

et colorées soit au violet d'aniline ou de gentiane, soit à l'éosine à l'alcool, le *microsporon minutissimum* est constitué par des tubes longs et flexueux, rarement ramifiés, mais contournés et enchevêtrés de façon à former un véritable feutrage; les tubes ne sont pas continus, mais divisés en segments placés bout à bout et séparés par un espace clair; ils sont quelquefois moniliformes; de nombreux amas de spores très fines et un peu inégales sont mêlés au mycélium.

Le microsporon siège uniquement dans la couche cornée de l'épiderme.

Ce parasite, décrit par Burchardt, v. Bærensprung, Köbner, Balzer, comme propre à l'érythrasma, a été rencontré sur la peau saine et considéré par Bizzozzero comme un parasite normal. Balzer et Dubreuilh<sup>(1)</sup>, qui ont constaté, sur la peau, en l'absence de lésions de l'érythrasma, au moyen de l'examen microscopique, la présence d'un parasite semblable au microsporon minutissimum, font remarquer que jamais ce parasite n'est aussi abondant qu'au niveau des placards d'érythrasma: aussi est-il difficile de contester son rôle dans la production de cette affection. Ducrey et Reale<sup>(2)</sup> ont obtenu, sur des milieux très nombreux et en particulier sur la pomme de terre, des cultures pures de microsporon dont l'inoculation à l'homme a donné des résultats positifs. Les cultures leur ont permis de distinguer 3 variétés différentes de microsporon, mais ils n'ont pu déterminer s'il s'agissait de variétés fixes ou de faits de pléomorphisme.

**Étiologie.** — L'érythrasma est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme; il s'observe surtout chez les sujets gras et presque exclusivement chez ceux qui ont dépassé 50 à 55 ans.

**Diagnostic.** — L'érythème intertrigo diffère de l'érythrasma par sa rougeur plus vive, son humidité, le prurit souvent très vif qui l'accompagne.

L'eczéma s'accompagne également d'une exsudation liquide, ses placards ne sont pas plissés; ses éléments sont vésiculeux; sa ténacité est moindre que celle de l'érythrasma, il y a presque toujours du prurit à un degré quelconque.

Les *trichophyties*, avec lesquelles quelques auteurs confondent encore aujourd'hui l'érythrasma, ont une évolution plus rapide, les cercles sont plus larges, légèrement vésiculeux à leur périphérie, leur centre n'a pas la coloration brune et l'apparence plissée de l'érythrasma; l'examen microscopique permettrait la différenciation des deux affections dans les cas douteux.

**Traitement.** — Les applications de teinture d'iode, de pommades soufrées et salicylées, les frictions avec du savon noir, sont les moyens les plus efficaces contre l'érythrasma, de même que contre le pityriasis versicolore; leur usage doit être longtemps prolongé en raison des récives faciles de la maladie. Le malade doit éviter le contact des vêtements de laine et, après guérison, faire désinfecter ses vêtements.

<sup>(1)</sup> BALZER et DUBREUILH, Observations et recherches sur l'érythrasma et les parasites de la peau à l'état normal; *Annales de Derm.* 1884, p. 557 et 661.

<sup>(2)</sup> DUCREY et REALE. Contribuzione allo studio dell'erythrasma, ricerche cliniche e sperimentali. Naples, 1895.

### CHAPITRE III

#### DERMATOSES PRODUITES PAR DES PARASITES MICROBIENS

La série des dermatoses d'origine microbienne comprend un grand nombre d'affections très diverses. Elle pourrait englober la grande partie de la dermatologie, si l'on y comprenait toutes les affections dans lesquelles le rôle des agents microbiens est, à l'heure actuelle, établi ou supposé, à titre primordial ou accessoire. Nous n'y rangerons que les affections dont la nature microbienne est actuellement démontrée et dans lesquelles les micro-organismes jouent le rôle principal. Nous renvoyons aux chapitres consacrés aux affections des glandes cutanées la description de celles des infections qui ont un siège exclusivement glandulaire.

Les seules dermatoses dont il sera question dans le présent chapitre sont la tuberculose, la lèpre, l'impétigo, l'ecthyma.

#### I

##### TUBERCULOSE CUTANÉE

Le bacille de Koch détermine, par son action sur les téguments, des lésions dont la plupart étaient autrefois rangées dans le cadre de la scrofule et constituaient une grande partie des scrofulides graves.

Ces lésions présentent comme caractères communs leur longue persistance, leur tendance fréquente à l'ulcération, leur coïncidence habituelle avec des altérations tuberculeuses des viscères qui peuvent, soit précéder les lésions cutanées, soit leur succéder à plus ou moins longue échéance.

Toutes offrent au microscope les caractères génériques des lésions tuberculeuses. Toutes également ont ce caractère — qui les éloigne de la plupart des tuberculoses viscérales, et les rapproche des autres tuberculoses dites externes ou chirurgicales, rangées avec elles dans les manifestations de la scrofule — d'être peu riches en bacilles tuberculeux et de posséder une virulence très faible ou atténuée: il semble que le tégument externe, en raison de sa température peut-être, constitue pour le bacille de Koch un médiocre terrain de culture qui diminue sa virulence.

Les diverses localisations cutanées de la tuberculose présentent, dans leurs caractères extérieurs et dans leur évolution, des différences trop considérables pour pouvoir être décrites dans un seul paragraphe.

En outre, à côté des lésions produites par le bacille de Koch et auxquelles convient le nom de *tuberculoses cutanées*, certaines dermatoses méritent le nom générique de *tuberculides*, proposé par Darier pour une de leurs variétés. Ces dermatoses présentent avec la tuberculose des relations manifestes affirmées par la clinique qui en montre le développement exclusivement ou à peu près exclusivement chez des sujets porteurs de foyers tuberculeux, et cependant

leurs lésions peuvent n'avoir pas les caractéristiques histologiques de la tuberculose, le bacille de Koch y fait défaut ou tout au moins sa présence y est encore contestable. Avec plus ou moins de vraisemblance et de probabilités, ces lésions ont pu être considérées comme produites non par le bacille de Koch, mais par ses toxines et être désignées sous le nom de *toxi-tuberculides* (1). Quoi qu'il en soit de cette théorie, encore contestable et dans son ensemble et dans ses détails, ces affections doivent aujourd'hui trouver place à côté des dermatoses produites directement et indiscutablement par le bacille de Koch.

Aussi rangerons-nous dans ce chapitre :

- 1° La tuberculose ulcéreuse de la peau ;
- 2° La tuberculose verruqueuse ;
- 3° La tuberculose gommeuse ;
- 4° Le lupus vulgaire ;
- 5° Le lupus érythémateux ;
- 6° Le lichen scrofulosorum ;
- 7° Les tuberculides nécrotiques ;
- 8° L'érythème induré.

A propos de chacune de ces affections, nous exposerons ce que l'on sait ou ce que l'on suppose au sujet de leurs relations avec le bacille de Koch et ses toxines.

La liste des manifestations cutanées imputables à la tuberculose, pourrait encore être accrue, car on a décrit des érythèmes, des eczéma d'origine tuberculeuse, mais il s'agit de faits ou très rares ou très discutables, qui ne rentrent pas dans le cadre de cet ouvrage.

#### TUBERCULOSE ULCÉREUSE DE LA PEAU

Presque toutes les formes de la tuberculose cutanée peuvent, à un moment donné, s'accompagner d'ulcérations ; mais certaines d'entre elles méritent spécialement le nom d'ulcérations tuberculeuses, en raison de la tendance rapide des lésions à s'ulcérer. Il convient d'étudier séparément deux formes très nettement différenciées de tuberculose ulcéreuse de la peau :

- 1° La tuberculose miliaire ulcéreuse ;
- 2° L'ulcère tuberculeux primitif.

#### TUBERCULOSE MILIAIRE ULCÉREUSE

La détermination de cette forme a été grandement favorisée par les travaux de Ricord, de Julliard et de Trélat sur la tuberculose linguale, dont elle reproduit presque tous les traits.

Cette forme représente le type le plus net de la tuberculose cutanée et permet de faire sur le vivant l'étude anatomique macroscopique complète de la granulation tuberculeuse. Kaposi (2), qui en a récemment donné une description

(1) HALLOPEAU, Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire. *Annales de Dermatologie*, 1896, p. 1007. — BOECK, Die Exantheme der Tuberculose. *Arch. f. Dermatol.*, 1897, XLII, p. 71.

(2) KAPOSI, Ueber Miliar Tuberculose der Haut und der angrenzenden Schleimhaut. *Archiv f. Dermat. u. Syph.*, 1898, t. XLIII, p. 375.

étendue, et qui n'admet pas la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, la considère comme la tuberculose vraie de la peau.

Les ulcérations de la tuberculose miliaire atteignent une étendue variable, généralement plus faible dans les régions où la peau est étroitement adhérente aux tissus sous-jacents (lèvres et anus), que dans ceux où elle glisse facilement sur les aponévroses, comme aux membres. Leur forme est variable, tantôt circulaire, tantôt sinueuse, souvent polycyclique ; à l'anus, il y a parfois deux ulcérations voisines dont l'ensemble rappelle la forme d'une feuille découpée. Leurs bords, de coloration rougeâtre, parfois livide, sont souvent frangés lorsque l'ulcération est en voie de progression et que des granulations se sont produites depuis peu ; ils sont presque toujours taillés à pic ; plus rarement, ils se continuent en pente insensible vers le fond ; il est exceptionnel qu'ils soient décollés. Le fond des ulcérations est rarement recouvert de croûtes ; plus souvent on n'y trouve qu'une petite quantité de liquide séro-purulent ; lorsqu'il est bien détergé, il forme une surface granuleuse, hérissée de saillies gris-rougeâtres, ressemblant à des bourgeons charnus blafards ; il est en outre parsemé de petites saillies jaunâtres, du volume d'un grain de mil, constituées par de véritables granulations tuberculeuses, d'abondance variable, qu'il faut parfois rechercher minutieusement.

Ces granulations tuberculeuses, qui constituent par excellence la caractéristique de cette forme, peuvent exister non seulement sur l'ulcération elle-même, mais encore sur ses bords, quoique moins fréquemment que dans la tuberculose linguale : elles forment, sur le derme plus ou moins enflammé, de petites saillies se transformant en ulcérations à progression excentrique.

Les ulcérations tuberculeuses de la peau sont presque toujours douloureuses : s'il n'y a pas de douleur spontanée, la pression et les mouvements de la région atteinte la font naître, d'où les symptômes pénibles produits par les ulcérations siégeant au voisinage des orifices naturels.

Généralement uniques dans une seule région, ces ulcérations peuvent occuper chez un même sujet plusieurs régions différentes : la vulve et la main, la bouche et l'anus, par exemple.

Ces ulcérations s'accompagnent de lésions similaires des ganglions correspondants, qui sont généralement petits et durs et ne suppurent que très exceptionnellement.

Elles ont certains sièges de prédilection ; en première ligne la région anale, puis les lèvres, le membre supérieur, la verge, la vulve, plus rarement le membre inférieur. Leur fréquence au niveau ou au voisinage des orifices naturels tient au contact de la peau de ces régions avec des substances liquides ou solides contenant des bacilles : en effet, elles se développent presque toujours chez des sujets atteints de tuberculose viscérale. L'auto-inoculation dont elles sont la conséquence se faisant souvent à une période avancée de la maladie, on a pu supposer que la cachexie favorisait le développement des ulcérations (Vallas).

En raison des conditions dans lesquelles elle se développe, la tuberculose miliaire de la peau comporte un pronostic très grave : les sujets qui en sont atteints ne tardent généralement pas à succomber aux progrès de la généralisation ; cependant, elle peut guérir localement, malgré l'extension des tuberculoses profondes.

*Anatomie pathologique.* — Les lésions histologiques des ulcérations

tuberculeuses de la peau, étudiées d'abord par Coyne et par Malassez, peuvent, d'après J. Renaut, présenter deux formes principales : 1<sup>o</sup> une forme granulo-caséuse dans laquelle les nodules, pour la plupart embryonnaires, sont reliés entre eux par de larges nappes d'inflammation dégénérative; 2<sup>o</sup> une tuberculose folliculaire dans laquelle on trouve des follicules tuberculeux ayant la structure décrite par Köster (cellule géante, cellules épithélioïdes, zone embryonnaire), infiltrés dans le derme tandis que celui-ci ne présente pour ainsi dire pas de lésions inflammatoires. Entre ces deux formes principales, il y a une série de formes intermédiaires. Les lésions pénètrent profondément dans le derme.

Les bacilles tuberculeux peuvent être mis en évidence sur les coupes des ulcérations (Babès, Hanot, Marianelli); mais, comme dans toutes les formes de tuberculose cutanée, ils sont en petit nombre : l'inoculation de fragments de ces ulcérations aux cobayes donne des résultats positifs (Deschamps, Vallas<sup>(1)</sup>, Marianelli); elle a échoué sur les lapins dans les expériences de Vallas, comme échoue l'inoculation à ces animaux (Arloing) de la plupart des tuberculoses atténuées et à bacilles rares qui correspondent aux manifestations de la scrofule.

**Diagnostic.** — Le diagnostic des ulcérations tuberculeuses de la peau repose sur leur durée, leur forme irrégulière, l'absence de fongosités mollasses à leur surface, le peu d'abondance de leur sécrétion, mais surtout la présence de granulations tuberculeuses miliaires; ces caractères suffisent à les distinguer des *épithéliomas*, du *chancre simple*, du *chancre syphilitique*, lésions avec lesquelles leur siège au voisinage des orifices naturels pourrait exposer à les confondre; ils suffisent aussi à les distinguer des *ulcérations syphilitiques tertiaires*. En cas de doute, on devrait recourir à la recherche des bacilles soit dans les sécrétions de leur surface, soit dans les fragments obtenus par leur raclage; il faut savoir cependant que cette recherche, positive dans certains cas (Babès), est restée négative dans d'autres (Marianelli, Vallas); l'inoculation au cobaye de fragments de l'ulcération présenterait plus de garanties.

**Traitement.** — L'iodoforme, soit en poudre, soit en pommade, est sans contredit le topique qui donne les meilleurs résultats dans les ulcérations tuberculeuses dont il peut déterminer la cicatrisation; de plus, ses propriétés analgésiantes le rendent précieux lorsque les ulcérations sont douloureuses en raison de leur siège. Mais le traitement par excellence de ces ulcérations consiste dans la destruction au moyen du feu (thermo-cautère ou galvano-cautère), ou encore dans l'ablation de toute la surface infectée. C'est surtout chez les sujets indemnes de tuberculose ou peu atteints par la tuberculose que le traitement local destructif doit être fait avec vigueur, afin d'empêcher le retentissement des lésions cutanées sur l'état général.

#### ULCÈRE TUBERCULEUX PRIMITIF

Cette forme de tuberculose, assez rare, s'observe consécutivement à la contamination d'une plaie ou d'une excoriation par des substances plus ou moins riches en bacilles. C'est ce qui s'observe parfois à la suite de la circoncision rituelle des enfants israélites, lorsque l'opérateur, atteint de tuberculose, pratique, contrairement à ce qui se passe en France, la succion de la plaie :

(<sup>1</sup>) VALLAS, Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau. Thèse de Lyon, 1887.

on voit alors, comme dans le cas de Lindmann, Elsenberg, Lehmann, Eiselsberg, Weber, Eve, Löwenstein, se développer, de 1 à 6 semaines après l'opération, de petits nodules qui s'ouvrent, laissant une ulcération d'abord plate, quelquefois indurée, suppurant peu, s'accroissant par sa périphérie, et devenant plus tard anfractueuse; les ganglions inguinaux ne tardent pas à être atteints à leur tour, forment des saillies fluctuantes qu'il faut inciser et qui deviennent l'origine de fistules ou d'ulcérations anfractueuses; l'infection générale se traduit par des adénopathies profondes, des abcès froids multiples, des localisations tuberculeuses pulmonaires et surtout méningées<sup>(1)</sup>; la marche rapide de la maladie dans ces cas tient sans doute au jeune âge des sujets, car elle fut la même chez un enfant observé par Beneke, qui, s'étant blessé à la joue avec des fragments du crachoir de sa mère phtisique, fut atteint d'ulcérations tuberculeuses au siège de la blessure.

Chez l'adulte, la généralisation de la tuberculose est beaucoup moins rapide : les ganglions lymphatiques du voisinage seraient souvent indemnes, cependant on voit dans certains cas des traînées de lymphangite tuberculo-gommeuse sur le trajet des vaisseaux lymphatiques correspondants.

Cette forme de tuberculose n'est, ainsi que nous le verrons plus loin, pas la seule sous laquelle puisse se manifester la tuberculose d'inoculation.

Le **diagnostic** de l'ulcère tuberculeux primitif présente souvent des difficultés réelles, surtout au début où il n'a que des caractères d'une grande banalité. Plus tard, sa persistance, les adénopathies qui l'accompagnent imposent le diagnostic. Il risque cependant alors d'être confondu avec les gommés tuberculeuses ulcérées dont il offre tous les caractères, mais dont la gravité est moindre. C'est surtout sur la connaissance des antécédents, sur le commémoratif d'une plaie susceptible d'être infectée, que ce diagnostic se basera.

Le **traitement** de l'ulcère tuberculeux primitif consiste dans le raclage ou la cautérisation énergique des lésions; mais il faut reconnaître qu'il a, chez l'enfant, peu de chances de réussir, les ganglions étant presque toujours atteints avant que l'affection ne soit reconnue et traitée.

#### TUBERCULOSE VERRUQUEUSE

La forme de tuberculose connue, depuis les travaux de G. Riehl et Paltauf<sup>(2)</sup>, sous le nom de *tuberculose verruqueuse* avait été appelée par Hardy *scrofulide verruqueuse* et par Vidal *lupus scléreux*. On doit lui rapporter la lésion depuis longtemps désignée sous le nom de *tubercule anatomique*, dont la nature tuberculeuse a été soupçonnée par Laennec, démontrée par Verneuil et Besnier.

**Description clinique.** — La tuberculose verruqueuse est caractérisée par le développement de placards dont l'aspect rappelle celui des verrues enflammées; de la largeur d'un pois à celle d'une pièce de 5 francs, de forme arrondie, circinée ou ovale, ou irrégulière, ces placards peuvent se réunir par leurs bords de façon à présenter un contour polycyclique; leur partie centrale, lorsqu'ils atteignent déjà une certaine étendue, est occupée par une cicatrice mince et superficielle, rosée ou blanche, recouverte de squames et d'un aspect criblé ou

(<sup>1</sup>) DUBREUILH et AUCHÉ, Tuberculose par inoculation. *Arch. de méd. expérimentale*, 1892.

(<sup>2</sup>) G. RIEHL et PALTAUF, Tuberculosis verrucosa cutis. *Vierteljahresschrift f. Dermatol.*, 1886.

réticulé très remarquable. Autour de la cicatrice, une zone, qui représente en réalité la période d'état, est constituée par un véritable papillome corné : saillante, irrégulière à sa surface, elle est formée d'un grand nombre de végétations verruqueuses, dures et cornées, de coloration grisâtre ou d'un blanc sale; dans l'intervalle de ces saillies, des rhagades, des érosions laissent quelquefois suinter du sang; souvent aussi ces intervalles sont occupés par des pustules, de sorte que la pression fait sourdre comme d'une écumoire des gouttelettes de pus. Cette zone papillomateuse fait une saillie d'autant plus prononcée qu'on se rapproche de la partie centrale, surtout lorsque celle-ci n'est pas encore devenue cicatricielle; sur son bord externe, au contraire, elle s'affaisse doucement et se confond avec une zone sur laquelle on trouve de petites pustules très superficielles ou des croûtelles et des squames, vestiges des pustules. Enfin le placard est bordé par une zone de consistance molle, à peine saillante, d'un rouge plus ou moins violacé, dont la coloration s'efface par la pression et au niveau de laquelle la peau est lisse, quelquefois brillante, avec des orifices glandulaires plus apparents qu'à l'état normal.

Lorsque les végétations cornées ont été ramollies par des cataplasmes, il est facile de les enlever par le grattage : on met ainsi à nu une surface rouge livide, parsemée de saillies analogues à des bourgeons charnus et d'orifices correspondant à des abcès minuscules.

Dans certains cas, les productions papillomateuses ne sont pas revêtues d'une couche cornée comme dans les variétés précédentes : elles se recouvrent d'une croûte plus ou moins épaisse, reproduisant la disposition mamelonnée et papillaire de leur surface. Cette variété a été décrite par Brissaud et Gilbert sous le nom de tuberculose papillomato-crustacée, qui en exprime bien les caractères spéciaux.

D'autres fois, l'aspect papillomateux est peu prononcé; des croûtes dures, quelquefois épaisses et coniques, persistent longtemps, recouvrent une surface livide parsemée de quelques minimes abcès.

Parfois, au contraire, la lésion est presque exclusivement formée de saillies papillomateuses, cornées, sans trace de suppuration profonde et la zone rouge périphérique fait défaut.

Les premières phases de la lésion, que l'on peut suivre à la périphérie des grands placards et mieux encore sur les petits éléments de nouvelle formation, sont constituées par un nodule dur et douloureux, ou par une papule qui se transforme bientôt en un petit abcès du volume d'un grain de mil ou de chènevis; l'abcès se rompt, se recouvre d'une croûte, pendant qu'à la périphérie se développent d'autres lésions analogues.

Les lésions ne donnent lieu à aucun prurit ni à aucune douleur, mais elles sont douloureuses à la pression.

Elles siègent presque toujours sur le dos des mains et des doigts, de préférence sur le pouce et l'index de la main droite; plus rarement elles occupent les autres segments du membre supérieur ou le pied, exceptionnellement la face.

**Étiologie.** — La tuberculose verruqueuse se développe uniquement à la suite d'inoculations de substances ou de liquides bacillifères : cette proposition résulte avec une évidence absolue de l'étude des malades qui en sont atteints.

Mais cette inoculation peut se produire dans deux conditions : ou bien l'inoculation est accidentelle, le sujet est bien portant, les bacilles lui viennent

du dehors, ou bien, le sujet est déjà tuberculeux, le contact est fourni par les lésions dont lui-même est atteint.

Les *inoculations accidentelles* se produisent le plus souvent chez des sujets qui sont exposés par leurs occupations professionnelles à se trouver en contact avec des produits tuberculeux provenant de l'homme ou des animaux : en première ligne, les médecins et leurs aides, gardés-malades et garçons d'amphithéâtre, puis les vétérinaires, les bouchers, les cuisiniers, etc. Elles peuvent aussi se faire chez des sujets qui ont vécu côte à côte avec des tuberculeux pendant un certain temps.

Souvent, elles succèdent manifestement à une plaie ou à une écorchure infectée par des produits tuberculeux : piqûre du doigt dans une autopsie de phthisique (Verneuil, etc.), blessure par fragment de crachoir ayant servi à un phthisique (Karg), etc.

Les *auto-inoculations* se font chez des sujets atteints de tuberculose interne ou externe, à la suite d'une plaie accidentelle qui a été contaminée par son expectoration (morsure dans le cas de Verchère, tatouage dans celui de Tournier, brûlure dans une observation de Brissaud et Gilbert) ou à la suite de l'ouverture d'une lésion tuberculeuse profonde, comme une gomme dans le cas de Lyot et Gautier; mais fréquemment la porte d'entrée de l'inoculation passe inaperçue : il s'agit d'une excoriation superficielle qui a guéri rapidement, d'une lésion contaminée quelconque, d'une piqûre d'insecte; la banalité et le peu d'importance de cette porte d'entrée expliquent comment les auto-inoculations se font fréquemment sur le dos des mains que les malades souillent en se mouchant, ou en essuyant leur moustache. Vidal a insisté sur cette cause qui rend compte de la fréquence de la tuberculose au niveau du dos des doigts et en particulier de la tabatière anatomique, et qui explique sa fréquence plus grande chez l'homme que chez la femme.

La tuberculose verruqueuse primitive s'observe le plus souvent chez des sujets vigoureux et dans la force de l'âge, bien que Riehl et Paltauf aient exagéré quelque peu ce fait.

**Marche et pronostic.** — La tuberculose verruqueuse primitive persiste souvent pendant des années, sans que l'état général s'en ressente; elle peut guérir et guérit souvent après un traitement rationnel sans que la santé générale du porteur soit compromise. Cependant elle peut s'accompagner de lésions diverses de nature tuberculeuse : lymphangite tuberculo-gommeuse, tuberculoses viscérales. La tuberculose verruqueuse par auto-inoculation présente une gravité toute différente, en raison des lésions viscérales qui la précèdent; mais, comme celles-ci sont parfois curables (il n'est pas rare d'observer la tuberculose verruqueuse chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire à tendance scléreuse), il est indispensable de la traiter énergiquement afin d'éviter qu'elle ne soit le point de départ d'autres lésions tuberculeuses.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions de la tuberculose verruqueuse consistent à la fois en un développement exagéré de la couche cornée de l'épiderme offrant parfois une grande analogie avec le tissu de l'épithélioma et analogue à celui qui constitue les papillomes en général, et en une infiltration de cellules embryonnaires dans le derme et dans la couche papillaire qui prennent un aspect scléreux sur lequel a insisté E. Vidal; en certains points,