

pustuleuses, dont le grattage donne un petit cône corné, entourant un poil atrophié et enroulé.

Les *syphilides miliaires* peuvent présenter un aspect très analogue au lichen scrofulosorum et sont, comme lui, des folliculites. Leurs éléments sont plus larges, plus saillants, de coloration plus jambonnée; sur les plaques, ils sont moins rapprochés les uns des autres; l'évolution de l'affection est plus rapide; elle coïncide avec d'autres manifestations syphilitiques et non avec des lésions scrofulo-tuberculeuses, et se développe chez des sujets plus âgés.

Traitement. — Le traitement général du lichen scrofulosorum se confond avec celui des lésions tuberculeuses et doit consister dans l'emploi des toniques et des reconstituants, alimentation abondante et substantielle, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, etc., dans l'amélioration des conditions hygiéniques, le séjour à la mer, etc.

Le traitement local a peu d'importance, en raison de l'absence des troubles fonctionnels et de la tendance des lésions à la disparition spontanée. Jacobi conseille cependant l'emploi de la chrysarobine à dose faible. On peut aussi recourir aux pommades à l'ichthyol ou au goudron.

TUBERCULIDES NÉCROTIQUES

Définition. — L'affection que nous décrivons sous ce nom est caractérisée par le développement, sur différentes parties du corps, de nodosités dures, à évolution rapide, sur lesquelles se développent ultérieurement des vésicules suivies d'ulcérations et de cicatrices.

Cette affection a été décrite sous les noms les plus divers, en raison des caractères anatomiques qui lui ont été attribués: elle a été désignée par Brocq sous le nom de folliculites disséminées symétriques des parties glabres à tendances cicatricielles, par Barthélemy sous ceux de folliculis et acnitis, par Politzer sous celui d'hydradénite destructive suppurative, par Dubreuilh⁽¹⁾ sous celui d'hydrosadénite suppurative, disséminée, par Unna sous celui de spiradénite disséminée suppurative par Tenneson et Leredde sous celui de granulome innominé, par Darier⁽²⁾ sous celui de tuberculide, par Hallopeau⁽³⁾ sous celui de toxi-tuberculide acnéiforme et nécrotique.

La dénomination clinique de tuberculide nécrotique a l'avantage d'éviter la confusion avec d'autres formes de tuberculides et de ne pas préjuger la localisation anatomique.

Description. — L'élément primitif de l'affection est une nodosité, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de millet, dure, arrondie, intra-dermique, se déplaçant à la face profonde de la peau au-dessus des plans profonds et donnant assez bien la sensation d'un grain de plomb adhérent à la face inférieure du derme. Au-dessus de cette nodosité, qui la soulève légèrement, la peau a une coloration normale ou un peu rosée.

⁽¹⁾ DUBREUILH, Hydrosadénite suppurative disséminée. *Arch. de méd. expériment.* 1895, p. 65.

⁽²⁾ DARIER, Des « tuberculides » cutanées. *Annales de Dermatologie*, 1896, p. 1451.

⁽³⁾ HALLOPEAU, Étude de malades et de moulages au point de vue des toxi-tuberculides. *Tribune médicale*, 1898. — Voir aussi BEAUPREZ, Contribution à l'étude de la folliculite. *Thèse de Paris*, 1897-1898. On trouvera dans cette thèse les principales observations de cette affection.

Les nodosités se développent souvent brusquement, puis évoluent lentement; elles deviennent rouges, leur saillie s'accuse, leur largeur augmente et atteint celle d'un petit pois; on voit se produire à leur sommet un léger soulèvement épidermique, une vésicule ou une vésico-pustule plus ou moins accusée suivant les cas; ce soulèvement vésiculeux ou pustuleux renferme une minime gouttelette qui vient sourdre par la pression et sa rupture laisse une petite ulcération à bords parfois taillés à pic et pénétrant profondément; l'ulcération se recouvre bientôt d'une croûte blanche ou brunâtre.

Au bout de quelques semaines, la nodosité s'affaisse peu à peu, reprend la coloration normale de la peau, la croûte se dessèche et il reste une cicatrice centrale, déprimée, comme faite à l'emporte-pièce, entourée pendant un certain temps d'une auréole brunâtre.

Les lésions se produisent par poussées successives, de sorte qu'on en voit souvent simultanément à des périodes différentes de leur évolution. Elles sont disséminées, ou réunies en grand nombre dans une région donnée; mais il est exceptionnel qu'elles deviennent confluentes.

L'affection peut occuper toutes les parties du corps; ses sièges de prédilection sont la face dorsale des doigts, le dos des mains, les avant-bras du côté des extenseurs, les cuisses et les jambes, la face dorsale des pieds et des orteils, le pourtour du pavillon des oreilles; elle est moins fréquente et ses éléments moins abondants sur le tronc; le visage, les régions plantaires et palmaires sont rarement atteints.

Le début de l'éruption est marqué par une légère douleur, généralement passagère, au point où elle se produit. Dans son cours, elle est presque toujours indolente.

Cette affection dure pendant plusieurs années, au cours desquelles on voit apparaître des poussées qui se renouvellent le plus souvent d'une façon régulière pendant l'hiver et cessent en été.

Étiologie. — Cette affection est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle s'observe le plus souvent chez des sujets adultes, rarement chez des enfants ou des adolescents.

Fréquemment les sujets qui en sont atteints présentent de l'asphyxie des extrémités. Souvent aussi ils ont d'autres attributs du tempérament lymphatique. Enfin il est très habituel de voir ces lésions coïncider avec des manifestations tuberculeuses, soit du côté du poulmon, soit du côté des ganglions lymphatiques.

Anatomie pathologique. — Les nodules sont constitués par une accumulation de cellules embryonnaires, au milieu desquelles Darier, Dubreuilh, Leredde, Unna ont constaté la présence de cellules géantes. La structure de ces nodules, qui renferment des cellules géantes et des cellules épithélioïdes, est celle des follicules tuberculeux. Les lésions occupent toute l'épaisseur du derme, qui par places présente des lésions nécrotiques. L'infiltration est surtout prononcée autour des vaisseaux sanguins qui sont souvent dilatés, parfois tellement nombreux qu'on doit admettre leur néoformation (Leredde), quelquefois oblitérés.

Les glandes de la peau sont également altérées. L'infiltration embryonnaire est plus accusée autour des follicules pileux, des glandes sébacées et des glandes sudoripares, et dans quelques-unes de ces dernières on peut trouver une nécrose des cellules épithéliales du glomérule.

Le point de départ des lésions a été diversement interprété : pour Jacquet, il est dans les glandes sébacées et les follicules; pour d'autres (Fordyce, Dubreuilh, etc.), il est dans les glandes sudoripares au niveau desquelles l'infiltration est le plus accusée. La solution de cette question est encore pendante; en tous cas, il semble bien qu'il s'agisse d'un processus glandulaire. Cependant Leredde pense que la prédominance de l'infiltration embryonnaire dans le tissu périglandulaire est due à la richesse de ce tissu en vaisseaux sanguins qui sont les premiers intéressés.

La recherche des bacilles tuberculeux a donné des résultats négatifs à Hallopeau, Darier, Leredde, Unna, Veillon; on ne trouve d'ailleurs, avant l'ouverture des vésicules, aucun micro-organisme (Dubreuilh, Unna, etc.).

Nature. — L'existence fréquente, mais moins constante que dans le lichen scrofulosorum, de tuberculoses externes ou profondes chez les sujets atteints de cette affection a fait admettre une relation entre elle et la tuberculose, relation exprimée par le nom de tuberculide que lui a donné Darier. La présence de cellules géantes et de follicules tuberculeux a confirmé cette relation. Mais d'autre part le bacille tuberculeux fait défaut dans les lésions, l'inoculation aux animaux a donné des résultats négatifs à Veillon. Boeck⁽¹⁾ et Hallopeau considèrent cette affection comme produite par l'action des toxines du bacille de Koch, comme une *toxi-tuberculide*. Cette hypothèse est plus discutable encore que pour le lichen scrofulosorum et manque de toute démonstration.

Diagnostic. — Les différentes manifestations cutanées de la tuberculose diffèrent assez de cette tuberculide pour ne pouvoir être confondues cliniquement avec elle.

Les tuberculides nécrosantes peuvent être prises pour des *engelures* en raison de la fréquence de l'asphyxie des extrémités, de la répétition des poussées pendant l'hiver et de leur siège sur la face dorsale des doigts et des mains. Cependant l'absence de douleur sous l'influence des changements de température, l'évolution beaucoup plus lente des lésions qui tardivement aboutissent à une ulcération peu étendue et taillée à pic sont autant de caractères distinctifs.

Dans les formes généralisées, la confusion peut être faite soit avec des *syphilides papuleuses*, mais dans celles-ci les lésions ont une coloration plus foncée, d'un rouge brunâtre, elles sont plus nombreuses et n'évoluent pas par poussées successives, soit avec l'*acné pustuleuse* dans laquelle l'évolution est plus rapide, les éléments plus inflammatoires et la suppuration plus précoce et plus prononcée.

Traitement. — Cette affection, en raison de ses relations avec la tuberculose et des lésions tuberculeuses qui l'accompagnent fréquemment sinon constamment, est justiciable du traitement reconstituant et tonique : alimentation régulière et abondante, huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, etc.

Localement, elle ne demande guère que des soins de propreté, l'application d'emplâtres adhésifs lorsqu'il y a des ulcérations; les emplâtres mercuriels de

(1) BOECK. Die Exantheme der Tuberculose. *Arch. f. Dermat.* 1898, XLII, 71.

Vigo et de Vidal semblent d'ailleurs agir comme résolutifs et diminuer la durée des éléments en particulier.

On ne connaît aucun moyen pour prévenir les récidives.

ÉRYTHÈME INDURÉ

Définition. — L'érythème induré est caractérisé par le développement de nodosités dures et persistantes, accompagnées de rougeur plus ou moins vive, se développant aux membres inférieurs chez des sujets jeunes.

Description clinique. — Les nodosités de l'érythème induré ont généralement le volume d'un pois; elles sont arrondies, dures, résistantes, occupent le tissu cellulaire sous-cutané ou la partie profonde du derme et peuvent faire une saillie plus ou moins apparente. Elles s'accompagnent, soit dès leur début, soit ultérieurement, d'une rougeur assez vive et parfois violacée du tégument qui disparaît par la pression.

Elles peuvent se réunir pour former des plaques d'étendue variable et de forme irrégulière.

Débutant brusquement, elles persistent pendant un temps fort long, le plus souvent plusieurs mois; le plus ordinairement, la coloration rouge disparaît, la nodosité s'affaisse et se résorbe, laissant à sa suite une dépression persistante. Dans quelques cas, une ou plusieurs des nodosités se ramollissent, et s'ouvrent; il en résulte une ulcération généralement arrondie, dont le fond est couvert de fongosités et dont la cicatrisation est très lente.

Les lésions de l'érythème induré occupent exclusivement les membres inférieurs, le plus souvent au niveau du mollet ou à la partie externe et inférieure de la jambe, parfois aussi les cuisses et les fesses. Elles affectent fréquemment une certaine symétrie. Elles se montrent souvent sous la forme de poussées successives se reproduisant à intervalle variable.

Étiologie. — Bazin a bien établi que l'érythème induré s'observe chez les sujets jeunes, offrant les attributs du tempérament lymphatique et ayant souvent présenté diverses manifestations scrofuleuses.

Cette affection se rencontre surtout chez les jeunes filles de 14 à 18 ans, presque exclusivement chez celles que les nécessités de leur profession obligent à rester longtemps dans la station verticale. Elle est particulièrement fréquente chez les blanchisseuses (Bazin).

Anatomie pathologique et nature. — Les lésions anatomiques de l'érythème induré ont été étudiées par Audry⁽¹⁾, Leredde⁽²⁾. D'après les recherches de Thibierge et Ravaut⁽³⁾, elles consistent en une infiltration embryonnaire autour des vaisseaux de la partie inférieure du derme et des canaux sudoripares et surtout en une sclérose du tissu cellulaire sous-dermique, disposée sous forme de bandes autour des lobules adipeux qu'elle pénètre peu. Ces bandes ont pour

(1) AUDRY. Étude de la lésion de l'érythème induré (de Bazin). *Annales de dermatologie*, 1898, p. 209.

(2) LEREDDE. Tuberculides nodulaires des membres inférieurs (érythème induré de Bazin). *Annales de dermatologie*, 1898, p. 895.

(3) THIBIERGE et RAVAUT. Étude sur les lésions et la nature de l'érythème induré. *Annales de dermatologie*, 1899, p. 515.

origine les vaisseaux de l'hypoderme qui sont le siège d'une endartérite très prononcée; on constate dans ces travées conjonctives des cellules géantes, des cellules épithélioïdes. Le tissu cellulaire compris entre ces travées peut avoir conservé sa structure normale, ou être le siège d'une infiltration embryonnaire assez abondante, ou de lésions dégénératives.

Il a été impossible jusqu'ici de déceler des bacilles dans les lésions de l'érythème induré; mais, dans un cas de Thibierge et Ravaut, l'inoculation au cobaye a produit des lésions manifestes de tuberculose.

Ces résultats montrent que l'érythème induré doit être considéré comme d'origine tuberculeuse; les conditions spéciales de circulation dans les membres inférieurs, aggravées par la station verticale prolongée, expliquent sans doute ses caractères cliniques et anatomiques particuliers.

Diagnostic. — L'érythème nouveau, qui lui aussi occupe les membres inférieurs, diffère de l'érythème induré par le développement plus considérable et la saillie plus accentuée des nodosités qui sont plus douloureuses que celles de l'érythème induré, par la rapidité de sa marche qui est toujours aiguë et aboutit toujours à la résolution complète, par les phénomènes généraux, articulaires et viscéraux qui l'accompagnent.

Les gommescrofulo-tuberculeuses, qui ressemblent à bien des égards aux nodosités de l'érythème induré, en diffèrent par leur dissémination sur des régions diverses du corps, par la tendance au ramollissement et à l'ulcération; les ulcérations consécutives aux gommescrofulo-tuberculeuses se distinguent de celles qui succèdent à l'érythème induré par leur multiplicité, leur irrégularité, le décollement de leurs bords qui sont livides.

Traitement. — Outre le traitement général par les toniques, l'huile de foie de morue, les préparations iodées, etc., l'érythème induré nécessite le repos prolongé et l'emploi de topiques résolutifs, tels que les emplâtres mercuriels, les pommades iodurées ou hydrargyriques. Dans les cas rebelles, il est parfois nécessaire de recourir aux cautérisations ignées, qui permettent de détruire les nodosités sans crainte de récidives.

II

LÈPRE

Définition. — La lèpre est une maladie chronique, caractérisée par le développement de néoplasies occupant surtout les téguments et les nerfs et renfermant un micro-organisme spécial, le bacille de A. Hansen.

Distribution géographique. — Très fréquemment observée autrefois et particulièrement au moyen âge dans toutes les régions du globe, elle se rencontre encore aujourd'hui dans tous les pays; mais elle n'est pas uniformément répandue dans tous.

En France, on pensait il y a quelques années encore que — exception faite pour quelques localités des environs de Nice — elle ne s'observait jamais chez des sujets nés et ayant toujours vécu en France; les recherches de Zambaco-

Pacha⁽¹⁾ ont nettement établi l'existence de la lèpre dans quelques parties de la Bretagne, chez des sujets n'ayant jamais quitté leur pays natal; quelques faits de Leloir⁽²⁾ tendraient à faire admettre que des formes atténuées de la lèpre s'observent chez des sujets n'ayant jamais quitté le nord de la France, mais ces dernières observations n'ont pas eu le contrôle bactériologique. Du Castel⁽³⁾ a rapporté un cas de lèpre chez une femme originaire de Dieppe et n'ayant jamais habité hors de France: Darier a confirmé le diagnostic par l'examen bactériologique.

Ces faits sont en réalité rares et en France, comme dans la plupart des États de l'Europe centrale (Allemagne, Autriche, Belgique, Hollande et Angleterre), la très grande majorité des cas de lèpre qu'on observe sont des cas d'importation, provenant de pays plus ou moins éloignés, et dont l'importation n'est pas suivie du développement d'autres cas de la même maladie.

Il y a lieu cependant de faire exception pour les foyers lépreux observés en Bosnie-Herzégovine par Neumann et par Glück et pour le foyer qui s'est développé depuis vingt ans dans le cercle de Memel à l'extrémité orientale de l'Allemagne auprès de Königsberg, et qui a été le point de départ d'un grand nombre de travaux et de l'agitation récente soulevée au sujet de la lèpre.

Les pays à lèpre sont: en Europe, l'Italie, l'Espagne⁽⁴⁾, la Turquie, la Roumanie, la Russie et surtout la Norvège et l'Islande; en Asie, le Japon, la Chine, l'empire des Indes, l'Indo-Chine et en particulier le Tonkin, la Perse, l'Asie Mineure; en Afrique, le Mozambique, le Cap de Bonne-Espérance, le Congo, le Sénégal, le Maroc, la Tripolitaine, l'Égypte; en Amérique, quelques régions des États-Unis, le Mexique, le Guatemala, le Venezuela, la Guyane, le Brésil, la Colombie et les Antilles; en Océanie, les Philippines, Bornéo, la Nouvelle-Guinée, la Nouvelle-Galles du Sud, la Nouvelle-Zélande. Les relations relativement fréquentes et faciles avec un grand nombre de ces régions, l'existence de colonies européennes plus ou moins importantes dans certaines d'entre elles (on peut dire que presque toutes les colonies d'outre-mer des nations européennes sont plus ou moins infestées de lèpre), expliquent comment on voit, à l'état permanent dans tous les pays, un plus ou moins grand nombre de lépreux.

On a fait remarquer que le plus grand nombre des foyers lépreux occupaient le voisinage de la mer: vraie d'une façon générale, cette règle comporte cependant un certain nombre d'exceptions.

En tous pays, les différentes races sont inégalement résistantes devant la lèpre: la race juive fournit un grand nombre de cas. Zambaco a été conduit par des considérations ethnographiques à rechercher et à constater l'existence de la lèpre en Bretagne.

Étiologie⁽⁵⁾. — La tradition ancienne faisait de la lèpre une des maladies les plus contagieuses que l'on puisse rencontrer. Les lépreux, rendus un sujet

⁽¹⁾ ZAMBACO-PACHA, *Bull. Acad. de méd.*, 51 octobre 1892; La lèpre en Bretagne, *Annales de Dermatologie*, 1892, p. 1215.

⁽²⁾ LELOIR, Existe-t-il dans les pays non lépreux en France et en particulier dans la région du Nord des vestiges de l'ancienne lèpre? *Bullet. Acad. de médecine*, 21 février 1895.

⁽³⁾ DU CASTEL, Lèpre nostras. *Annales de Dermat.* 1895, p. 1157.

⁽⁴⁾ Les foyers lépreux de l'Espagne sont l'origine du plus grand nombre des cas de lèpre observés en Algérie (GÉMY et RAYNAUD, Études sur la lèpre en Algérie et plus spécialement à Alger; mesures prophylactiques. Alger 1897).

⁽⁵⁾ Voir E. BESNIER, Rôle étiologique de l'hérédité et de la transmissibilité dans la production de la lèpre. *Annales de Dermatologie*, octobre 1897, p. 955.