour ne citer que les premières — à Rokitansky, Robin, Lebert, Krause, Heschl. Les coupes transversales font voir des couches concentriques d'épiderme stratifié et des lacunes entre ces couches. La base repose sur des papilles hypertrophiées, plus ou moins élevées, et de là, sur les coupes transversales, quelques vaisseaux, ceux des papilles, s'arrêtant à une hauteur variable. Edwards, Pœlmann en auraient même suivi jusqu'à la pointe. Sur les coupes longitudinales, on voit des filaments accolés, que forment les cellules épidermiques revêtant un aspect fibroïde; quelquefois, dit Simon, il existe de petits canaux médullaires, longitudinaux, dans lesquels peuvent se prolonger les papilles. Il y a donc une prolifération papillaire sur laquelle s'élève, en une corne, l'épiderme externe ou celui des glandes sébacées. A chaque corne répond un groupe de papilles hypertrophiées; à chaque cannelure longitudinale répond une papille.

L'analyse chimique, assez vague encore il est vrai, confirme l'analogie avec les cornes normales.

Étude clinique. — L'aspect extérieur venant d'être décrit, il ne reste plus à parler que des symptômes subjectifs, de la marche et des complications.

La corne, par elle-même, est insensible, mais les mouvements qu'on lui imprime sont douloureusement transmis à sa base, base mobile sur les parties profondes et ne dépassant pas le plan sous-cutané. Cette souffrance est surtout vive lorsque (le fait n'est pas rare), autour de la base, la peau est rouge, enflammée, indurée, prurigineuse, et même douloureuse à la pression. De là une gêne mécanique, variable suivant les régions.

En dehors de cette complication, le siège usuel à la tête rend le pronostic assez ennuyeux, sauf intervention, vu la difformité que cause, sur des parties découvertes, une excroissance semblable. Mais il faut ajouter que l'évolution est d'une grande lenteur.

Quelques auteurs anciens ont prétendu que les individus porteurs de cornes acquéraient certaines analogies physiologiques avec les animaux à cornes. Nous nous égayons aujourd'hui de cette opinion et des observations sur lesquelles Bartholin, Fabrice d'Aquapendente, François Plazoni avaient voulu l'étayer, en nous montrant des moines italiens à la fois cornus et méricystes.

On a parlé de guérison après chute spontanée, mais on ne se fonde guère que sur une observation de Rayer. La chute spontanée existe, n'est même pas rare et a parfois une périodicité remarquable. Mais elle n'est presque jamais curative et la corne ne tarde pas à repousser.

Le plus qu'on puisse espérer est la persistance à l'état stationnaire. Mais il faut aussi tenir compte de la transformation en cancroïde du papillome sur lequel s'implante la corne. Ainsi Boyer a opéré un homme de quarante ans chez qui une corne de la joue devint, au bout de plusieurs années, l'origine d'une tumeur maligne qui récidiva deux fois de suite. Denucé a vu mourir, par envahissement du bras et de l'aisselle, une femme de quatre-vingts ans atteinte de cancroïde à la suite d'une corne du bras gauche.

En raison de cette évolution possible vers l'épithélioma, le *traitement* sera actif. On a plusieurs fois coupé ou scié la corne au ras de la peau : mais l'excroissance renaît toujours. La seule thérapeutique rationnelle consiste dans l'extirpation, après avoir cerné largement la base par une incision circulaire ou elliptique. Aujourd'hui, en effet, on n'aura plus recours aux caustiques, conseillés par l'Académie de chirurgie à l'égal du bistouri.

III

TUMEURS ÉPITHÉLIALES

Les adénomes de la peau ont été complètement décrits par Quénu dans l'étude générale des adénomes : je n'ai qu'à renvoyer à ce chapitre. Il en est de même pour l'anatomie pathologique des épithéliomes glandulaires ou non, lobulés, tubulés, polymorphes ou calcifiés; pour les raisons par lesquelles on a cherché à expliquer la bénignité relative des cancroïdes cutanés [1]. Mais, en raison de cette bénignité même, le cancroïde de la peau mérite une description spéciale, qu'on écourte trop volontiers dans nos plus récents traités de pathologie. Il y a même une confusion qu'il importe de faire cesser : cancroïde cutané est devenu, à juste titre, à peu près synonyme de cancroïde de la face, mais on n'a pas tardé — et je n'en veux pour preuve que les mémoires de Lebert, de Chapel — à prendre le cancer des lèvres comme type de l'épithélioma de la face. Or, si le cancroïde labial est moins malin que celui de la langue, il est autrement grave que la plupart des cancroïdes réellement cutanés. Les auteurs anglais insistent sur ces différences, et je citerai, de 1827 à ces dernières années, la série ininterrompue des descriptions de Jacob (de Dublin), César Hawkins, Brodie, Paget, Hutchinson, Hulke, Thin, etc. Mais faut-il admettre avec Thin que ce « Jacob's ulcer » aurait été découvert en 1827 par Jacob, que Nélaton aurait été, en 1844, le premier Français qui en aurait parlé? Absolument pas. Ces descriptions sont, en réalité, fort anciennes; on les trouve assez nettes dans les écrits de A. Paré, de Jean de Vigo, de Ledran, de Richter; on les trouve très nettes, en notre siècle, dans ceux d'Alibert, de Boyer, et c'est seulement depuis quelques années que la confusion s'est établie avec le cancer des lèvres. En Allemagne, cette confusion, moins grande que chez nous, ne semble pas avoir été complètement évitée. Depuis les recherches de Thiersch sur les épithéliomes, O. Weber, Trendelenburg, dans les traités classiques, ont décrit avec soin le cancer superficiel de la face : mais ils s'occupent en même temps du cancer infiltrant des lèvres.

Les chirurgiens anglais ont eu le mérite de toujours bien distinguer le vrai

[1] Voy. p. 559.

cancroïde cutané, mais ils ont eu tort en individualisant complètement ce « rodent ulcer », en se refusant à en faire un épithélioma, une tumeur. En clinique, ils ont à peu près raison, mais en histologie ils ont tort. Dans ces dernières années, au Congrès international de dermatologie et dans la thèse de Dangerfield [1], W. Dubreuilh (de Bordeaux) a cherché à soutenir la doctrine anglaise, et à démontrer que l'ulcère rongeant était une forme de psorospermose cutanée. Mais, actuellement, il semble démontré qu'on a pris pour des parasites des formes spéciales de dégénérescence cellulaire et jusqu'à nouvel ordre ces coccides, dont on a tant parlé, doivent rentrer dans l'oubli.

Ledran, Mémoire avec un précis de plusieurs observations sur le cancer. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, t. III, p. 5, 1757. — Alibert, *Nosologie naturelle*, t. I, p. 511. — Lebert, Du cancer et du cancroïde de la peau. *Mém. de la Soc. de chir.* Paris, 1851, t. II, p. 481. — Chapel, Du cancroïde de la face. *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1856, t. XX, p. 169. — Busch, Beiträge zur Kenntniss der Entstehung des Epithelialkrebs der Haut. *Arch. f. klin. Chir.*, 1877, p. 672. — Tilbury and Colcott Fox, Rodent ulcer. *Trans. of path. Soc.* London, 1879, t. XXX, p. 360. — Schuchardt, Beiträge zur Entstehung des Carcinom aus chronische entzündete Zustände. *Sammlung klin. Vorträge*, n° 257, 1885. — G. Thin, On cancerous affections of the skin. London, 1886. — Consultez en outre les traités de Boyer, Nélaton, t. I, p. 389; Jamain et Terrier, t. III, p. 595.

Étiologie. — Le cancroïde de la peau est celui qui se prête le mieux à l'étude des causes déterminantes; c'est lui que Quénu a pris pour type quand il a montré l'influence des *cicatrices*, des *irritations diverses*, etc., sur le développement des épithéliomes [2]. Les *crasses des vieillards* sont une cause fréquente, surtout chez les sujets malpropres : cette variété a été bien étudiée en France par Audouard, en Allemagne par Busch, Volkmann, Schuchardt. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit des *kystes sébacés*, des *cornes*. Dans des cas exceptionnels, Cartaz, J.-C. White, H. Hébra [3] ont fait voir que le psoriasis peut subir la même dégénérescence. Au sein, c'est souvent à un *eczéma* invétéré qu'on a rapporté la « maladie de Paget ».

Certaines *éruptions artificielles* ont une fâcheuse tendance à ces métamorphoses. Volkmann, Ackermann, Schuchardt insistent sur le rôle des brûlures incomplètes causées par les gouttelettes de liquide sur la peau des ouvriers dans les fabriques de *goudron*, de *paraffine*. De là des pustules, des croûtes, et, lorsque les sujets sont quelque peu avancés en âge, le cancroïde cutané est fréquent parmi eux, aux régions atteintes par la dermatose : mains et avant-bras, face, scrotum. Il n'est pas enfin jusqu'à une engelure du bout du nez qui ne puisse dégénérer de la sorte.

La dégénérescence cancroïdale du *lupus* offre une fréquence relativement grande. Non point sur le lupus en voie d'activité où, malgré des observations de Volkmann, Hébra, Thoma, Schutz, Lang, etc., le fait est assez rare. P. Raymond n'a pu réunir que 13 cas de cette complication, et Bidault se demande même si l'origine n'est pas toujours dans un point cicatriciel : mais cette hypothèse est quelquefois certainement erronée. Sur les cicatrices de lupus, nous sommes en présence de faits qui sont d'observation assez usuelle, et, depuis les études de Devergie, de Rayer, à peu près tous les dermatologistes et bon nombre de chirurgiens en ont publié. Il semble toutefois que Hyde soit tombé sur une série anormalement défavorable quand il dit que 2 lupus sur 20 dégénèrent de

[1] H. Dangerfield, Thèse de doct. Paris, 1891-1892.
[2] Voy. p. 587.
[3] Cartaz, *Bull. de la Soc. anat.*, 1877, p. 549. — H. v. Hébra, *Monatschr. f. prakt. Dermat.*, 1887, n° 1, p. 1.

la sorte. Ch. Lailler et son élève Audouard font remarquer que cette complication est surtout à craindre dans le lupus acnéique. Le sexe masculin serait plus souvent atteint. Chez quelques malades, on note l'hérédité cancéreuse. Les lupiques chez lesquels un cancroïde se déclare ainsi sont presque toujours âgés de plus de quarante ans, et la plupart ont même dépassé cinquante ans.

Cet âge est d'ailleurs celui de tous les cancroïdes cutanés, ou à peu près. Il faut faire une exception pour l'épithélioma calcifié et pour la dermatose toute spéciale appelée *xeroderma pigmentosum*. Dans cette dernière, c'est presque toujours chez des enfants en bas âge que la maladie débute.

Étude clinique. — Il est impossible de réunir tous les épithéliomas cutanés en une seule description. Je m'occuperai d'abord du type le plus vulgaire, celui qui a été désigné depuis bien longtemps par le nom d'*ulcère chancreux*. Puis j'indiquerai les particularités du *lupus devenu épithéliomateux* et du *xeroderma pigmentosum*.

Ulcère chancreux. — L'ulcère chancreux du visage (puisque la face en est le siège habituel) débute insidieusement sur une lésion préexistante, soit sur une de ces petites élevures dont on a peut-être exagéré la nature glandulaire, soit sur une plaque de crasse des vieillards. Une ulcération se constitue, à fond rouge, non bourgeonnant, indolente ou seulement prurigineuse, ne différant guère d'un ulcère simple que par un mince rempart induré, par des bords peu creusés, mais taillés à pic et un peu renversés en dehors; par une base résistante, dépassant un peu le pourtour de la solution de continuité. Il y a donc une légère tumeur et non pas une ulcération seulement.

Cette ulcération gagne de proche en proche, très lentement, souvent par petits noyaux isolés, d'où un aspect festonné du bord. Elle semble attirer à elle les parties molles, qui s'écartent après l'ablation, et le chirurgien s'étonne volontiers de la largeur de la brèche qu'il vient de créer. Pendant que les bords envahissent, le centre peut se cicatriser, et l'on a même observé la cicatrisation complète. Qu'on ne compte pas, cependant, sur la guérison spontanée, car la cicatrice s'ulcère à nouveau, et Thierfelder l'a expliqué en constatant sous elle des traînées épithéliales persistantes.

Le processus ulcéreux a une malignité locale réelle. Les surfaces malades sont par places à vif, par places croûteuses, sécrètent un ichor fétide et presque toute, toute la face même est rongée. « J'ai pu voir, dit A. Bérard, des malades chez lesquels les orbites, les fosses nasales, la bouche ne formaient plus qu'une cavité. » Tous les chirurgiens ont observé de ces délabrements hideux. Mais, avant d'en arriver là, l'évolution a été lente, très lente même; et, d'autre part, l'état général reste souvent excellent chez des sujets qui n'ont plus figure humaine. Les ganglions correspondants ne s'engorgent même guère; il convient toutefois de ne pas exagérer, et j'ai vu à l'hôpital Saint-Louis des malades qu'une adénopathie volumineuse empêchait de débarrasser d'un cancroïde médiocre, greffé sur une crasse des vieillards.

C'est dans cette variété, comme dans les épithéliomas dits sudoripares ou sébacés, qu'on observe parfois les cancroïdes multiples, mentionnés déjà par Rayer, par Michon, étudiés par Rigaud [1], vus par Verneuil, Winiwater, Audouard. Les ulcérations occupent soit la face seule, soit la face et d'autres régions

[1] Rigaud, *Contribution à l'étude de l'épithéliome disséminé.* Thèse de Paris, 1878, n° 48.

du corps, les mains surtout, et on a parlé de contagion, d'autant plus que la plupart du temps les tumeurs débutent successivement, et non point ensemble.

Certaines particularités tiennent au siège de la lésion. Les épithéliomas du front, de la tempe, entament parfois le squelette sous-jacent; le sujet peut même mourir de méningite, et, en tout cas, l'intervention chirurgicale ne tarde pas à devenir compliquée. Certains cancroïdes situés vers le grand angle de l'œil envoient vite des bourgeons dans les glandes lacrymales, dans les cellules ethmoïdales et l'éradication complète du mal devient bientôt impossible.

Le *diagnostic* de l'*ulcus rodens* est presque toujours évident. L'analogie serait assez grande avec le chancre arsenical si l'on n'avait pour se guider la notion étiologique, les éruptions concomitantes de la face, des mains, du scrotum. Le *chancre syphilitique* extra-génital, modifié par des topiques divers, pourrait, à première vue, en imposer, chez un sujet âgé; la roséole bientôt lèvera tous les doutes. C'est par exception seulement, pour les cancroïdes serpigineux qui se cicatrisent partiellement, qu'on hésitera avec la *syphilis tertiaire* ou le *lupus*. Nous avons dit, en parlant du lupus tuberculeux, qu'alors tous les caractères vulgairement connus peuvent être en défaut.

On établit parfois un diagnostic entre le cancroïde cutané et ce que Follin appelait *ulcère cutané papillaire*. Or, cette lésion semble être tout simplement une crasse de vieillards ulcérée, et, comme pour toutes les lésions capables de subir une dégénérescence maligne, la question se pose de la manière suivante : Y a-t-il ou non début d'épithélioma? Les premiers indices de la transformation sont bien peu accentués; l'induration des bords est un des plus précoces et des plus fidèles.

Cancroïde du lupus [1]. — J'ai dit que le cancroïde pouvait s'implanter sur le lupus cicatrisé ou en activité; dans ce dernier cas, il naît sur une ulcération ou dans un tubercule. Vidal et Leloir décrivent deux formes : l'une végétante, assez spéciale aux cancroïdes du lupus; l'autre ulcéreuse, qui serait plus rare. L'ulcération peut être rapidement destructive, et P. Raymond pense que certaines lésions attribuées au *lupus vorax* sont en réalité des épithéliomas greffés sur lupus. Ce cancroïde est plus grave que l'*ulcus rodens* vulgaire. L'engorgement ganglionnaire est plus fréquent, et surtout l'évolution locale est plus rapide.

Le diagnostic n'est pas contesté dans les cas où les caractères du cancroïde, l'induration surtout, sont nettement tranchés. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et même histologiquement le diagnostic avec certaines formes de lupus ulcéreux peut être délicat (Vidal et Leloir). Aussi bien Busch parlait-il naguère d'un lupus épithéliomatoïde, et en 1875 Orth se demandait s'il n'y avait pas une variété de lupus consécutive à l'épithélioma. Les recherches de Schutz ont montré qu'il s'agit alors bien d'un épithélioma, mais on conçoit que le clinicien puisse être embarrassé.

Xeroderma pigmentosum [2]. — Cette maladie a été décrite pour la première fois par Kaposi en 1870, et depuis les observations se sont multipliées. Presque

[1] Outre les principales publications sur le lupus, consultez sur le sujet spécial : Thoma, *Virchow's Arch.*, 1875, t. LXV, p. 514. — Discussion de la Soc. de méd. berl., 1875. *Berl. klin. Woch.*, p. 329 et 377, et *Viertel. f. Dermat.*, p. 477. — Kaposi, *Viertelj. f. Dermat.*, 1879, p. 75. — Richter, *Ibidem*, 1788, p. 69. — Bidault, Thèse de Lille, 1886-1887, n° 26. — P. Raymond, *Ann. de dermat. et de syph.*, 1887, p. 157 et 254. — Desbonnets, Thèse de Paris, 1893-1894.

[2] Kaposi, *Wiener med. Jahrb.*, 1882, p. 619. — Neisser, *Viertelj. f. Dermat.*, 1883, p. 47. — Pick, *Ibidem*, 1884, p. 3. — Taylor, *Med. Record.* New-York, 1888, t. XXXIII, p. 261 (bibliographie). — E. Vidal, *Ann. de dermat.*, 1883, p. 621. — Arnozan, *Ibidem*, 1888, p. 546. — Quinquaud, Thibierge, *Ibidem*, décembre 1889 (Congrès de dermatologie).

toujours, elle débute entre le troisième mois de la vie et la fin de la deuxième année (24 fois sur 26, nous dit Taylor); dans un cas de Kaposi, à seize ans; dans un cas de Schwimmer à quarante-cinq ans. On voit d'abord un érythème qui, de la face, descend peu à peu sur le haut du thorax, puis, au bout de quelques semaines ou quelques mois, fait place à des macules pigmentaires ou à des télangiectasies. De là des taches de forme et de dimensions variables, irrégulières, un peu saillantes; les unes brunes ou noires, les autres rouges, vasculaires. Très nombreuses chez les jeunes sujets, elles deviennent moins abondantes après quinze ou seize ans. Des altérations atrophiques se produisent au bout d'un certain temps; la peau de la face, amincie, laisse transparaître les vaisseaux dilatés, et parfois la rétraction détermine de l'ectropion, de l'atrésie des narines ou de la bouche. Puis, en même temps que les lésions précédentes occupent certaines régions, des tumeurs épithéliales se développent, multiples, d'abord semblables aux verrues séniles. Le plus grand nombre sont éliminées spontanément et laissent après leur chute des cicatrices analogues à celles de la variole. Mais toutes n'ont pas une semblable bénignité. Quelques-unes, surtout au voisinage des orifices muqueux, s'ulcèrent, creusent, détruisent; les ganglions correspondants s'engorgent, et le patient meurt cachectique, en général vers vingt-cinq ans. Il est à remarquer que les lésions occupent principalement les parties découvertes, et que là surtout elles deviennent ulcéreuses. Leur évolution est précipitée par le séjour à l'air vif, et Thibierge a fait observer que presque tous les malades sont des campagnards. La maladie frappe souvent plusieurs enfants d'une même famille. Il n'y a pas d'hérédité directe, mais on a constaté parfois des antécédents cancéreux.

Traitement. — Dans le *xeroderma pigmentosum* il va sans dire que le traitement chirurgical est nul. Pour les lupus dégénérés l'ablation au bistouri devra être rapide et large; mais trop souvent, à la face, elle devient vite impraticable, et, en tout cas, elle nécessite des réparations autoplastiques importantes.

Pour l'ulcère chancreux encore bien limité, les caustiques fournissent d'assez bons résultats, à condition d'être énergiques. Sans quoi ils donnent un coup de fouet au *noli me tangere*. Les caustiques arsenicaux ont joui d'une longue vogue, depuis la pâte de Guy de Chauliac jusqu'à celle de Rousselot [1]. D'autres auteurs préfèrent la pâte de Vienne. Plus récemment, Lutz, Mosetig-Moorhof, E. Doyen, ont préconisé l'acide lactique. Landowski a cherché à vulgariser l'emploi, populaire, paraît-il, chez des sauvages d'Amérique, du suc de l'*Euphorbia leterodex*. Et, surtout depuis Tedeschi (1846) et Milon (1851), on a vanté les bons effets du chlorate de potasse [2]. Ce sel est appliqué en solution concentrée ou même en poudre. Darier [3] a utilisé récemment l'action élective des cellules épithéliales pour le bleu de méthylène. Après avoir bien décapé l'ulcération, on l'anesthésie à la cocaïne, puis on l'imbibe au bleu de méthylène et on touche à l'acide chromique à 1/5, avec un stylet d'acier, les points qui ont pris la couleur. On répète cette action 4 ou 5 fois, à deux ou trois jours d'intervalle, puis on panse au bleu de méthylène simplement. Le traitement dure de trois semaines à deux mois.

[1] Voy. Garès, Thèse de Paris, 1882, n° 182.

[2] Voy. sur ce sujet : Bergeron, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1863, p. 273. — Euthyboule, Thèse de Paris, 1877, n° 183. — P. Reclus, *Gaz. des hôp.*, 1887, p. 201. — Hyvernaud, Thèse de Paris, 1886-1887, n° 196.

[3] Darier, *Ann. de derm. et de syph.*, 1893, p. 731. — T. Domet, Thèse de doct., 1894-1895.