

L'acné des cachectiques paraît surtout sur le tronc et vers les extrémités. Elle est formée de papulo-pustules livides, violacées et laisse de petites cicatrices. Son évolution est des plus lentes. Elle est souvent associée au *lichen scrofulosorum*, et on la regarde elle-même comme une tuberculide.

Quand l'eczéma papuleux forme des groupes arrondis, il y a quelque ressemblance au *lichen scrofulosorum*. Mais cet eczéma n'a pas une localisation si caractéristique; ses squames sont plus épaisses, et elles se mélangent avec des croûtelles, car l'affection devient habituellement vésiculeuse. Enfin le prurit y est très marqué.

La syphilis lichénôïde en groupes présente de petites papules dures, brillantes, disposées en lignes circulaires, et fréquemment localisées aux plis articulaires. Leur couleur est d'un rouge de jambon et les squames dont elles sont couvertes ne sont pas centrales, mais périphériques. On voit souvent, entre ces éléments, d'autres papules plus volumineuses et caractéristiques de la syphilis. En cas de syphilis, il y a d'autres manifestations spécifiques, et en cas de *lichen scrofulosorum* d'autres manifestations scrofulo-tuberculeuses. Quelquefois cependant on ne sera hors de doute qu'après l'essai du traitement anti-syphilitique.

La confusion peut se faire aussi avec le *pityriasis rubra pilaris*. Quelquefois, dit Hallopeau, la concrétion cornée qui surmonte les papules du *lichen scrofulosorum* se prolonge sur le poil follet qui en émerge, et l'engaine jusqu'à une certaine hauteur⁽¹⁾. La ressemblance avec le *pityriasis rubra* peut être alors frappante. Mais l'intégrité de la face dorsale des doigts, du visage, permettra d'éviter l'erreur.

Pronostic. — Il est toujours permis de porter un pronostic favorable, car cette dermatose guérit facilement quand elle est traitée. Elle guérit aussi après un temps plus ou moins long quand on l'abandonne à elle-même. Mais sa présence montre que le sujet qui la porte est infecté par la tuberculose, et ce fait a toujours une signification grave.

Traitement. — La base du traitement doit être l'huile de foie de morue associée ou non à l'iode. Hebra donnait l'huile de foie de morue à l'intérieur, et aussi à l'extérieur en frictions. Hallopeau conseille la même médication.

Kaposi prescrit :

- | | | |
|----|----------------------------------|------------------|
| 1° | Iode pur | 45 centigrammes. |
| | Huile de foie de morue | 150 grammes. |
- à prendre une cuillerée matin et soir.

2° Onctions avec l'huile de foie de morue ou avec un corps gras deux ou trois fois par jour.

On peut ordonner aussi l'huile de foie de morue associée à l'arséniate de

(1) HALLOPEAU et BUREAU, Sur un cas typique de lichen scrofulosorum. *Soc. franç. de dermat.*, 1896, p. 482.

soude; et comme médication externe les bains de son, les frictions stimulantes, les lotions à l'eau de goudron ou à l'eau salée. Si ces topiques ne suffisent pas à faire disparaître les lésions, on usera de pommades à la résorcine, à l'ichtyol, aux acides tartrique, salicylique, etc.

Il faut recommander surtout aux sujets la vie au grand air, le séjour des plages maritimes quand cela se peut, et une nourriture variée et substantielle.

TUBERCULIDES PAPULO-NÉCROTIQUES OU FOLLICLIS

Historique. — Cette dermatose, à laquelle dix auteurs ont assigné des noms différents, paraît avoir été distinguée pour la première fois par Hutchinson, en 1879, dans ses leçons sur le lupus érythémateux⁽¹⁾. L'année suivante, Cæsar Bœck, en présenta la première description complète sous le nom de *lupus érythémateux disséminé*, qui fait concevoir une fausse idée de l'aspect de cette affection. Se fondant surtout sur l'anatomie pathologique, il la considérait comme une forme du *lupus érythémateux disséminé* de Kaposi, et la rapprochait de certaines formes de lupus érythémateux étudiées par Hutchinson⁽²⁾. Brocq, en 1890, la décrit dans son traité, sous le nom de *Folliculites disséminées des parties glabres à tendance cicatricielle*. Barthélemy, dans son mémoire de 1891, l'appella *folliclis*⁽³⁾ parce qu'il la regardait comme une variété de folliculite; et Bronson, cette même année, la nomma *acné varioliforme des extrémités*. Après eux d'autres auteurs apportèrent des dénominations nouvelles. L'*hydrosadénite disséminée suppurative* de Dubreuilh, les *engelures nécrosiques* d'Allen⁽⁴⁾ désignent encore la même affection. Tenneson, en 1896, proposa le terme de *granulome innominé*⁽⁵⁾. Cette même année-là le mot de *tuberculides* fut imaginé par Darier et appliqué par lui à cette dermatose⁽⁶⁾; et dès lors Hallopeau la désigna du nom de *tuberculides acnéiformes et nécrotiques*. Mais, la ressemblance avec l'acné n'étant pas constante, Hallopeau a préféré depuis le terme de *toxi-tuberculides papulo-nécrotiques*, qui exprime une hypothèse pathogénique. Le nom de *folliclis*, tout impropre qu'il est, est encore fort usité. Nous adopterons celui de *tuberculides papulo-nécrotiques*.

Les rapports de cette affection avec le lupus érythémateux, qui avaient été remarqués déjà par Hutchinson et Cæsar Bœck, ont été de nouveau mis en relief par Hallopeau, Thibierge et Brocq.

C. Bœck a synthétisé l'étude de tous les cas publiés jusqu'en 1897, dans son

(1) HUTCHINSON, *Lectures on clinical surgery*, 1879, vol. I.

(2) BÖECK, *Vierteljahrsschrift*, 1880, p. 58. — HAURY, Essai sur les tuberculides cutanées. *Thèse de Paris*, 1890, p. 29.

(3) BARTHÉLEMY, *Arch. de dermat. et de syph.*, 1891, et *Soc. franç. de dermat.*, 1890.

(4) ALLEN, *New-York dermat. Soc.*, 1897.

(5) TENNESON, LEREDDE et MARTINET, *Ann. de dermat.*, 1896, p. 915.

(6) DARIER, Les tuberculides cutanées. *Soc. de dermat.*, 1896.

mémoire sur *Les exanthèmes de la tuberculose* (1), et Haury, dans sa thèse inaugurale de 1899, a repris et poursuivi le travail de Cæsar Boeck.

Symptômes. — Cette dermatose est caractérisée par une éruption de papules aplaties qui se développent dans la profondeur du derme, où elles s'enchaissent comme des grains de plomb. Grosses d'abord comme une tête d'épingle, elles atteignent peu à peu le volume d'une lentille. Leur surface est arrondie, de couleur rouge sombre ou violacée, de consistance ferme; elles sont entourées d'une auréole inflammatoire. Puis il se fait au centre de la papule un soulèvement de l'épiderme qui s'emplit de sérosité, ensuite de pus. Cet exsudat se dessèche en une croûte jaunâtre sous laquelle le nodule s'ombilique et s'affaisse. Cette petite croûte est très adhérente; si on l'enlève, on voit se détacher de sa face profonde, comme d'une tête de clou, un prolongement mince et conique, lequel s'enfonce dans une ulcération peu large, mais profonde, creusée en goulot dans l'élément éruptif. Enfin il persiste une cicatrice, large comme une tête d'épingle, un grain de chènevis, d'abord plane et rougeâtre, qui se déprime, pâlit et blanchit dans la suite. Cette cicatrice s'entoure quelquefois d'un liséré pigmenté temporaire.

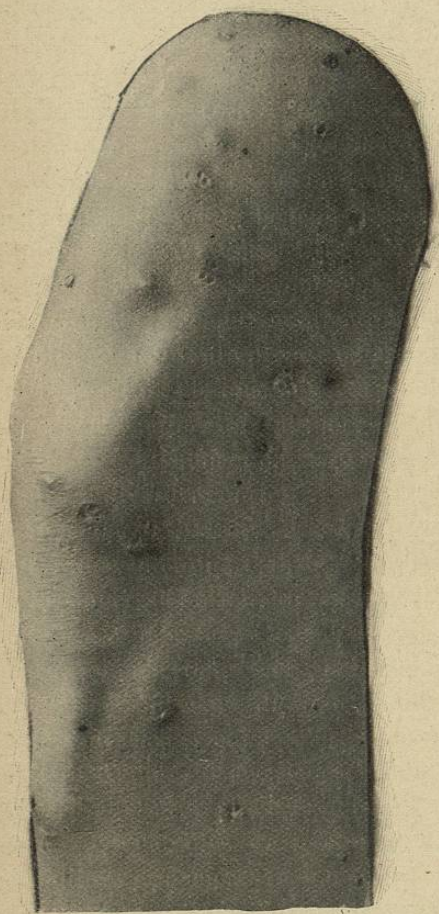


FIG. 143. — Tuberculides papulo-nécrotiques du membre supérieur. (Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1905, Hallopeau.)

fort rares, on la voit s'annoncer par des douleurs vives à la moindre pression; et quand elle a paru elle peut être alors le siège de démangeaisons insupportables (2).

Chaque papule évolue en quatre ou cinq semaines. Leur développement se fait par poussées, de sorte qu'on en voit en même temps à toutes les périodes;

(1) C. BOECK, *Les exanthèmes de la tuberculose*. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1898.

(2) DEBLANCO, *Journal des mal. cut. et syphil.*, avril 1901, p. 245.

les unes cicatrisées, d'autres commençant à paraître, et d'autres en pleine activité. De petites papules avortent quelquefois sans laisser de traces.

Ces boutons, le plus souvent isolés, se rapprochent aussi, se groupent en placards, mais sans se confondre les uns avec les autres.

L'éruption peut se répandre sur les diverses parties du corps; mais elle est plus abondante sur les membres. C'est toujours par les membres qu'elle commence, et particulièrement par les parties qui sont le siège de phénomènes d'asphyxie locale comme les mains, les pieds, les coudes et les genoux. Elle attaque aussi les oreilles, où elle offre l'apparence des engelures, du lupus pernio. Avec le temps, les bords de l'hélix deviennent sillonnés, amincis, déchiquetés, et les cicatrices qui en résultent sont entièrement semblables à celles du lupus érythémateux.

On observe une variété régionale de ces tuberculides, qui se localisent aux pieds, aux mains, pendant plusieurs années.

Quand l'éruption vient à s'étendre, elle suit assez exactement le côté de l'extension dans la continuité des membres, et le dos des articulations. Les boutons, en effet, siègent de préférence sur le dos des phalanges et des poignets, sur l'olécrane, la rotule, à la face postérieure de l'avant-bras et des bras, où ils forment des traînées verticales, à la partie antérieure de la cuisse et de la jambe.

L'éruption occupe souvent la paume des mains et la plante des pieds; Barthélemy l'a vue intéresser la région fessière. Le visage même n'est pas épargné, mais selon la remarque de Barthélemy et de Dubreuilh, ce n'est point dès le commencement, c'est au bout de plusieurs années que cette partie est atteinte.

Ces tuberculides présentent donc dans leur marche une progression ascendante; et cette marche, extrêmement lente, procède par des poussées d'un petit nombre d'éléments qui se produisent d'après des modes divers.

Tantôt les poussées sont égales et ininterrompues. Tantôt les poussées continues sont entrecoupées d'exacerbations saisonnières ou menstruelles; c'est le type rémittent. Tantôt il y a des intermittences, et celles-ci sont bien réglées ou irrégulières. Dans le premier cas, l'éruption est annuelle, ou même bisannuelle; elle paraît au printemps et en automne, ou seulement dans l'une de ces saisons. Beauprez rapporte une observation où elle avait lieu tous les deux ans, en hiver, et cela depuis dix ans (1).

Quant aux types irréguliers, ils sont de beaucoup les plus nombreux.

La durée de chaque poussée éruptive est de six semaines à quatre mois; et leur venue est favorisée par les sueurs profuses, les époques menstruelles, et surtout par les engelures, la cyanose des extrémités, c'est-à-dire par l'état acro-asphyxique.

Outre les formes *régionale* et *disséminée lente* dont il vient d'être parlé, et qui sont les formes ordinaires, on peut décrire avec A. Haury des formes

(1) BEAUPEZ, *Thèse de Paris*, juillet 1898.

rares, à *marche rapide*, où les poussées se succèdent presque sans interruption et où l'éruption, composée de boutons petits, superficiels et agminés en groupes, en placards, se répand en très peu de temps sur toute la peau, plus abondante toutefois dans les parties affectées de préférence. Ces formes rapides se montrent d'ordinaire avec l'apparition ou l'exacerbation d'un mauvais état général et disparaissent avec lui⁽¹⁾.

Anatomie pathologique. — Le terme de *folliculis* ou *folliculites* appliqué aux tuberculides papulo-nécrotiques ne saurait être justifié, puisque ces éléments siègent souvent à la paume des mains et à la plante des pieds, où il n'y a point de follicules pilo-sébacés. D'autre part, Pollitzer, Dubreuilh, Unna, ayant plusieurs fois observé que le fort des lésions était au niveau des glandes sudoripares, avaient cru que ces glandes se trouvaient altérées d'abord, et que l'affection était une *hydrosadénite*. Mais, comme Leredde l'a prouvé depuis par l'analyse histologique, les lésions des glandes sont secondaires et précédées de celles des vaisseaux. Il ne s'agit donc ni d'une folliculite, ni d'une hydrosadénite; et quand il arrive que les glandes sudoripares ou pilo-sébacées paraissent altérées, cela tient à ce que la lésion peut commencer par les vaisseaux qui accompagnent ces organes.

On tombe d'accord aujourd'hui que la lésion principale et constante est une infiltration de cellules lymphatiques et de cellules fixes autour des vaisseaux du derme, lesquels sont eux-mêmes altérés par thrombose, infiltration pariétale, nécrose. On rencontre tous les degrés, depuis une simple infiltration diffuse, jusqu'à la formation du nodule bien limités, avec embryon de follicules tuberculeux. On voit au centre des nodules, tantôt un follicule pilo-sébacé; tantôt une glande sudoripare, mais leurs lésions sont inconstantes, et elles succèdent, comme il vient d'être dit, à celles des vaisseaux.

Voici, d'après Leredde, quelques détails de ce processus histologique. Les altérations commencent dans la partie profonde du derme. Elles sont formées d'éléments cellulaires, lymphocytes et cellules fixes, réunis en amas péri-vasculaires. Ces amas, en se multipliant, constituent des nodules volumineux qui subissent une dégénération profonde. Les noyaux ne peuvent plus être colorés, les protoplasmas deviennent finement granuleux, et l'on aperçoit de gros foyers d'aspect caséux, entourés d'une zone étroite de cellules encore vivantes. En ces mêmes points, les lésions vasculaires sont très marquées. Non seulement il y a de la péri-artérite et de la péri-phlébite, mais il existe aussi des lésions de la tunique interne. Les cellules endothéliales sont tuméfiées et multipliées; le calibre du vaisseau est rétréci, souvent oblitéré par le bourgeonnement des parois ou par des débris granuleux. Comme dans le lupus érythémateux, on peut constater des néoformations vasculaires. La présence de cellules géantes et de cellules épithélioïdes n'est pas constante dans ces lésions, mais fréquente⁽²⁾.

(1) Voir Observation XV de C. BÖECK, *Les exanthèmes de la tuberculose*.

(2) LEREDDE, *Les tuberculides*. *Semaine médicale*, 1900, n° 1.

Philippon fait remarquer que les lésions histologiques diffèrent très sensiblement dans les coupes, selon qu'elles ont été pratiquées dans tel ou tel étage de la peau, et c'est ce qui explique la différence des altérations décrites par les auteurs. On n'a presque jamais examiné que des biopsies superficielles. Il est au contraire de toute nécessité de faire des biopsies profondes, qui intéressent la peau et l'hypoderme, pour rencontrer des lésions constantes et caractéristiques. Ces biopsies profondes ont permis à Thibierge et à Ravaut de découvrir des cellules géantes dans l'érythème induré. Elles ont permis tout récemment à Philippon, dans un cas de tuberculides papulo-nécrotiques, de déceler dans l'hypoderme des lésions importantes d'endophlébite et de périphlébite. Une biopsie superficielle n'eût montré que des lésions inflammatoires, tandis que l'hypoderme recélait des lésions considérables de nécrose. Peut-être, dit à ce propos Philippon, l'origine des altérations de la peau dans les tuberculides est-elle toujours dans une phlébite primitive⁽¹⁾.

Étiologie. — Pathogénie. — Les deux premières observations publiées par C. Bœck, en 1880, concernaient deux jeunes gens scrofuleux depuis leur enfance et porteurs de polyadénopathies tuberculeuses; et, chez tous les malades que Bœck a vus depuis ce temps-là, l'affection s'est trouvée liée aux diverses formes de la tuberculose. Les autres auteurs ont rencontré comme lui, presque sans exception, des adénites cervicales, carotidiennes, sous-maxillaires, suppurées ou non, des ganglions tuberculeux de l'aisselle, une induration du poumon, et souvent une induration commençante. Ils ont noté la présence simultanée, sur le même sujet, de ces tuberculides papulo-nécrotiques et d'une tuberculose cutanée, lupus ou gomme scrofuleuse; et, s'il arrivait que le sujet ne parût pas tuberculeux, on retrouvait la tuberculose dans sa parenté.

Les auteurs qui se sont appliqués à la découverte du bacille de Koch dans les tuberculides papulo-nécrotiques ont fait de vaines recherches, et les inoculations qu'ils ont tentées avec le tissu pathologique n'ont point réussi. Cependant Philippon assure que, dans un autre cas accompagné de phlébite, semblable à celui dont il a été parlé ci-dessus, il put colorer ces bacilles et rendre un lapin tuberculeux en inoculant, dans la chambre antérieure de l'œil, des fragments du nodule excisé.

Plus on étudie, a dit Jadassohn, ces tuberculides dont on attribue la cause à des toxines tuberculeuses élaborées dans des foyers internes, plus on arrive à se persuader que ce sont des lésions produites par le bacille lui-même⁽²⁾.

Cette opinion est aussi celle de Deblanco, qui a pensé pouvoir appuyer de l'observation suivante :

Une jeune femme scrofuleuse, affectée d'adénites cervicales, est atteinte sur les membres, du côté de l'extension, de poussées subintrantes d'éléments

(1) PHILIPPSON, Contribution à l'étude des tuberculides. *Presse méd.*, 1902, p. 214.

(2) JADASSOHN, Des formes de la tuberculose cutanée. *Semaine médicale*, 1898, p. 279.

papulo-nécrotiques qui laissent après eux une grande quantité de cicatrices plates, entourées d'un anneau de pigment. Durant ces poussées nodulaires, il se produit un jour une inflammation nettement tuberculeuse dans la gaine des tendons extenseurs du pouce gauche. La synovite et l'altération cutanée, survenues en même temps et sous l'influence des mêmes causes, doivent être, dit Deblanco, également tuberculeuses et bacillaires⁽¹⁾.

Diagnostic. — Le siège de nodosités dans l'épaisseur du derme, leur début par les membres, vers leurs extrémités, la longue durée de l'affection qui procède par poussées, les cicatrices persistantes : cet ensemble de symptômes ne permet pas de méprises touchant le diagnostic. Ajoutez à cela l'évidence de lésions scrofulo-tuberculeuses.

On verra donc aisément qu'il ne s'agit pas de cicatrices de *variole*, non plus que d'*acné*, dont la localisation est bien différente.

L'*hydroa vacciniiforme*, qui laisse de petites cicatrices sur les mains et sur le visage, est caractérisé par des *vésicules ombiliquées*; et ces vésicules naissent par poussées, sous l'influence du soleil et des vents.

On a vu que les tuberculides papulo-nécrotiques altèrent parfois les oreilles, comme font les engelures ou le lupus érythémateux. Mais, quand les tuberculides papulo-nécrotiques affectent les oreilles, elles affectent aussi les membres, où elles abondent, et où il est facile de les reconnaître.

Pronostic. — Sans importance par ses lésions, cette éruption est la marque de l'infection tuberculeuse de l'organisme, le plus souvent évidente, mais latente quelquefois. Elle doit alors surtout éveiller les soins du médecin, et lui faire craindre qu'il ne se manifeste tôt ou tard, dans son malade, des lésions de tuberculose pulmonaire.

Traitement. — C. Bœck recommande les applications d'eau blanche en compresse, en lotions, sur les parties atteintes. Hallopeau emploie la solution de sublimé au 5/1000^e en applications permanentes, l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre rouge de Vidal.

Mais les toniques, l'huile de foie de morue surtout, seront ordonnés avec bien plus d'avantage que les topiques.

Tout ce qui accélère la nutrition améliorant la scrofulo-tuberculose, on obtiendra d'excellents effets des eaux chlorurées sodiques en général, et des eaux chlorurées sodiques arsenicales, comme celles de la Bourboule.

ACNITIS

L'acnitis, comme on va le voir, est aussi une tuberculide papulo-nécrotique. Mais c'en est une variété intéressante et qui mérite d'être considérée à

⁽¹⁾ DEBLANCO, *Journal des mal. cut. et syph.*, avril 1901 p. 245.

part, à cause de la situation plus profonde de ses nodules, du mode différent de leur distribution, et de quelques détails importants de leur structure microscopique.

Barthélemy la décrit en 1891 et lui donna le nom qu'elle porte⁽¹⁾. L'affection que Pick a appelée *acné varioliforme* de Hebra, Politzer, *hydradénite destructive suppurative*, et Kaposi, *acné telangiectodes*, présente tous les caractères de l'acnitis. La description faite par Barthélemy s'applique à tous ces cas sans exception.

Symptômes. — L'acnitis débute sans fièvre, sans douleurs, par la production sur le front et sur les tempes de petits nodules arrondis et très durs, gros comme un grain de millet, un grain de plomb, roulant sous le doigt et situés profondément dans l'hypoderme. Ils augmentent peu à peu de volume et atteignent, au bout de dix ou douze jours, celui d'un pois qu'ils passent rarement. En même temps la peau rougit, le contenu du nodule se ramollit, devient fluctuant, et il se forme à sa surface une petite pustule qui s'ouvre et laisse s'écouler une ou deux gouttes d'un pus plus ou moins séreux; quelquefois il en sort un bourbillon véritable. Après quatre ou cinq jours, la suppuration se tarit, et il se produit une croûte d'un brun jaunâtre. Il faut encore de dix à quinze jours pour que l'infiltration se résorbe. Enfin, lorsque la croûte est tombée, c'est-à-dire un mois environ après le début du nodule, il ne reste qu'une cicatrice plus ou moins étendue, ordinairement déprimée et entourée d'un liséré brun.

Ces éléments paraissent n'avoir aucune connexion avec les glandes pilosébacées. Au commencement, dit Barthélemy, ils se laissent facilement énucléer en totalité, en donnant issue à une masse molle, cireuse et comme glandulaire.

Ordinairement isolés, ces boutons peuvent se rapprocher, au nombre de quatre ou cinq, sur les paupières, les sourcils, l'angle de la mâchoire, où ils forment alors de petites tumeurs anthracoides, qui s'ouvrent par plusieurs orifices.

L'éruption commence toujours par la face; puis, suivant une marche descendante, elle se dissémine sur le cou, le tronc, les membres supérieurs, les jambes et les orteils; mais il peut arriver qu'elle ne passe pas au delà des épaules.

⁽¹⁾ BARTHÉLEMY, De l'acnitis. *Arch. de dermat.*, 1891, et *Soc. franç. de dermat.*, 1899.



FIG. 146. — Acnitis de la face dorsale du poignet et de l'avant-bras. (Mus. de l'hôp. St-Louis, n° 1508.)