

de tuberculeux, la coexistence de lésions tuberculeuses des os, des poumons, etc., parfois le développement du lupus au niveau des fistules dues à une tuberculose osseuse ou ganglionnaire, voilà autant de raisons à invoquer.

La découverte des cellules géantes dans les tissus lupiques par Friedländer, leur constatation par un grand nombre d'auteurs venait à l'appui de cette opinion; mais la banalité relative de ces éléments n'avait pas entraîné la conviction lorsque la découverte du bacille tuberculeux fournit un nouveau moyen de recherches. Pfeiffer, Doutrelepont, Demme, Schuchardt et Krause, Cornil et Leloir constatèrent sa présence dans les nodules lupiques; mais il y est toujours peu abondant: sur 11 cas, Cornil et Leloir ne le trouvèrent qu'une seule fois et encore ne purent-ils découvrir qu'un seul bacille sur 12 coupes qu'ils examinèrent. Koch, dans un cas de lupus, obtint une culture pure de bacille tuberculeux qu'il inocula à des animaux chez lesquels elle développa la tuberculose. Les recherches ultérieures de Leloir lui ont permis de constater plus fréquemment la présence du bacille de Koch; il l'a trouvé dans 157 cas sur 200; mais sa recherche exige une grande patience, d'autant plus que les bacilles sont réunis par groupes en certains points: on peut faire une série de coupes sans en rencontrer un seul, puis en trouver, mais toujours en petit nombre, sur une série de coupes successives.

Une dernière preuve, plus convaincante que les précédentes en raison de la constance des résultats obtenus, est fournie par l'inoculation aux animaux de fragments de lupus: Cornil et Leloir, sur 14 cobayes inoculés dans une première série d'expériences, avaient déterminé 5 fois des lésions tuberculeuses; Leloir est parvenu, depuis, par l'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil du lapin et par un procédé particulier d'inoculation intrapéritonéale chez le cobaye, à obtenir constamment le développement de la tuberculose.

Les injections de lympho de Koch, en déterminant constamment une réaction locale au niveau des lésions du lupus vulgaire, ont établi une fois de plus la nature tuberculeuse de celui-ci.

Actuellement, la question est tranchée définitivement et, malgré l'autorité de Kaposi qui continue à émettre des doutes à ce sujet, les dermatologistes admettent sans contestation que le lupus est une des formes de la tuberculose cutanée.

Les recherches précédentes démontrent non seulement que le lupus est une tuberculose, mais encore que c'est une tuberculose peu virulente, — bien que cette virulence soit variable, ainsi que l'ont montré Arloing et Courmont⁽¹⁾, — une tuberculose atténuée: la preuve en est dans sa marche lente, torpide, dans la rareté des bacilles, dans la difficulté que l'on éprouve à déterminer expérimentalement la tuberculose par inoculation aux animaux, enfin dans la lenteur d'évolution de cette tuberculose expérimentale. Les tuberculoses cutanées sont essentiellement des tuberculoses à faible virulence; mais parmi elles le lupus est remarquable par l'atténuation de son pouvoir virulent. C'est là un élément relativement favorable pour son pronostic et pour son traitement; néanmoins, on ne saurait oublier que, sous des influences encore indéterminées, cette tuberculose atténuée peut acquérir une virulence considérable et devenir l'origine d'une infection tuberculeuse des plus graves et des plus rapides.

⁽¹⁾ ARLOING ET COURMONT, Sur les degrés de la virulence du lupus. *Compte rendu du Congrès de la tuberculose*, 1895, p. 480.

Diagnostic. — La marche lente de la maladie, la présence constante, en même temps que des altérations plus avancées dans leur évolution, de nodules présentant les caractères des lésions initiales du lupus sur lesquelles nous avons insisté au début de ce chapitre, tels sont les deux éléments primordiaux du diagnostic.

Les caractères du nodule lupique doivent surtout être recherchés avec soin dans toute lésion cutanée, si petite qu'elle soit, développée chez un jeune sujet et ne présentant pas de tendance à disparaître sous l'influence des traitements simples. C'est ainsi qu'on diagnostiquera à leur début, à la période où une intervention énergique peut en amener rapidement la guérison définitive, les lupus du centre de la joue, qui restent souvent méconnus et dont les progrès ultérieurs donnent lieu à des lésions plus graves et de curation plus difficile.

On ne devra jamais perdre de vue que, si le nom de lupus évoque l'idée de lésions destructives et de déformations considérables, l'affection qui porte ce nom peut se traduire par des lésions peu étendues et à peine apparentes.

C'est surtout avec les lésions syphilitiques de la face que la confusion est possible, témoin la dénomination de lupus syphilitique donnée par quelques auteurs (Bazin, par exemple, et actuellement J. Hutchinson) à des syphilides ulcéreuses rappelant l'aspect du lupus. Mais, tandis que le lupus persiste pendant des années et n'arrive qu'au bout de ce temps à produire des destructions étendues, les syphilides ont toujours une évolution plus rapide. L'élément initial, que l'on rencontre presque toujours en un point quelconque des lésions, est différent dans les deux cas: la papule ou le tubercule syphilitiques ont toujours une coloration plus franchement rouge que le tubercule lupique qui est jaune ou brunâtre; leur consistance est plus ferme et leur tissu ne se laisse pas dilacérer par l'aiguille à scarification comme celui du tubercule lupique. Les ulcérations lupiques sont de forme plus irrégulière que celles de la syphilis, presque toujours arrondies ou polycycliques; elles sont recouvertes de bourgeons plus mous que ceux des ulcérations syphilitiques.

Dans les cas douteux, on devra recourir, pour éclairer le diagnostic, au traitement antisiphilitique intensif: il faut savoir pourtant que les injections de calomel qui en représentent actuellement la formule la plus efficace, ne sont pas sans action sur des lésions réellement lupiques⁽¹⁾ et qu'elles peuvent les modifier favorablement; cependant, on semble en droit d'admettre que les résultats thérapeutiques des injections de calomel sont plus nets, plus rapides et surtout plus complets dans les lésions syphilitiques que dans le lupus; dans cette affection, la réparation qui semble se faire avec une certaine rapidité à la suite des premières injections de calomel, se ralentit ensuite et la continuation du traitement ne parvient que tout à fait exceptionnellement à réaliser la cicatrisation complète, qui est la règle dans les syphilides ulcéreuses⁽²⁾.

C'est surtout chez les jeunes sujets que l'on pourra rencontrer ces cas embarrassants, le jeune âge ne pouvant être invoqué exclusivement à l'appui de la nature lupique d'une lésion, puisque la syphilis héréditaire tardive est tout autant que la syphilis acquise susceptible de déterminer des lésions lupoides.

Certaines formes d'épithélioma cutané en nappe, avec ulcérations étendues

⁽¹⁾ ASSELBERGS, De l'action des injections de calomel dans le lupus et les affections non syphilitiques. *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 10.

⁽²⁾ DU CASTEL, Lupus tuberculeux traités par les injections de calomel. *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 674.

mais peu profondes, peuvent simuler le lupus : elles en diffèrent par la marche plus rapide, le début à un âge déjà avancé, la présence d'ulcérations sanieuses à fond mollasse ou de cicatrices au centre desquelles on ne trouve pas de nodules semblables à ceux du lupus ; leurs bords abrupts et durs, en ourlet, ne rappellent pas les bords ordinairement mous et infiltrés des ulcérations lupiques.

L'épithélioma qui vient se greffer sur un lupus ancien est facile à reconnaître : ses fongosités saillantes, son évolution rapide, sa coexistence avec des lésions nettes de lupus remontant à une époque ancienne le font facilement distinguer de l'épithélioma vulgaire.

L'impétigo de la face peut quelquefois être simulé par le lupus à forme ulcéro-croûteuse, avec production de croûtes jaunâtres ; mais la durée du lupus est toujours beaucoup plus longue que celle de l'impétigo le plus chronique, les croûtes de lupus reposent sur une ulcération profonde tandis que l'impétigo ne donne lieu qu'à une exulcération superficielle et il est rare qu'on ne trouve pas en quelque point de la face d'un lupique des cicatrices qui font défaut dans le cas d'impétigo.

Le diagnostic se pose rarement entre la *lèpre* et le lupus vulgaire : les tubercules lépreux sont plus volumineux, ont moins de tendance à s'ulcérer, ils ont un aspect brillant et gras, une coloration jaunâtre bien différente de celle des tubercules lupiques et une consistance plus ferme ; l'anesthésie des téguments à leur niveau et au besoin l'examen bactériologique, qui dans la lèpre ferait constater facilement la présence d'un grand nombre de bacilles, permettraient de les distinguer dans les cas douteux, et surtout lorsque les conditions de race ou d'habitat pourraient faire hésiter entre les deux affections.

Aux membres, le lupus présente un aspect spécial, qui risque de le faire confondre avec l'*éléphantiasis* : les poussées d'œdème lymphangitique aigu ou d'érysipèle qui l'accompagnent, les transformations verruqueuses et papillomateuses que subissent les téguments complètent la ressemblance produite par l'augmentation du volume du membre. Le début dans le jeune âge, chez des sujets qui n'ont pas habité les pays où s'observe l'éléphantiasis à filaire, la présence de nodules lupiques ulcérés ou non ulcérés, la coexistence d'autres manifestations de même ordre sur différentes régions du corps feraient reconnaître la nature véritable de l'éléphantiasis qui accompagne le lupus des membres.

Le diagnostic avec le *lupus érythémateux* sera exposé au chapitre suivant.

La différenciation des autres formes de *tuberculose cutanée* est presque toujours facile : la marche même de l'affection, les caractères des ulcérations qui ne présentent, ni à leur niveau ni à leur pourtour, les granulations caractéristiques, l'absence de contour polycyclique, ne permettront pas de confondre le lupus avec les ulcérations tuberculeuses ; l'absence de tumeurs dermiques ou hypodermiques éliminera les gommes scrofulo-tuberculeuses ; quant à la tuberculose verruqueuse, qui a été décrite sous le nom de lupus scléreux, ses caractères spéciaux, l'état papillomateux de sa surface la distinguent suffisamment des formes banales du lupus.

Traitement. — Le traitement général par les toniques, les reconstituants (quinquina, arsenic, huile de foie de morue, chlorure de sodium, iodoforme, etc.), associé à l'hygiène la plus régulière, à l'aération aussi parfaite que possible, devra être prescrit aux sujets atteints de lupus, dans la mesure

et sous la forme que nécessite leur état de santé générale ; mais ces agents seront insuffisants à enrayer le développement des éléments lupiques existants et surtout à amener leur disparition : ils pourront tout au plus, par la modification imprimée à l'économie, empêcher la production d'éléments nouveaux après la destruction ou l'élimination de ceux déjà développés.

Aussi, le traitement du lupus est-il par excellence un traitement local ou externe, destiné à amener la disparition des éléments lupiques, à les détruire directement ou à les extirper. Variables dans ses indications suivant le siège, la forme, l'étendue, l'ancienneté des lésions, ce traitement a pour agents soit des produits pharmaceutiques caustiques ou irritants destinés à détruire ou à modifier la nutrition des tissus infiltrés, à provoquer l'élimination des nodules lupiques et à en empêcher la reproduction, soit des procédés mécaniques de destruction ou d'ablation des tissus. C'est à ces derniers que l'on doit recourir dans la majorité des cas et c'est à leur introduction dans la thérapeutique du lupus que l'on doit les résultats les plus remarquables et la rareté de plus en plus grande des lupus graves et profondément mutilants.

La première indication à remplir en présence d'un lupus qui n'a pas été traité ou l'a été d'une façon irrégulière, est de faire tomber les croûtes au moyen de cataplasmes, mieux encore de pulvérisations tièdes d'eau boriquée ou d'eau de camomille, et de *pansements humides* avec des compresses de tarlatane imbibées de solutions antiseptiques, eau boriquée, solution faible de sublimé, etc. Cette antiseptie des surfaces ulcérées sera continuée, pendant toute la durée du traitement, soit au moyen des applications ci-dessus, soit au moyen de lavages répétés avec des solutions antiseptiques et d'applications d'emplâtres non irritants. Mais ce n'est là que le prélude du traitement actif.

Les applications d'*emplâtres irritants*, à l'acide salicylique, à la créosote, à l'acide pyrogallique, etc., vantées par quelques auteurs, ont l'inconvénient de produire des ulcérations profondes auxquelles succèdent des cicatrices le plus souvent vicieuses ; elles sont presque toujours inapplicables sur le visage.

Les *caustiques chimiques* les plus variés ont été préconisés dans le traitement du lupus vulgaire ; ils ont aussi l'inconvénient de laisser des cicatrices vicieuses lorsqu'ils sont suffisamment actifs et plus souvent encore d'être insuffisants pour détruire les foyers lupiques : le chlorure de zinc en solution au 10^e, le nitrate d'argent en solution ou en crayons sont de bons adjuvants du grattage, pour compléter son action sur les tubercules lupiques profonds, ou des différentes autres méthodes, pour régulariser la marche de la cicatrisation.

La *cautérisation ignée*, au moyen d'une pointe fine de thermo-cautère, ou du galvano-cautère, qui a été introduite dans la thérapeutique du lupus par Ern. Besnier, est la méthode de choix dans la généralité des cas. Elle a pour avantage de ne pas exposer, comme certaines méthodes, aux auto-inoculations et aux généralisations viscérales du lupus, de supprimer toute perte de sang et donne dans des mains suffisamment exercées des cicatrices lisses, régulières tout aussi belles que celles obtenues par les scarifications et au bout d'un temps moindre de traitement.

La cautérisation ignée convient à tous les lupus qui ne peuvent être traités par les méthodes sanglantes, soit que l'étendue des lésions, la nature des tissus atteints (muqueuses, etc.) ne permettent pas d'y recourir, soit que les malades se refusent à une intervention radicale et à l'usage du bistouri.

La cautérisation ignée, dans le cas de lupus très étendu, peut être faite sous

le chloroforme, afin de pratiquer dans une seule séance la destruction presque totale des tissus malades : elle constitue alors une méthode rapide de traitement du lupus et doit être suivie de pansements occlusifs et antiseptiques soigneusement faits.

Dans les cas où les lésions sont peu étendues ou disséminées, elle peut — et doit dans la grande majorité des cas — être faite sans anesthésie préalable, ou simplement après anesthésie locale à la cocaïne. Chaque nodule est touché et détruit isolément; la consistance molle du tissu lupique permet de reconnaître que la pointe ignée ne l'a pas dépassé. Suivant que les lésions sont plus ou moins confluentes, on fera un pansement occlusif humide avec une solution antiseptique ou on recouvrira les surfaces cautérisées d'une poudre antiseptique adhérente sans autre pansement.

Il faut savoir que la cautérisation ignée, si intense et si massive qu'elle soit, ne produit pour ainsi dire jamais, sauf le cas où un petit lupus central de la joue peut être cautérisé en totalité, la guérison d'un lupus en une seule séance, et qu'il est toujours nécessaire de revenir à des séances ultérieures de cautérisations pour détruire les foyers de repullulation. Ces cautérisations secondaires seront faites de la même façon que les premières et à une époque aussi rapprochée que possible du début de la récurrence.

L'extirpation avec le bistouri est le traitement de choix du lupus toutes les fois qu'elle est praticable sans déformation des parties malades; mais il faut tenir compte de ce fait que, pour être efficace et avoir quelque chance de mettre à l'abri d'une récurrence, elle doit s'étendre largement au delà des lésions lupiques apparentes. En pratique, elle n'est guère applicable qu'aux lupus limités des segments supérieurs des membres.

L'emploi de la greffe de Thiersch, en donnant des cicatrices plus satisfaisantes, peut étendre le champ de l'extirpation du lupus; elle a été employée sur une large échelle par plusieurs auteurs allemands et en particulier par Lang⁽¹⁾ qui en est résolument partisan.

Le raclage avec la curette de Volkmann permet d'extirper les nodules lupiques qui sont facilement avulsés en raison de leur faible consistance. Appliquée sur des lupus étendus des membres, voire même de la face où cependant elle doit être employée avec plus de précautions, cette méthode donne de bons résultats immédiats et, grâce à elle, on peut en une séance sous le chloroforme nettoyer de larges surfaces et en permettre la cicatrisation en un temps assez court. Le raclage doit être fait avec soin; dans toutes les cavités ouvertes par un premier raclage avec une grosse curette, il faut faire un nouveau raclage de perfectionnement avec une curette de petit volume. Et cependant, si soigné que soit ce curettage, il laisse toujours intacts un certain nombre de nodules qui lui échappent en raison de leurs faibles dimensions ou de leur siège profond. D'où la nécessité de compléter l'opération par des badigeonnages avec une solution caustique (chlorure de zinc ou nitrate d'argent). D'où aussi la possibilité de la reproduction ultérieure et plus ou moins rapide de nodules lupiques dans la cicatrice où on est obligé de les détruire par des cautérisations localisées.

Les scarifications, proposées par Volkmann, régularisées par B. Squire, vulgarisées en France par E. Vidal et E. Besnier, ont été pendant plusieurs années la méthode de choix dans le traitement du lupus et sont encore employées par

(1) E. LANG, Der Lupus und dessen operative Behandlung, Vienne, 1898.

un grand nombre de dermatologistes soit comme méthode unique de traitement, soit comme adjuvant des autres méthodes. Il faut reconnaître que les scarifications ont toujours une action lente; que, si elles donnent des cicatrices régulières, elles ont l'inconvénient de provoquer une perte de sang, de favoriser les auto-inoculations lupiques et surtout, quoiqu'on ait considéré à tort cette crainte comme théorique, de provoquer la généralisation viscérale de la tuberculose lupique. Elles restent, ainsi que l'a montré E. Besnier, comme moyen de perfectionner des cicatrices lupiques, de régulariser les cicatrices saillantes et hypertrophiques que des applications intempestives ont produites.

L'électrolyse a été vantée par Gartner, Hardaway, Jackson, etc; son action est trop lente pour qu'elle puisse être recommandée.

Les injections de tuberculine, sur lesquelles on avait cru tout d'abord pouvoir fonder un grand espoir pour la thérapeutique du lupus, et dont l'emploi produit, après une réaction locale violente, une élimination des nodules lupiques les plus superficiels et une cicatrisation rapide des lésions ulcéreuses, ne donnent pas de résultats locaux plus satisfaisants ni surtout plus durables que les méthodes précédentes : les dangers qu'elles font courir au malade les ont fait rapidement abandonner par tous les dermatologistes français.

Les injections de la nouvelle tuberculine (TR), vantées en Allemagne, ne semblent pas donner de résultats satisfaisants.

Il en est de même des injections de toxines streptococciques, dont l'étude a été faite avec beaucoup de soin par Hallopeau et Roger⁽¹⁾.

Récemment, Finsen de Copenhague⁽²⁾ a préconisé dans le traitement du lupus l'action directe des rayons chimiques de la lumière solaire ou de la lumière électrique, qu'il fait arriver sur la peau au moyen d'une lentille remplie de solution de sulfate de cuivre pour absorber les rayons thermiques. Basée sur des expériences d'où résulte l'influence nocive des radiations chimiques sur les agents bactériens, cette méthode lui a donné des résultats très remarquables au point de vue de la guérison du lupus sans perte de substance, sans ulcération et sans cicatrices consécutives. L'écueil est la nécessité d'une installation spéciale et la longue durée du traitement qui demande, pendant plusieurs mois, l'exposition quotidienne à l'action des rayons.

En résumé, le traitement du lupus doit être avant tout un traitement chirurgical; les résultats en seront d'autant plus satisfaisants qu'il sera plus radical et plus précoce. Mais, quel que soit le traitement mis en œuvre, il ne faut pas oublier que son effet n'est le plus souvent que temporaire, que des récurrences se produisent presque fatalement dans la cicatrice, récurrences dont on vient d'autant plus facilement à bout qu'on les attaque plus près de leur début.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

Définition. — L'affection à laquelle on donne depuis Cazenave le nom de lupus érythémateux est caractérisée par le développement, ordinairement sur les parties découvertes, de taches rouges, présentant une marche lentement

(1) HALLOPEAU et G.-H. ROGER, Action des toxines streptococciques sur le lupus. *Presse médicale*, 1896, p. 469.

(2) FINSEN, Traitement du lupus vulgaire par les rayons chimiques concentrés. *Semaine médicale*, 1897, p. 466.