

centrifuge, s'accompagnant le plus ordinairement d'hyperplasie épidermique et laissant à leur centre, après la disparition de la rougeur, des dépressions atrophiques d'apparence cicatricielle.

Au point de vue objectif, le lupus érythémateux appartient au groupe d'affections à tendance atrophique et cicatricielle précédées d'érythème, que Unna désigne sous le nom d'ulérythèmes.

Il est nécessaire de bien spécifier que le lupus érythémateux n'est pas une simple variété clinique du lupus vulgaire : bien qu'on puisse observer en clinique des cas présentant à la fois les caractères du lupus vulgaire et ceux du lupus tuberculeux et dont l'interprétation prête à des discussions qui seront résumées plus loin, il faut établir en pathologie une distinction et une séparation très tranchée entre ces deux affections.

Description. — Le lupus érythémateux offre des caractères cliniques très variables d'un cas à l'autre et tellement différents au premier abord qu'il a pu être scindé en un grand nombre de variétés, voire même d'affections distinctes. En réalité, ces divers aspects sont reliés entre eux par une série ininterrompue de cas intermédiaires qui établissent l'unité du type morbide ; il n'y a pas lieu de décrire séparément et de doter d'une étiologie et d'une pathogénie spéciales de simples formes cliniques d'une seule et même affection comme l'ont fait quelques auteurs et récemment encore Brocq, qui décrit séparément l'érythème centrifuge et le lupus érythémateux fixe.

Le lupus érythémateux débute par une tache rouge, plane ou légèrement saillante, de la largeur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, légèrement déprimée à son centre ; la surface de cette tache est tantôt ponctuée de dépressions glandulaires très nombreuses, visibles à la loupe seulement, mais beaucoup plus apparentes que sur la peau normale du voisinage, tantôt recouverte d'une squame mince et très adhérente hérissée à sa face profonde de petites saillies dures correspondant aux orifices folliculaires dans lesquels elle se prolonge. Par les progrès de la lésion, la tache s'élargit, se déprime à sa partie centrale, tandis que ses bords, de largeur variable, restent légèrement saillants, d'un rouge plus ou moins intense, recouverts de squames sèches ou grasses et fortement adhérentes, et présentent une série d'orifices glandulaires dilatés. La partie centrale déprimée peut également conserver une coloration rouge et être couverte de squames minces ; mais le plus ordinairement, elle se décolore, s'atrophie, devient par places lisse et blanche, prend une apparence cicatricielle, et cela spontanément, par le fait même de la marche de la maladie, sans ulcération préexistante ; les îlots cicatriciels peuvent être de petites dimensions et dissimulés par la rougeur générale de la plaque sur laquelle ils reposent, d'autres fois ils constituent la presque totalité de sa portion centrale.

Les squames adhérentes, qui existent presque constamment, à un degré quelconque, à la surface des cercles du lupus érythémateux en voie d'évolution, atteignent dans certaines variétés une importance plus considérable : elles sont épaisses, blanches ou grisâtres, d'apparence crétaçée ou plâtreuse, ou au contraire jaunâtres, croûteuses, rappelant l'aspect de l'acné sébacée ; dans les deux cas, d'ailleurs, cette altération relève de la participation exagérée de l'appareil glandulaire cutané au processus morbide.

Dans ces formes squameuses, les cicatrices sont souvent très accusées, déprimées, beaucoup plus apparentes que dans les formes érythémateuses.

Les différences d'aspect clinique du lupus érythémateux permettent de décrire, au point de vue purement morphologique, une forme érythémateuse ou lisse, répondant plus particulièrement à la dénomination de *séborrhée congestive* (Hebra), ou à celle d'*érythème centrifuge*, et dont les éléments sont tantôt plans, tantôt saillants et hypertrophiques, parfois cyanotiques et rappelant les engelures (*lupus pernio*) et une forme squameuse, avec des variétés psoriasiforme, acnéique, cornée (*herpès crétaçé* de Devergie), végétante et papillomateuse.

Les éléments du lupus érythémateux peuvent persister pendant un temps assez long à l'état de papules disséminées. Presque toujours ils présentent l'extension centrifuge qui est le fait dominant de la marche de l'affection et, par leurs progrès continus, peuvent atteindre le diamètre d'une pièce de 5 francs ou même celui de la paume de la main ; ils peuvent se réunir, se confondre par leurs bords et former des plaques irrégulières, à bords rouges plus ou moins saillants, déprimées et cicatricielles à leur partie centrale.

Dans des cas assez rares, dont on doit la connaissance à Kaposi et à E. Besnier, le lupus érythémateux se généralise, soit consécutivement à des lésions localisées, soit d'emblée. Il affecte alors une marche *aiguë, pseudo-exanthématique*, et se traduit par le développement rapide sur le visage, sur le tronc et sur les membres, de nombreuses taches rouge vif, très légèrement saillantes, de la dimension d'une lentille, qui s'étendent excentriquement jusqu'à atteindre plusieurs centimètres de diamètre ; au bout d'un temps variable et parfois très court, les taches se décolorent et se dépriment à leur centre, qui présente nettement l'aspect cicatriciel, tandis que leur partie périphérique reste rouge, mais devient plus sombre. Cette forme de lupus procède par poussées successives, qui peuvent s'accompagner d'une réaction fébrile intense, avec albuminurie et arthropathies multiples et graves, atrophies musculaires et troubles pulmonaires de nature tuberculeuse ou broncho-pneumonique.

Dans ses diverses formes cliniques, le lupus érythémateux s'accompagne de troubles fonctionnels plus accusés que ceux du lupus vulgaire, d'une sensation de chaleur ou de prurit, d'une sensibilité parfois assez vive à la pression ; ces symptômes fonctionnels s'exagèrent sous l'influence des causes de congestion faciale (exposition à la chaleur, au froid, au vent, troubles digestifs, époques menstruelles) qui influent également sur sa marche pour l'activer.

Le plus souvent, le lupus érythémateux a pour siège la face ; sa variété la plus fréquente et la plus caractéristique occupe d'une façon symétrique le dos du nez et la portion adjacente des joues sur laquelle elle forme de chaque côté un cercle régulier qui rappelle l'aspect des ailes d'un papillon ou d'une chauve-souris, d'où le nom de *Vespertilio* qui lui a été donné. Il peut encore siéger en d'autres régions de la face, généralement alors sans tendance marquée à la symétrie. On le rencontre encore sur les oreilles, très fréquemment sur le cuir chevelu où il détermine la chute des cheveux par zones arrondies ou irrégulières dont la nature est rendue évidente par la présence de plaques cicatricielles entourées d'une zone rouge recouverte de squames adhérentes. Plus rarement, il occupe les membres et affecte alors une prédilection marquée pour leurs extrémités. On le rencontre quelquefois sur les muqueuses, en particulier sur la muqueuse buccale, soit isolément, soit plus souvent par propagation de lésions des portions adjacentes des lèvres, sous la forme de taches plus ou moins étendues, arrondies, rouges, légèrement violacées, avec des points ou

des traînées blanches ou opalines qui ont souvent une grande ressemblance avec les plaques muqueuses de la syphilis.

Marche et pronostic. — Exception faite pour le lupus pseudo-exanthématique, la marche de la maladie est toujours lente. La progression centrifuge de ses lésions est quelquefois rapide, soit au début de leur évolution, soit sous la forme de poussées aiguës intervenant au cours d'une évolution chronique; mais la maladie dans son ensemble est d'une extrême chronicité. La persistance de lésions cicatricielles, l'extension toujours à redouter aux surfaces non encore envahies, la difficulté extrême de son traitement en font une des maladies les plus désespérantes.

En outre, le lupus érythémateux peut s'accompagner de lésions ganglionnaires revêtant le type des adénopathies tuberculeuses; des affections pulmonaires, pneumonie, congestions pulmonaires à répétition symptomatiques ou non de lésions tuberculeuses, tuberculose pulmonaire (Kaposi, E. Besnier, Dubois-Havenith), peuvent survenir pendant son cours; des manifestations tuberculeuses extra-pulmonaires (méningite, arthropathies, etc.), viennent encore aggraver parfois le pronostic de la lésion cutanée. Il est à noter que la grosseesse atténue passagèrement les lésions du lupus érythémateux⁽¹⁾.

Étiologie. — Le lupus érythémateux se développe le plus souvent à l'âge adulte; il est exceptionnel chez les enfants et chez les vieillards. Les femmes y sont plus exposées que les hommes.

Les sujets qui en sont atteints ont souvent présenté dans leur enfance et dans leur jeune âge quelques-uns des attributs du tempérament dit lymphatique; d'autres sont et ont toujours été dans un état de santé parfait.

Cependant les statistiques démontrent que le lupus érythémateux coïncide très souvent avec des lésions tuberculeuses, et d'après certaines statistiques, celle de Kaposi, par exemple, la coïncidence serait plus fréquente encore que pour le lupus vulgaire.

Cette affection est plus fréquente chez les sujets qui vivent à la campagne, au grand air, exposés à la chaleur et au vent, que chez les citadins (E. Besnier): ce fait est à rapprocher de son siège habituel sur les parties découvertes.

Anatomie pathologique. — La lésion essentielle du lupus érythémateux, étudiée par Schütz, Vidal et Leloir, Unna, Jadassohn, est très différente de celle du lupus vulgaire. Elle consiste en une infiltration du derme par des cellules embryonnaires (*Plasmazellen*, d'après Unna, c'est-à-dire éléments dérivant pour cet auteur des cellules fixes du derme), formant autour des vaisseaux des manchons analogues à ceux qu'on voit dans les syphilides papuleuses; ces foyers périvasculaires occupent de préférence la surface du derme et siègent autour des follicules et des glandes sudoripares. Les cellules plasmatiques peuvent être polynucléées; mais jamais, d'après Unna et la presque totalité des histologistes, on ne constate la présence de cellules géantes; Audry, cependant, en a rencontré dans deux cas. Les cellules plasmatiques s'atrophient très rapidement, et on n'en trouve qu'un petit nombre à la périphérie des amas; elles diminuent de volume, leurs noyaux s'arrondissent, se colorent mal. Leloir avait

(1) BAR et THIBIERGE, Lupus et grosseesse. *Annales de Dermat.* 1893, p. 1317.

constaté la dégénérescence granulo-graisseuse et la dégénérescence colloïde des éléments d'infiltration et expliquait ainsi leur résorption, leur atrophie et finalement leur disparition, d'où l'aspect cicatriciel. Unna n'a jamais retrouvé ces dégénérescences; d'après lui, par suite de la diminution de volume des cellules, de la raréfaction du tissu conjonctif et de la présence d'un œdème plasmatique, lymphatique et interstitiel, les foyers cellulaires subissent une sorte de canalisation, et de ces modifications histologiques résulte la transformation cicatricielle des lésions. Quant au réseau élastique du derme, il est en partie dégénéré.

Les vaisseaux sont parfois le siège de lésions occupant leur tunique interne, étudiées par Leloir. Les glandes pilo-sébacées sont hypertrophiées au début d'après la plupart des auteurs, toujours normales ou plutôt atrophiées, mais distendues par suite de la rétention de leur sécrétion, d'après Unna; ce qui est certain, c'est qu'à une période avancée, elles s'atrophient et quelquefois disparaissent complètement. La rétention sébacée résulte de l'hyperkératose qui existe toujours, quelle que soit la forme clinique du lupus érythémateux, à la surface de toutes ses lésions.

Nature. — En dépit du nom sous lequel il est connu, le lupus érythémateux est considéré par nombre d'auteurs comme reconnaissant une cause différente de celle de son homonyme, le lupus vulgaire, en un mot comme n'étant pas de nature tuberculeuse.

Non seulement Kaposi, qui n'admet pas la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, mais encore tous les disciples de l'école de Vienne, et à un moment donné la plupart des dermatologistes français, entre autres E. Vidal et Leloir, ont contesté la nature tuberculeuse du lupus érythémateux, que E. Besnier a toujours continué de soutenir énergiquement. Actuellement, presque tous les dermatologistes français se sont rangés à l'opinion de Besnier; cependant Brocq admet qu'une partie seulement des lésions rangées actuellement dans le lupus érythémateux sont de nature tuberculeuse. L'école allemande tout entière s'élève contre cette interprétation et regarde le lupus érythémateux, soit comme une angionévrose, soit comme une infection spécifique indépendante de la tuberculose.

Les arguments invoqués contre la nature tuberculeuse du lupus érythémateux sont: au point de vue anatomique et expérimental: l'absence de nodules tuberculeux, de cellules géantes et de bacilles dans les lésions de cette affection, l'impossibilité de déterminer la tuberculose chez les animaux par l'inoculation de fragments de lupus érythémateux, l'absence habituelle de réaction sous l'influence des injections de tuberculine; — au point de vue clinique: les différences tranchées entre le lupus érythémateux et le lupus vulgaire, le peu de fréquence ou le développement absolument fortuit de la tuberculose viscérale chez les sujets atteints de lupus érythémateux⁽¹⁾.

Aux arguments cliniques, on peut répondre que le lupus vulgaire peut s'associer ou succéder *in situ* au lupus érythémateux, constituant ainsi des faits de passage auxquels E. Besnier a donné le nom de *lupus érythémato-tuberculeux*. Leloir, à la vérité, considérait ces cas comme des lupus vulgaires *érythématoïdes*, à lésions très superficielles et en a publié des examens histologiques, mais son interprétation ne s'applique qu'à un petit nombre des faits auxquels E. Besnier fait allusion. On peut répondre encore — et les faits abondent — que la tuberculose est extrêmement fréquente soit dans le poumon, soit dans les

(1) Voir JADASSOHN, In *Ergebnisse der speziellen pathologischen Morphologie und Physiologie der Sinnesorgane*, von Lubarsch u. Ostertag. Wiesbaden, 1896.

ganglions, soit dans les articulations, chez les sujets atteints de lupus érythémateux.

L'argument tiré de l'absence de réaction à la suite des injections de tuberculine n'a pas une grande valeur, ni pour l'une ni pour l'autre des opinions en présence, car cette réaction a été fréquemment obtenue.

Quant aux arguments tirés de l'absence des caractères anatomiques considérés actuellement comme spécifiques de la tuberculose, de l'absence de bacilles dans les lésions, Besnier a pu répondre que pendant longtemps des arguments semblables ont été invoqués contre la nature tuberculeuse du lupus vulgaire jusqu'au jour où la formule anatomique de la tuberculose a été modifiée par les histologistes, où les procédés de recherche du bacille et les procédés d'inoculation des produits tuberculeux ont été perfectionnés, et que peut-être une évolution de doctrines, un perfectionnement de technique viendront quelque jour faire pour le lupus érythémateux ce qui s'est fait pour le lupus vulgaire.

Hallopeau⁽¹⁾, après avoir pensé que le lupus érythémateux est dû à une forme élémentaire de tuberculose distincte de celle que produit le bacille de Koch, admet que, comme le lichen scrofulosorum, il est dû aux toxines de ce bacille⁽²⁾. Cette hypothèse est d'une démonstration très difficile; si elle cadre bien avec la marche relativement rapide et l'absence de progression du lichen scrofulosorum et des tuberculides nécrotiques, elle est difficile à admettre pour une affection à évolution lente et à progression centrifuge aussi nette que le lupus érythémateux.

La question de l'étiologie de cette affection reste pendante. Ses lésions anatomiques diffèrent trop profondément des autres lésions connues et imputables à la tuberculose pour permettre une conclusion ferme. Tout ce que l'on peut dire à leur égard, c'est qu'elles semblent relever d'une cause infectieuse. D'autre part, le siège du lupus érythémateux sur des parties découvertes et les altérations accentuées des glandes sébacées sont en faveur d'une origine externe, d'une infection se faisant par la surface de la peau.

Diagnostic. — Le lupus érythémateux peut être confondu, en raison de son apparence extérieure, avec un grand nombre d'affections diverses, dont il diffère cependant à un examen même rapide par sa longue durée et la présence toujours reconnaissable de lésions atrophiques et cicatricielles au milieu de ses placards éruptifs et par la présence, dès le début, soit de squames à prolongements intraglandulaires, soit tout au moins de dilatations très nettes des orifices glandulaires: telles sont certaines variétés d'acné, d'eczéma séborrhéique, de syphilides, d'érythème pernio; lorsqu'il siège au cuir chevelu, il risque d'être confondu avec les diverses alopecies cicatricielles, mais s'en distingue pourtant par la présence à la périphérie de squames adhérentes recouvrant un bord érythémateux plus ou moins net.

Certaines formes superficielles du lupus vulgaire peuvent également présenter une ressemblance objective parfaite avec le lupus érythémateux; la confusion aurait peu d'importance si l'on avait établi définitivement la nature

⁽¹⁾ HALLOPEAU, Sur les rapports de la tuberculose avec les maladies de la peau autres que le lupus vulgaire. *Congrès international de Dermatologie*, Londres 1896, et *Annales de Dermatologie*, 1896, p. 107.

⁽²⁾ HALLOPEAU, Étude de malades et de moulages au point de vue des toxi-tuberculides. *Tribune médicale*, 1898.

tuberculeuse du lupus érythémateux; mais elle doit être évitée tant que l'on n'aura pas reconnu une origine identique aux deux affections. La distinction repose sur les caractères suivants: apparition du lupus vulgaire à un âge moins avancé que le lupus érythémateux, extension plus lente et moins régulièrement centrifuge, mais surtout consistance moindre des lésions qui se laissent facilement entamer et dilacérer par les aiguilles à scarification dans le lupus vulgaire, tandis que dans le lupus érythémateux elles résistent à la façon du tissu fibreux.

Traitement. — Il est peu de dermatoses dont le traitement soit aussi difficile, aussi long et parfois aussi peu satisfaisant que le lupus érythémateux.

En dehors du traitement général, qui consiste surtout dans l'emploi des reconstituants, huile de foie de morue, fer, arsenic et des préparations iodées, principalement de l'iodoforme, et des moyens propres à combattre la congestion faciale provoquée par les digestions laborieuses, la constipation, la menstruation, etc., on aura recours au traitement local, lequel devra être institué avec méthode et persévérance bien qu'il soit loin d'être réglé sur des bases solides. Les emplâtres mercuriaux (emplâtres de Vigo ou de Vidal), et les divers topiques à base d'agents réducteurs, en particulier la résorcine et l'acide pyrogallique, les applications de savon noir, fournissent parfois des résultats satisfaisants; mais on est le plus souvent obligé de recourir dans les formes squameuses aux caustiques chimiques à action superficielle, tels que l'acide lactique pur ou étendu d'eau en proportions variables, la liqueur de Fowler (Schütz) étendue de 1/2 ou des 3/4 d'eau. Fréquemment, on se trouvera bien de cautérisations ignées très superficielles sur la bordure de plaques dont elles arrêtent souvent la marche centrifuge. Dans les formes purement érythémateuses, on aura recours aux scarifications, sans se dissimuler que leur action est excessivement lente.

LICHEN SCROFULOSORUM

Définition. — On décrit depuis Hebra sous le nom de lichen scrofulosorum une affection caractérisée par des papules, généralement groupées, correspondant à des follicules pilaires, et se produisant chez des sujets porteurs de lésions tuberculeuses.

Description. — L'élément primitif du lichen est une papule, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de chènevis. Le sommet de cette papule est plan ou plus souvent acuminé et conique, souvent occupé par une pustulette très fine qui se dessèche et laisse à sa place une croûte; lorsque la pustule fait défaut, il est surmonté d'une très fine squame facile à enlever. La coloration des papules est d'abord rouge pâle, ou rouge vif; mais sur les éléments plus anciens, elle prend une teinte brunâtre ou violacée très caractéristique. A une période plus avancée, la papule s'est affaissée, son existence se traduit par la coloration spéciale de la lésion, par une très minime dépression de la peau dont la surface offre un léger aspect brillant.

Il est facile de se rendre compte que les éléments papuleux du lichen scrofulosorum ont pour siège un follicule; ils sont souvent centrés par un poil follet.

Ces éléments sont parfois disséminés sans ordre sur la peau; plus souvent, et cette disposition est très importante pour le diagnostic, ils sont groupés en plaques arrondies ou ovalaires, ayant ordinairement de 2 à 5 centimètres de large, mais pouvant atteindre jusqu'à 8 et 10 centimètres: ces plaques sont en nombre variable; le plus souvent elles sont nombreuses et recouvrent une étendue considérable de la peau; sur les plaques les éléments peuvent encore être distingués les uns des autres, par la saillie ou la dépression de leur centre, les croûtelles et les squames qui ne s'étendent jamais d'un élément à l'autre; à la périphérie des plaques, les éléments sont plus éloignés et plus distincts. Parfois, comme l'a fait voir Hallopeau, les éléments du lichen scrofulosorum sont disposés en cercle autour d'un foyer tuberculeux de la peau.

Le lichen scrofulosorum peut occuper toutes les régions de la peau; mais son siège le plus fréquent est le tronc, particulièrement la paroi abdominale: c'est dans cette région que les plaques atteignent leur plus grand développement. Sur les membres les éléments sont plutôt disséminés, souvent plus larges, centrés par une pustule plus apparente et se rapprochent de l'acné des cachectiques de Hebra. Il est exceptionnel d'observer le lichen scrofulosorum à la face.

Contrairement aux autres affections désignées sous le nom de lichen, celle-ci ne provoque presque jamais de démangeaisons, ce qui fait qu'elle passe très souvent inaperçue.

L'éruption de lichen scrofulosorum se produit souvent d'une façon rapide, ou par poussées échelonnées sur quelques semaines; puis elle reste stationnaire pendant plusieurs mois et disparaît spontanément, d'autant plus vite que le sujet est placé dans de meilleures conditions hygiéniques, sans laisser de traces, ou en laissant à sa place quelques petites cicatrices déprimées et punctiformes qui restent pigmentées pendant un certain temps.

Étiologie. — Le lichen scrofulosorum est une affection de l'enfance; il est tout à fait exceptionnel de le rencontrer chez l'adulte.

Il s'observe habituellement chez des enfants pauvres, mal nourris, mal soignés, présentant le facies scrofuléux ou l'aspect de la cachexie tuberculeuse. Les enfants qui en sont atteints sont, à peu près sans exception apparente, porteurs de lésions tuberculeuses des os, des articulations ou des ganglions, et ces tuberculoses sont presque toujours ouvertes.

Le lichen scrofulosorum est à tort considéré comme plus rare en France qu'en Allemagne: une enquête poursuivie dans les services de chirurgie des hôpitaux d'enfants nous a permis d'en observer un très grand nombre.

Anatomie pathologique. — Les lésions du lichen scrofulosorum siègent autour des follicules, ainsi que le montre la clinique et que Kaposi l'a établi histologiquement; il est tout à fait exceptionnel de les voir prendre naissance autour des glandes sudoripares.

Les recherches de Jacobi⁽¹⁾, Darier, Hallopeau, Lukasiewicz, Unna ont établi que la papule a la même structure que le nodule tuberculeux: les cellules géantes, en nombre variable, sont situées très superficiellement autour de l'orifice folliculaire et sont entourées de cellules épithélioïdes puis d'une infiltration de cellules lymphoïdes qui se retrouvent en outre le long des vaisseaux. Dans

⁽¹⁾ JACOBI, Pathologie und Pathogenese des Lichen scrofulosorum. *Verhandl. d. deuts. dermatol. Gesellschaft*, 1891.

l'épiderme, on trouve des cellules migratrices, et un bouchon corné occupe l'orifice du follicule. La glande sébacée est tantôt normale, tantôt en voie de destruction ou détruite.

La recherche du bacille de Koch a donné des résultats négatifs à Lukasiewicz, Sack, Neisser, Riehl, Hallopeau, Darier. Jacobi a trouvé, une fois, un unique bacille. Plus récemment Wolff⁽¹⁾ a pu constater la présence de bacilles multiples dont plusieurs papules de lichen scrofulosorum.

Nature. — Considéré longtemps comme n'ayant avec la tuberculose qu'un rapport de coïncidence, ou comme dû à une infection banale d'origine externe, le lichen scrofulosorum est aujourd'hui généralement considéré comme ayant avec la tuberculose des relations certaines: les analogies de structure de ses lésions avec le tubercule paraissent cependant insuffisantes à Riehl et à Lukasiewicz qui font remarquer quelques différences, la persistance de la vascularisation dans les papules qui n'est pas constante pour Jadassohn, l'absence de réticulum, l'absence de caséification; dans les faits où la tuberculose paraît faire défaut cliniquement, et qui ont été invoqués contre la nature tuberculeuse du lichen scrofulosorum, il se peut qu'il s'agisse de cas de tuberculose latente.

Mais on discute sur la nature des relations de cette dermatose avec la tuberculose.

Les résultats négatifs de l'inoculation aux animaux dans les expériences de Jacobi, Lukasiewicz, Jadassohn⁽²⁾, l'absence du bacille de Koch dans tous les cas sauf le cas unique de Jacobi, le développement du lichen scrofulosorum à la suite d'une injection de tuberculine dans une observation d'ailleurs très contestable de Schweningen et Buzzi⁽³⁾, le développement périphérique autour de foyers tuberculeux cutanés, la guérison spontanée des lésions le plus souvent sans cicatrice ont été invoqués par Hallopeau pour faire du lichen scrofulosorum le résultat de l'action locale, non du bacille de Koch lui-même, mais des toxines qu'il élabore au niveau des diverses lésions tuberculeuses concomitantes au lichen scrofulosorum. Les cas de Wolff doivent faire revenir sur cette opinion.

Diagnostic. — Le lichen scrofulosorum est facile à reconnaître, à condition qu'on pense à son existence. Il est cependant le plus souvent méconnu.

Les *eczémas* s'en distinguent aisément par l'existence de vésicules, le suintement et la formation de croûtes qui font toujours défaut dans le lichen scrofulosorum.

Les *éruptions médicamenteuses*, survenant chez des sujets pansés à l'iodoforme, au salol, etc., ont une marche aiguë, se traduisent par des taches érythémateuses larges, des vésicules à évolution rapide et donnent lieu à du suintement et à des croûtes lorsqu'elles ne disparaissent pas rapidement.

La *xérodémie pilaire* qui est fréquente chez les enfants scrofulo-tuberculeux, occupe les membres, du côté de l'extension; les éléments sont disséminés, jamais disposés en groupes; ils sont formés de saillies coniques, dures, jamais

⁽¹⁾ WOLFF, Demonstration von 5 Fällen von Lichen scrofulosorum. *Deutsche dermatologische Gesellschaft*, 1898.

⁽²⁾ HAUSHALTER (*Annales de Dermatologie*, 1898, p. 455), dans deux cas, a réussi à produire la tuberculose par inoculation des produits de raclage; mais le diagnostic de lichen scrofulosorum était des plus contestables dans les deux cas.

⁽³⁾ SCHWENINGER u. BUZZI, Brief aus Berlin über das Kochsche Heilmittel. *Monatsch. f. prakt. Dermat.* 1890, t. XI, p. 578.