

toutes les anfractuosités de la plaie, pour les enlever ensuite au bout de 8 à 10 minutes. En même temps on combattra l'odeur infecte que dégage la plaie par des lotions fréquentes à l'acide phénique ou au permanganate de potasse. Un moyen que nous conseillons d'essayer à l'avenir, ce sont les injections parenchymateuses d'acide phénique à la périphérie du foyer gangréneux, dans les points où ce dernier tend à suivre une marche progressive.

A côté de ce traitement local il faut naturellement veiller à une bonne alimentation du malade, et écarter toutes les causes nuisibles résultant, par exemple, du séjour dans un lieu humide.

Comme appendice aux affections inflammatoires que nous venons de décrire, nous avons à étudier encore deux processus pathologiques qui laissent souvent à leur suite de graves difformités de la face : le **lupus** et la **syphilis**.

§ 15. — Le **lupus** peut s'étendre à toute la face, mais son siège de prédilection est le nez, les lèvres et les joues. Assez souvent on observe en même temps des foyers morbides dans la muqueuse des lèvres, des gencives, du palais dur et mou.

Aussi longtemps que les caractères histologiques du lupus n'étaient pas bien connus, on confondait sous ce nom toute une série d'états pathologiques caractérisés par un gonflement local de la peau avec tendance à l'ulcération. C'est ainsi que l'on admettait, par exemple, un lupus syphilitique, et l'on donnait aussi le nom de lupus à plusieurs affections de la peau qui lui ressemblent sous beaucoup de rapports, et que nous mentionnerons plus loin. Cette manière de voir n'est plus admissible aujourd'hui que le diagnostic clinique du lupus peut toujours être vérifié par l'examen microscopique, et qu'il existe entre le tableau clinique et les lésions anatomiques une relation parfaitement déterminée. Depuis que l'on a constaté dans le lupus la présence des bacilles de la tuberculose, et que l'on a réussi à rendre des animaux tuberculeux en leur inoculant les produits du lupus (DOUTRELEPONT entre autres), cette dernière affection doit être évidemment considérée comme une forme particulière de tuberculose de la peau.

Nous désignons sous le nom de lupus une inflammation chronique prenant son point de départ dans la peau, et caractérisée par sa tendance à la formation de tubercules, à la destruction de la néoplasie inflammatoire et à l'ulcération. Cette affection, lorsqu'elle est de longue durée, se propage aux parties molles profondes, et même aux os et aux cartilages. Les tissus envahis étant partiellement détruits, la guérison ne peut naturellement s'effectuer qu'avec la formation d'une cicatrice. D'après les faits signalés plus haut cette maladie doit être considérée comme une véritable **tuberculose de la peau**.

Si nous examinons un petit fragment de peau présentant les caractères du lupus au début, c'est-à-dire de petites nodosités recouvertes par la peau qui a

pris une coloration rouge, nous trouvons d'abord le tissu cutané envahi par une grande quantité de cellules rondes, qui s'accumulent d'abord surtout le long des vaisseaux, bien que dans les tissus voisins de ces derniers on observe également un certain nombre de ces éléments lymphoïdes. Puis, le long des vaisseaux également, se développent de petites nodosités sphériques, ovalaires ou de formes variées; leur agglomération constitue les tubercules qui soulèvent les couches superficielles de la peau, comme nous le voyons chez les malades atteints de lupus. Ces tubercules sont constitués tantôt par des cellules rondes, tantôt par des éléments épithélioïdes; et, comme les tubercules miliaires, ils sont caractérisés par la présence à peu près constante d'une ou de plusieurs **cellules géantes** (FRIEDLAENDER). Le lupus en se propageant s'étend aussi bien en surface qu'en profondeur, et envahit peu à peu les tissus dans les deux directions. Les *glandes sudoripares*, surtout dans les endroits où elles sont nombreuses, subissent diverses altérations. Elles sont peu à peu détruites par l'accumulation de cellules rondes dans leur tissu interstitiel; quant aux éléments glandulaires, ils ne deviennent que dans de rares exceptions le siège d'une prolifération semblable à celle que présente l'épiderme (voir plus loin); ils meurent le plus souvent par dégénérescence des cellules. Supposons un glomérule isolé dont une partie des cellules subissent ainsi une dégénérescence granuleuse, tandis que les autres restent intactes, il peut en résulter l'apparence d'une cellule géante; et si l'on y joint l'infiltration cellulaire qui a envahi toute la glande, on comprend que cette dernière présente tout à fait l'aspect du tubercule miliaire décrit plus haut (STILLING).

Peu à peu les cellules rondes envahissent la peau dans toute son épaisseur, tandis que l'épiderme s'amincit. Quelquefois cependant ce dernier prolifère et envoie dans le derme dégénéré des végétations ramifiées, qui peuvent présenter des amas de cellules épithéliales formant de petites nodosités; on peut même voir se développer un véritable « carcinome ». Finalement les nodosités se ramollissent, ainsi que la peau qui les recouvre, et un ulcère se trouve ainsi constitué. Lorsque la peau est entièrement envahie par la prolifération cellulaire, elle ressemble à un tissu de granulations, renfermant çà et là des restes de tissu cutané, de tubercules et de cellules géantes. La guérison s'opère par rétraction de ce tissu et sa transformation en une cicatrice recouverte d'une mince couche d'épiderme. Nous avons déjà fait remarquer plus haut que l'on a constaté dans le lupus l'existence des bacilles de la tuberculose.

Le mode de développement du lupus dans les autres parties molles, telles que les muscles, ainsi que dans les cartilages et les os, est tout à fait analogue à celui que nous venons de décrire pour la peau. Il est vrai que les destructions osseuses produites par le lupus sont rarement très étendues.

Lorsque le lupus est de longue durée, d'affreuses difformités de la face peuvent en être la conséquence. L'extrémité et les ailes du nez ont disparu, les lèvres subissent une rétraction et ne recouvrent plus les dents, les paupières se ratatinent et laissent le globe de l'œil à découvert.

Le lupus s'observe le plus souvent dans la jeunesse, et il persiste jusque vers la quarantième année. Dans certains pays il est très répandu, et il peut alors se développer à un âge plus avancé; d'autres contrées, par contre, en sont presque indemnes.

Dans l'étude des *phénomènes cliniques du lupus de la face*, nous devons faire ressortir tout d'abord son siège de prédilection dans les régions mentionnées plus haut. Au début on constate la présence dans la peau de petites nodosités rougeâtres, du volume d'une tête d'épingle et au delà, et recouvertes de petites squames épidermiques. L'aspect ultérieur est déterminé par les altérations anatomiques déjà décrites, ainsi que par une prolifération et une desquamation plus ou moins abondante de l'épiderme de la région affectée (***lupus exfoliativus***). Il est rare d'observer dans les stades ultérieurs de la maladie des amas considérables de nodosités; l'hypertrophie apparente des tissus envahis (***lupus hypertrophicus***) est, presque toujours, essentiellement déterminée par la prolifération inflammatoire donnant lieu au tissu de granulation des dernières périodes du lupus. Ces granulations peuvent encore être recouvertes d'une couche très mince d'épiderme, ou bien cette faible barrière est franchie, et l'on observe alors une ulcération à fond surélevé, et offrant souvent un aspect papillaire très prononcé. Dans d'autres cas, l'ulcération s'étend sans jamais revêtir cette forme hyperplasique.

Sur les muqueuses, le caractère papillaire de la néoplasie est très souvent nettement accusé. Les gencives se recouvrent à leur surface de verrucosités d'un rouge vif, et saignent facilement. Sur la voûte palatine et le voile du palais des masses hypertrophiques et verruqueuses alternent avec de petits ulcères circonscrits. Mais ici encore, de même qu'à la peau, la guérison peut s'effectuer par une régression lente de la néoplasie inflammatoire et une rétraction cicatricielle de la muqueuse envahie, sans qu'il se soit produit d'ulcération. Les malades atteints de lupus de la face sont souvent exempts de tuberculose des organes internes. Par contre on observe fréquemment chez eux des adénites, des arthrites tuberculeuses, et il n'est pas rare alors de les voir emportés par la phthisie pulmonaire. Lorsqu'on cherche à remonter à l'origine du lupus, on constate assez souvent que ce dernier a pris naissance au niveau d'un ganglion lymphatique tuberculeux et caséux ayant contracté des adhérences avec les téguments. Aux extrémités il a volontiers pour point de départ une ancienne fistule osseuse. Le lupus développé dans ces conditions ne diffère en rien de la forme habituelle survenue spontanément dans la peau. Cependant on observe aussi des formes particulières, serpigneuses, qui font penser à la possibilité d'une combinaison du lupus avec la syphilis.

On sait, d'autre part, que, dans quelques cas, le cancroïde se développe sur le terrain du lupus. Pour ma part, j'ai extirpé plusieurs cancroïdes de la joue et un autre du nez, qui tous avaient pris naissance au niveau d'un lupus ulcéré.

Le lupus de la face doit être traité comme une maladie locale, ce qui n'exclut pas toutefois un traitement interne par l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue. Ce que l'on doit tenter avant tout, c'est

de faire disparaître les nodosités du lupus, ainsi que la néoplasie inflammatoire qui les accompagne. Ces deux productions pathologiques siègent superficiellement, et se distinguent par une consistance remarquablement molle, si on la compare à celle de la peau normale ou cicatricielle qui les entoure. C'est pourquoi on se servira avec avantage pour l'opération de curettes à bords tranchants (VOLKMANN) de formes et de dimensions variées. On réussit ainsi très facilement à enlever par le grattage les tissus mous dégénérés, tout en laissant intactes les parties normales et cicatricielles. Cependant on rencontre parfois des nodosités très dures qui se prêtent très mal au traitement par la curette tranchante.

Après cette petite opération pour laquelle on doit, en général, avoir recours à l'anesthésie par le chloroforme, on peut encore pratiquer, surtout dans les points fortement atteints, une cautérisation à l'aide de chlorure de zinc ou d'un crayon de potasse caustique. Après le grattage du lupus, nous avons l'habitude de frotter fortement les parties cruentées avec de la poudre d'iodoforme. Parfois aussi nous faisons appliquer pendant plusieurs jours après l'opération des compresses de sublimé suivant le conseil de DOUTRELEPONT. Parfois il suffit de faire de nombreuses piqûres sur les parties malades à l'aide d'un petit bistouri pointu. Différents chirurgiens se servent aussi avec avantage d'instruments galvanocaustiques, avec lesquels on peut à la fois enlever et cautériser les parties malades.

Le grattage et les cautérisations doivent être répétés un certain nombre de fois. Après la guérison complète, il reste ordinairement une hyperémie chronique de la peau, qui cède parfois aux scarifications multiples du tissu cicatriciel à l'aide d'un bistouri pointu, procédé introduit par VOLKMANN dans la pratique, ou encore, dans d'autres cas, à l'application de substances irritantes, telles que la teinture d'iode ou l'onguent au précipité rouge. Il existe toujours une certaine tendance aux récidives, que l'on se soit servi d'ailleurs de la cautérisation ou des moyens antiseptiques.

Dans certains cas le meilleur mode de traitement consiste dans l'ablation complète, à l'aide du bistouri et des ciseaux, des tissus envahis par la néoplasie. Peut-on dans ces cas, aussitôt après l'opération, remplacer les parties perdues par un lambeau d'autoplastie? C'est une question qui n'est pas encore parfaitement tranchée. DIEFFENBACH admettait que le lupus n'envahit pas le lambeau destiné à combler la perte de substance, et, de fait, on a parfois observé, dans la rhinoplastie, que le nez nouvellement formé restait indemne, et que l'opération plastique avait une influence remarquablement favorable sur la guérison de la maladie.

Le lupus se développant toujours par poussées, on sera d'autant plus tenté de faire une autoplastie immédiatement après l'ablation des parties malades, que l'affection sera plus circonscrite, et qu'elle aura mieux