

lantes. La marche des affections cutanées appartenant à ces deux maladies, présente aussi des différences : ainsi les syphilides ont une marche moins lente ; il est très rare de voir une syphilide durer plusieurs années en occupant le même siège et en conservant la même forme ; ordinairement elle se modifie, et elle apparaît dans une autre région et sous une nouvelle forme, habituellement plus grave. Enfin, dans ce diagnostic, il faut tenir compte des antécédents et des phénomènes concomitants. Il ne faut cependant pas attribuer une valeur absolue aux antécédents, car les deux diathèses ne s'excluent pas, et un individu, ayant eu antérieurement une ophthalmie ou toute autre affection scrofuleuse, peut avoir une syphilide. Les phénomènes concomitants ont une plus grande importance, sans avoir encore une valeur absolue. À l'aide de tous ces caractères, on pourra le plus souvent arriver au diagnostic ; dans quelques cas cependant, il existe un tel mélange de signes, qu'il est difficile, peut-être même impossible, de se prononcer ; il faut alors savoir attendre, et le résultat du traitement viendra souvent faire reconnaître la nature de la maladie. Mais ici encore, il faut faire bien attention : en effet, si l'on avait affaire à une syphilide chez un scrofuleux, comme je l'ai déjà dit, le traitement antiscrofuleux modifiant le terrain et amenant la guérison, on pourrait croire que l'on a eu à traiter une scrofulide. Aussi le meilleur traitement explorateur, dans ce cas, consiste dans l'administration du mercure, qui produira la guérison, ou au moins l'amélioration, si l'affection est de nature syphilitique, et qui, dans la grande majorité des cas, aggravera au contraire la maladie cutanée si elle appartient à la scrofulide.

Division des scrofulides. — Plusieurs variétés de la scrofulide cutanée peuvent coexister chez le même malade ; de là une difficulté réelle de les reconnaître et de les classer d'une manière bien nette. Aussi chaque auteur a

adopté une classification particulière. Récemment on avait donné le nom générique de *lupus* à toutes les variétés de scrofulides graves ; Cazenave, qui avait adopté cette dénomination, a établi quatre espèces de *lupus* : 1° le *lupus érythémateux* ; 2° le *lupus tuberculeux* ; 3° le *lupus ulcéreux* ; 4° le *lupus hypertrophique*. Mais deux de ces espèces, la troisième et la quatrième, ne sont jamais primitives ; elles succèdent toujours à l'une des deux premières ; aussi ne peut-on pas accepter cette division. Bazin, qui admettait l'existence des scrofulides bénignes, appelait scrofulides malignes les affections que nous regardons comme dépendant toujours de la scrofulide. Il les divisait en trois groupes : 1° la scrofulide érythémateuse ; 2° la scrofulide tuberculeuse ; 3° la scrofulide crustacée-ulcéreuse. On peut adresser au troisième groupe le même reproche qu'à deux des variétés de Cazenave ; en effet, la scrofulide crustacée-ulcéreuse de Bazin arrive ordinairement après une scrofulide pustuleuse ou tuberculeuse, et ainsi cet auteur place la même variété dans deux groupes différents, selon la période où elle est parvenue. C'est cette transformation de la même maladie d'un état dans un autre, et la coexistence simultanée de plusieurs formes, qui font la grande difficulté d'une bonne classification des scrofulides ; cependant, quoiqu'il soit impossible de les envisager d'une manière irréprochable, comme les divisions sont indispensables pour l'étude, nous admettrons, en nous fondant sur l'observation clinique, les cinq variétés suivantes : 1° la scrofulide érythémateuse ; 2° la scrofulide cornée ou acnéique ; 3° la scrofulide pustuleuse ; 4° la scrofulide tuberculeuse ; 5° la scrofulide phlegmoneuse. Comme annexes aux scrofulides, nous donnerons, d'ailleurs, une courte description de la tuberculose cutanée et du rhinosclérome de Kaposi.

1^o Scrofulide érythémateuse.

On peut l'appeler aussi *érythémato-squameuse*, parce que la desquamation succède et s'unit souvent aux taches rouges. Indiquée pour la première fois par Biett, qui lui avait donné le nom d'*érythème centrifuge*, cette maladie a été bien décrite par Cazenave; aussi Besnier propose de l'appeler *lupus de Cazenave*, en réservant le nom de *lupus de Willan* à la forme tuberculeuse. Cette scrofulide est caractérisée par des taches d'un rouge foncé, un peu brun, violacé; ce n'est pas la coloration de la syphilis, c'est quelque chose de particulier; la couleur est plutôt violacée que brune; la surface est unie et présente un aspect luisant spécial. La rougeur est permanente; elle disparaît par la pression du doigt, pour reparaitre dès que l'on cesse la compression; elle est augmentée momentanément par les impressions morales, et par toutes les causes d'excitation générale. Ces taches forment un léger relief au-dessus de la peau saine et elles présentent une dépression après la guérison. Elles sont ordinairement arrondies, ovalaires, et leur étendue égale la largeur d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc à leur début; mais elles peuvent s'étendre, se réunir, et alors elles occupent toute une région, par exemple, toute une joue et même la plus grande partie de la face.

La scrofulide érythémateuse commence par cette rougeur que nous venons d'indiquer, bientôt l'épiderme se ride, se détache, et il y a une légère desquamation; elle se fait par de petits furfures foliacés très adhérents, qui tombent difficilement d'eux-mêmes et même qui résistent quelquefois au frottement de la main; au premier abord, ils ressemblent aux squames du psoriasis; un examen plus approfondi fait reconnaître qu'ils sont plus foliacés et qu'ils ne se détachent pas si facilement.

Cette scrofulide siège presque toujours à la figure, sur les joues, au menton et sur le nez; on la rencontre cependant quelquefois sur les membres, aux pieds et aux mains. Elle peut aussi se montrer sur le cuir chevelu, et alors le diagnostic est difficile; on voit des saillies d'un rouge foncé, recouvertes de quelques squames; les cheveux s'étiolent et tombent, et, après la guérison, il y a des places blanches qui peuvent faire croire à l'existence antérieure d'un favus ou d'une pelade.

Comme toutes les scrofulides, la forme érythémateuse existe habituellement sans symptôme de réaction; il n'y a ni chaleur, ni douleur, ni cuisson; la maladie ne manifeste sa présence que par une légère saillie, par la coloration et par l'état squameux; dans quelques cas cependant il y a quelques élancements et, par moments, de légères démangeaisons.

La scrofulide érythémateuse présente une marche très lente; elle a d'abord la tendance à l'extension, puis elle reste stationnaire, et elle peut persister toute la vie, malgré le traitement le mieux dirigé. D'autres fois, l'amélioration se produit; la tache s'affaisse, la coloration pâlit, et la maladie disparaît, mais il reste une cicatrice indélébile, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcération; cette cicatrice, qui ressemble à une brûlure au troisième degré, se produit par absorption interstitielle. La cicatrisation débute ordinairement par le centre de la plaque; c'est cette apparence d'un cercle dont le centre est guéri qui a fait donner par Biett à cette maladie le nom d'*érythème centrifuge*; la description laissée par cet auteur distingué est exacte, mais le nom qu'il a proposé rapproche une maladie grave, profonde, tenace, d'une nature fâcheuse, des véritables érythèmes qui sont habituellement des affections légères, d'un pronostic favorable et qui disparaissent sans laisser de traces. Cette dénomination d'*érythème centrifuge* ne doit donc pas être conservée.

La scrofulide érythémateuse présente la particularité remarquable de se développer de préférence chez les scrofuleux à tempérament sanguin, à face colorée, et elle se montre plus particulièrement à la face comme si la figure y était prédisposée par la congestion habituelle dont elle est le siège.

Anatomie pathologique. — Le lupus érythémateux est constitué par une néoplasie inflammatoire de tous les éléments de la peau, ainsi que cela résulte des recherches histologiques de Neumann (1), de Gedding, de Geber (2), de Thin (3), de Stroganow, de Kaposi (4), de Vidal (5). Les vaisseaux capillaires des papilles et du derme sont dilatés, autour d'eux se produit une prolifération embryonnaire qui pénètre dans le derme et dans les parois des glandes; le tissu conjonctif prolifère également et ses corpuscules sont augmentés; le corps muqueux est envahi, ses cellules se troublent, deviennent granuleuses et la couche cornée épidermique se trouve soulevée et s'exfolie. Il résulte de ces lésions un gonflement et une induration de la peau qui se traduit par la saillie lupique. Plus tard, la prolifération augmente, les papilles s'hypertrophient, les glandes cutanées s'oblitérent, les vaisseaux se rétractent et, le mouvement de régression commençant, une absorption graduelle amène l'amaigrissement des tissus, la destruction des glandes, la disparition du pigment, puis l'atrophie de la peau et la formation d'une cicatrice blanche, déprimée, sèche et glabre; le pigment, les glandes sudorales et pileuses n'existant plus.

(1) Neumann, *Lehrbuch der Hautkrankheiten*. Wien, 1870, trad. en français par Darin.

(2) Geber, *Zur Anatomie des Lupus erythematoïdes* (*Vierteljahrsschrift für Dermat. und Syphilis*, 1876).

(3) Thin, *On the pathology of Lupus erythematosus* (*Medico-chirurgic. Transact.*, vol. LVIII, p. 59).

(4) *Leçons sur les maladies de la peau*, t. II.

(5) *Annales de dermatologie*.

Les lésions que je viens d'indiquer existent tantôt dans les parties superficielles du derme, tantôt dans les parties profondes, quelquefois dans toute l'épaisseur; elles peuvent même atteindre le tissu conjonctif sous-cutané.

Diagnostic. — La scrofulide érythémateuse est surtout caractérisée par une tache rouge, violacée, un peu squameuse, légèrement saillante, ordinairement arrondie, plus ou moins étendue, siégeant le plus souvent à la figure, présentant une marche excessivement lente, et laissant toujours après elle une cicatrice très apparente. Les affections qui peuvent être confondues avec elles sont : les érythèmes, le psoriasis, le pityriasis rubra, le lichen, et surtout la syphilide papulo-squameuse ou tuberculeuse.

Les érythèmes papuleux et noueux se distingueront facilement par leur marche aiguë, par leur rougeur inflammatoire, par leur dissémination aux membres, par la réaction locale et quelquefois générale qui les accompagne, enfin par leur guérison rapide, laquelle a lieu sans laisser d'autres traces que quelques taches ecchymotiques, qui ne tardent pas à disparaître.

Le psoriasis offre, comme la variété de scrofulides qui nous occupe, des taches saillantes, d'un rouge foncé, recouvertes de squames et ayant souvent une apparence circinée; mais les squames psoriasiques sont d'un blanc nacré, elles sont plus épaisses, imbriquées les unes sur les autres, elles sont moins adhérentes; l'éruption est ordinairement répandue en plusieurs endroits, et particulièrement aux genoux et aux coudes, et elle est habituellement accompagnée de démangeaisons. Enfin, quand la guérison est survenue, il n'existe aucune cicatrice.

Le pityriasis rubra présente des plaques plus larges, moins saillantes, plus rouges et plus disséminées; les squames sont plus furfuracées; il y a des démangeaisons et il n'y a jamais de cicatrice apparente.

Si quelquefois le lichen, et surtout le lichen plan, présentent une certaine ressemblance avec la scrofulide érythémateuse, la dissémination de l'éruption, la couleur et le petit volume des papules, l'existence de vives démangeaisons et l'absence de cicatrice suffiront pour le faire reconnaître.

Le diagnostic le plus difficile sera celui qu'on devra établir entre la scrofulide érythémateuse et certaines formes de syphilides. La syphilide papulo-squameuse se distinguera, comme toutes les syphilides précoces, par la diffusion de l'éruption sur une grande partie du corps, par la rapidité de sa marche et par les phénomènes concomitants appartenant à la période secondaire de la syphilis. Quant à la syphilide tuberculeuse en groupes, la saillie des tubercules, leur couleur cuivrée, le peu d'épaisseur des squames, la marche plus rapide de la maladie, les phénomènes concomitants, ainsi que les résultats rapides d'un traitement antisiphilitique, sont autant de signes qui serviront à la faire distinguer.

2° Scrofulide cornée ou acnéique.

Cette maladie, indiquée par Rayet (1) sous le nom de *flux sébacé*, par Hébra sous le nom de *séborrhée congestive* (2), par Devergie sous celui d'*herpès crétacé* (3) et par Chausit sous celui d'*acné atrophique* (4), ressemble beaucoup au loupus érythémateux, tellement même que Besnier propose de ne le considérer que comme une simple variété de cette maladie; mais le siège

(1) Rayet, *Maladies de la peau*.

(2) Hébra, *Traité des maladies de la peau*, trad. par le docteur Doyon, 1872.

(3) Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 3^e édition. Paris, 1863.

(4) Chausit, *Traité élémentaire des maladies de la peau*, d'après l'enseignement théorique et les leçons cliniques de Cazenave. Paris, 1853.

de la lésion dans les follicules sébacés et son aspect particulier m'ont engagé à le considérer comme une espèce distincte de scrofulides; j'ajoute cependant qu'il n'est pas rare de voir réunis, chez le même malade et dans la même région, le loupus érythémateux et le loupus acnéique.

La scrofulide acnéique est caractérisée par une ou plusieurs taches d'un gris sale, quelquefois entourées d'une auréole violacée, légèrement saillantes au-dessus de la peau, assez régulièrement arrondies; à la surface, il n'y a pas de squames, mais on trouve une multitude de petites aspérités, qui donnent à la main la sensation d'une râpe. A la loupe, on constate que les orifices arrondis des conduits sébacés sont élargis, entr'ouverts, et que les aspérités sont formées par de la matière sébacée durcie. Lorsque ces points saillants viennent à tomber, on aperçoit l'orifice du conduit de la glande sébacée béant; mais une nouvelle production ne tarde pas à paraître et à l'obstruer. C'est surtout à la figure, aux oreilles, à la nuque, au cou, que l'on rencontre ces plaques, dont le nombre et les dimensions sont variables.

Au bout d'un certain temps, quelquefois sous l'influence du traitement, ces plaques s'affaissent, les productions acnéiques tombent pour ne plus se reproduire, et il reste seulement des cicatrices déprimées, quoiqu'il n'y ait pas eu d'ulcération. D'autres fois, les plaques s'étendent ou persistent très longtemps, malgré le traitement le mieux dirigé. Il n'est pas rare de voir la maladie se prolonger pendant plusieurs années.

Ainsi que je le disais, la scrofulide cornée a été confondue avec l'acné, surtout avec la variété désignée sous le nom d'*acné sébacée concrète*. Mais dans cette dernière affection, la plaque ne présente pas à ses contours la coloration violacée dont nous venons de parler; elle n'est pas saillante; et surtout on ne rencontre pas, à la fin de

la maladie, les cicatrices qui terminent la scrofulide cornée. Cazenave, qui voulait que cette affection ne fût qu'une variété d'acné, cherchait à expliquer la présence des cicatrices par la compression que la matière sébacée cornée exercerait sur la peau; mais cette compression ne peut avoir lieu, puisque les productions cornées font saillie au dehors, et il est bien plus rationnel d'admettre que ces cicatrices sont dues au travail atrophique, qui caractérise la terminaison des maladies scrofulieuses cutanées.

Anatomie pathologique. — Les lésions rencontrées dans le lupus acnéique sont les mêmes que celles du lupus érythémateux; il y a une prolifération cellulaire portant sur les diverses parties constituantes de la peau, en plus les parois des follicules sébacés sont épaissies, leur intérieur est obstrué par de la matière sébacée indurée, mais le tissu conjonctif du derme paraît moins affecté.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette variété de scrofulide doit être établi, d'après l'existence de taches saillantes, violacées ou grises, recouvertes de saillies dures, pointues, sortant de l'orifice des follicules sébacés, d'après la lenteur de sa marche et d'après la formation des cicatrices déjà établies et mélangées aux plaques appartenant à une phase moins avancée de la maladie. Le psoriasis, qui pourrait lui ressembler au premier abord, s'en distingue par ses squames épaisses, imbriquées, qui ne peuvent être confondues avec les aspérités de la scrofulide cornée. La variété de lichen, désignée sous le nom de *lichen pilaris*, ressemble surtout, par son aspect et ses rugosités, à la scrofulide acnéique; mais les papules du lichen sont pleines et se distinguent parfaitement des saillies cornées, s'échappant à travers les orifices des conduits sébacés. Enfin, les différentes espèces d'acné simple,

inflammatoire ou sébacée, diffèrent de la scrofulide par leur siège superficiel, par la marche plus rapide de l'éruption, et par les caractères des cicatrices, lesquelles, lorsqu'elles existent, sont arrondies, moins profondes et moins étendues.

3^e Scrofulide pustuleuse.

La scrofulide pustuleuse est une variété fréquente; tantôt elle existe seule, tantôt elle est mélangée avec d'autres éruptions de même nature. Ses lésions anatomiques sont à peu près les mêmes que celles du lupus tuberculeux, je les indiquerai à propos de cette dernière affection.

Elle peut débiter de deux manières différentes: dans certains cas, sur une plaque rouge de la grandeur d'une pièce d'un franc, on voit se développer une multitude de petites pustules, grosses comme la tête d'une épingle; elles durent huit à quinze jours, se rompent et laissent échapper un liquide plastique, qui se concrète en croûtes jaunâtres. Dans d'autres cas, la maladie débute par une seule pustule, ressemblant à celle qu'on a décrite dans la maladie désignée par les auteurs sous le nom de rupia; cette pustule, du volume d'un pois ou d'une petite cerise, et distendue inégalement par un mélange de sang et de pus, se rompt et se recouvre d'une croûte noirâtre. La première variété que nous venons d'indiquer, présentant au début des pustules peu volumineuses et agminées, telles que celles qu'on rencontre dans l'impétigo, a fait donner à cette maladie, par Willan et son école, le nom d'*impetigo rodens*; mais il faut rejeter cette dénomination, qui confond ainsi sous le même nom deux affections d'une nature bien distincte et d'une gravité très différente.

Quel que soit son début, une fois développée, cette

scrofulide est caractérisée surtout par des croûtes dont la coloration varie : souvent elles sont d'une blancheur remarquable, quelquefois un peu jaunâtres ; le plus habituellement elles deviennent noirâtres par le mélange d'une certaine quantité de sang. On peut rencontrer une ou plusieurs plaques recouvertes de croûtes ; lorsqu'il en existe plusieurs au début, dans la même région, on les voit souvent se réunir par l'extension de la maladie ; l'accroissement se fait par de nouvelles pustules qui se développent autour des croûtes, se rompent, et augmentent par leur sécrétion l'étendue de l'affection. Ces croûtes sont très adhérentes ; lorsqu'on les a arrachées, ou lorsqu'on les a fait tomber par des applications émollientes, on trouve, au-dessous d'elles, des ulcérations qui ne sont pas très profondes ; leurs bords sont irréguliers, le fond est d'un rouge pâle, blafard, souvent recouvert de bourgeons charnus mollasses ; on voit rarement des fausses membranes grisâtres, comme dans les ulcérations syphilitiques. Dans quelques cas, la surface de l'ulcération s'élève, se dessèche et présente de petits bourgeons durs, rugueux, comme verruqueux ; de là le nom de *scrofulide verruqueuse*, que j'avais donné d'abord à cette forme, en la considérant comme une espèce distincte de scrofulide ; depuis, elle a été décrite par Vidal sous le nom de *lupus scléreux* ; mais cet aspect verruqueux n'est jamais primitif : il apparaît toujours sur une ulcération succédant à une scrofulide pustuleuse ou tuberculeuse, il ne faut donc pas en faire une variété particulière et spéciale.

Le siège le plus fréquent de la scrofulide pustuleuse est le nez ; elle se développe quelquefois sur les joues ; on la rencontre rarement sur les membres.

La marche de la scrofulide pustuleuse qui, comme toutes les autres variétés, ne présente ni douleurs, ni

démangeaisons, est très lente ; cependant, malgré son aspect plus grave, elle guérit plus facilement et plus promptement que les deux premières formes dont nous avons déjà parlé. Lorsque la guérison arrive, les croûtes tombent, et, au-dessous d'elles, on voit une cicatrice toute formée, plus profonde que dans la scrofulide érythémateuse. Cette cicatrice est d'abord violacée, mais plus tard elle devient blanche ; lorsqu'elle est complètement formée, elle ressemble aux cicatrices réticulées, inégales d'une brûlure au troisième degré. Dans d'autres cas, au lieu de marcher vers la guérison, la maladie s'étend en profondeur : elle envahit et détruit toutes les parties qu'elle rencontre ; mais les os lui opposent le plus souvent une barrière infranchissable, que respecte moins la scrofulide tuberculeuse. Il y a alors des ulcérations profondes, irrégulières, auxquelles succèdent, après la guérison, des cicatrices très apparentes, enfoncées et adhérentes aux os.

Diagnostic. — Le diagnostic de la scrofulide pustuleuse, que l'on établira sur les signes que nous venons de donner, est très important et quelquefois très difficile : on peut surtout confondre cette maladie avec l'impétigo et avec la syphilide pustulo-crustacée.

L'impétigo dartreux, qui offre, pour l'aspect, d'assez grandes ressemblances avec la scrofulide pustuleuse, présente en général une marche plus rapide ; les croûtes sont jaunes, flavescentes, molles, peu épaisses ; l'éruption est rarement circonscrite, elle est ordinairement plus étendue, souvent répandue sur diverses régions du corps. Les ulcérations sont très superficielles et elles ne sont pas suivies de cicatrices ; enfin, on observe ordinairement quelques symptômes de réaction locale, tels que de la chaleur, de la cuisson et des démangeaisons.

La syphilide pustulo-crustacée présente, dans certains cas, une telle ressemblance avec la scrofulide pus-

tuleuse et ulcéreuse, que la distinction offre beaucoup de difficulté. Dans les deux affections, la maladie est circonscrite; mais dans la syphilide, les croûtes présentent une couleur verte caractéristique: elles sont plus saillantes, plus inégales, plus dures; lorsque les croûtes viennent à tomber, on voit que les ulcérations sont nettement arrondies, que les bords sont taillés à pic, que le fond est recouvert de la pseudo-membrane spéciale à la syphilis; plus tard, on voit également des cicatrices qui sont moins profondes et qui conservent pendant longtemps une coloration brune; enfin la marche de l'éruption est ordinairement plus rapide que dans la scrofule. Dans quelques cas, les signes objectifs ne suffisent pas pour permettre de poser un diagnostic certain; il faut alors consulter les antécédents sans leur donner trop de valeur; il faut s'appuyer davantage sur les phénomènes concomitants, et quelquefois se tenir sur la réserve, en étudiant la marche de la maladie. Enfin dans quelques cas très incertains, le résultat du traitement pourra éclairer le diagnostic, resté jusque-là indécis: l'amélioration rapide, par les préparations mercurielles et iodées, viendra démontrer la nature syphilitique de l'affection, qui serait loin de s'amender si vite, et qui même s'aggraverait peut-être si elle appartenait à la scrofule.

4° Scrofulide tuberculeuse.

Avec la scrofulide pustuleuse, la scrofulide tuberculeuse est la variété la plus fréquente et elle est de toutes la plus grave. Elle se présente sous deux formes distinctes: la *forme tuberculeuse sans ulcération* ou à *ulcération superficielle*; la *forme tuberculeuse avec ulcération profonde*. Comme les symptômes et le pronostic de ces deux formes sont différents, nous allons donner une description distincte de chacune d'elles. Mais

auparavant il est utile d'entrer dans quelques détails relatifs à l'anatomie pathologique.

Depuis cinquante ans de nombreuses recherches d'anatomie pathologique, dues principalement à Blasius (Halle, 1822), à Rokitansky, à Auspitz (1), à Rindfleisch (2), à Lang (3), à Neumann, et dans ces derniers temps à Kaposi (4), à Besnier, à Vidal, à Volkmann (5), ont été entreprises pour éclairer le siège et la nature du lupus tuberculeux; elles ont établi, d'une manière définitive, que le siège anatomique de cette affection était dans le derme, pouvant même s'étendre au tissu cellulaire sous-cutané et qu'elle consistait principalement dans une production cellulaire atteignant le tissu conjonctif et les glandes de la peau. Dans ces derniers temps on a cherché de plus, en Allemagne et en France, à montrer l'analogie des lésions du lupus avec celles de la tuberculose.

D'après les dernières études de Lang, de Klebs, de Stelling, de Jarisch, de Kaposi, de Cornil (6), et surtout d'après les recherches du professeur Renaut et de ses élèves Chandelux et Laroque, c'est dans les vaisseaux capillaires sanguins et lymphatiques que débute les premières productions lupiques, par suite de la prolifération de leur paroi protoplasmique et des éléments de leur gaine adventice, puis se développent des cellules embryonnaires provenant de la prolifération des corpuscules du tissu conjonctif dermique et d'autres provenant des glandes cutanées. Au milieu de cette production

(1) Auspitz, *Ueber die Zelleninfiltration der Lederhaut bei Lupus* (Wiener med. Jahrbücher, 1864).

(2) Rindfleisch, *Histologie pathologique*, trad. par Fred. Gross.

(3) Lang, *Zur Histologie des Lupus* (Stricker's medic. Jahrbücher).

(4) Kaposi, *Leçons sur la pathologie des maladies de la peau*, trad. et annotées par Besnier et Doyon. Paris, 1881.

(5) Volkmann, *Ueber Lupus und Tuberculose* (Berliner klin. Wochenschrift, 1875).

(6) Cornil, *Manuel d'histologie pathologique*.