

tions torpides indolentes ou par des nodules mous, d'un jaune rougeâtre, infiltrés dans le derme; dans l'un et l'autre cas la maladie laisse toujours une cicatrice.

L'*impétigo* de la face peut ressembler au lupus ulcéré au point de rendre le diagnostic réellement difficile, au moins au premier examen. Il s'observe chez des enfants lymphatiques, occupe les mêmes régions, constitue des placards ou des lésions isolées de même forme et couvertes de croûtes identiques. L'*impétigo* ne présente pas d'infiltration véritable, ce qui est surtout net dans les petits éléments isolés; si l'on soulève la croûte, on trouve une érosion très superficielle et non pas un ulcère; les lésions évoluent beaucoup plus vite et ne laissent pas de cicatrices; enfin un traitement approprié fera promptement guérir tout ou partie de l'*impétigo*, tandis que le lupus sera à peine modifié, ou, si les croûtes disparaissent, elles sont remplacées par des nodules typiques. L'*épithélioma* et les *syphilides tertiaires* ne sont pas des lésions de l'enfance et ne méritent pas pour cette raison de nous arrêter, bien que chez l'adulte elles puissent facilement être confondues avec le lupus tuberculeux.

Le lupus érythémateux est rare chez l'enfant mais peut s'y rencontrer. Il se caractérise d'abord par l'absence des nodules jaunâtres typiques, par la symétrie des lésions, par l'absence constante d'ulcérations et par la présence des squames caractéristiques du lupus érythémateux, squames épaisses, dures, adhérentes, fixées au derme par des prolongements filiformes qui sont des bouchons épidermiques s'enfonçant dans les orifices pileux dilatés.

Traitement. — *Traitement prophylactique.* — Le lupus ayant le plus ordinairement pour origine une tuberculose ganglionnaire osseuse ou muqueuse, il est essentiel de surveiller attentivement ces lésions pour éviter l'inoculation à la peau. Pour les tuberculoses ganglionnaires, tant qu'on pourra espérer leur résolution, le traitement général de la scrofulo-tuberculose devra être employé avec persévérance; pour les adénites suppurées ou les tuberculoses osseuses, il faudra intervenir chirurgicalement pour éviter les suppurations prolongées et les fistules. Enfin, il est important de se méfier des coryzas chroniques et des dacryocystites de l'enfance qui sont souvent tuberculeux.

Traitement général. — Dans tous les cas de lupus, chez l'enfant plus encore que chez l'adulte, le traitement général sera un adjuvant indispensable du traitement local. On ne peut guère compter sur lui seul pour amener la guérison, mais l'efficacité du traitement local dépend beaucoup de l'état de la santé générale. L'huile de foie de morue pendant l'hiver, les sulfureux pendant l'été, sous forme d'eaux minérales, de pilules de sulfure de calcium à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour en 3 ou 4 pilules, le phosphate de chaux sont, parmi les médicaments, les plus utiles. Une habitation bien aérée, une nourriture abondante, et par suite tous les médicaments capables de relever l'appétit, tels que les amers, sont habituellement indiqués. On se trouvera fort bien des bains salés pris à domicile ou mieux encore des bains de mer, des sources chlorurées sodiques ou des stations thermales sulfureuses comme les Eaux-Bonnes, suivant le tempérament du malade: les

sources salées trouvant mieux leur emploi chez les enfants très nerveux, dans les lupus à marche rapide et inflammatoire, tandis que les bains de mer et les stations sulfureuses sont plus actifs pour les lupus torpides chez les malades qui peuvent les supporter.

Traitement local. — On peut considérer comme traitements palliatifs tous les topiques qui transforment un lupus ulcéré en lupus non ulcéré, qui atténuent les phénomènes inflammatoires et même, parfois, amènent une cicatrisation partielle. On peut citer, à ce point de vue, le pansement antiseptique humide qui devra être fait avec un antiseptique faible et non irritant, tel que l'acide borique en solution saturée. Les pommades suivantes peuvent agir dans le même sens à la condition d'être employées d'une façon suffisamment continue :

Vaseline.	50 grammes
Oxyde de zinc	6 —
Acide salicylique.	1 gramme

ou bien

Axonge benzoinée	20 grammes
Ichtyol	} aa 1 gramme
Acide salicylique.	

La vaseline, avec 1 pour 20 de créosote, constitue une bonne application, plus active dans le sens de la guérison que les précédentes, mais qui n'est pas toujours bien supportée. Parmi les caustiques, les uns, comme la potasse caustique, détruisent indifféremment tous les tissus et sont, à ce point de vue, inférieurs aux caustiques dits électifs, comme les préparations arsenicales. Les caustiques sont rarement employés seuls chez l'enfant; en revanche, on les emploie souvent à la suite des interventions chirurgicales et pour en compléter l'action.

Sur les lupus ulcérés on peut employer les attouchements avec l'acide lactique pur répétés tous les jours ou bien des pansements avec une pommade avec 10 pour 100 d'acide pyrogallique pendant 2 ou 3 jours. L'acide pyrogallique détermine de vives douleurs, il produit une vive inflammation non seulement aux parties malades mais aussi aux parties saines.

Le *traitement chirurgical* est en général le traitement de choix du lupus, mais il comprend plusieurs procédés qui répondent à des indications différentes. On peut distinguer notamment l'excision, la scarification, le curetage et l'ignipuncture.

L'*excision* est la seule méthode qui assure d'une façon presque certaine une guérison immédiate, complète et définitive, mais elle n'est applicable qu'à certains cas déterminés. Elle consiste à extirper le foyer en totalité en faisant porter l'incision dans les parties saines, à 5 ou 6 millimètres des limites visibles du lupus et en enlevant toute l'épaisseur de la peau, mais en réunissant les bords de la plaie par une suture. Il faut donc que le foyer soit de dimensions restreintes, que la peau ne soit pas trop adhérente pour pouvoir être disséquée et réunie par suture. Aussi le procédé s'applique-t-il surtout aux petits lupus de la joue particulièrement fréquents chez les enfants

et aux lupus des membres. Il est inapplicable à l'oreille ou aux ailes du nez, généralement atteintes dans toute leur épaisseur, difficile au dos du nez où la peau est trop adhérente pour être facilement disséquée et suturée, difficile aussi aux lèvres. Un certain nombre de moyens permettent d'en étendre l'emploi. Si la suture linéaire exerce une trop forte traction sur les parties voisines, on peut la remplacer par une suture en étoile à trois branches, ce qui répartit mieux les tractions.

Les différents procédés de greffe permettent de combler des pertes de substance que la suture ne peut fermer. Il n'y a pas lieu de s'occuper de la greffe de Reverdin, mais seulement de la greffe d'Ollier-Thiersch ou de la greffe totale de Lefort. Dans la greffe d'Ollier-Thiersch on recouvre toute la plaie de minces bandelettes comprenant l'épiderme et la partie superficielle du derme qu'on enlève avec un rasoir sur la cuisse ou le bras du malade. Les bandelettes, larges de 1 à 2 centimètres et de longueur variable, doivent se recouvrir par leurs bords, être étroitement appliquées sur la plaie et recouvertes d'un pansement aseptique, en évitant de faire glisser les greffes une fois bien appliquées. La plaie peut être fraîche ou bien bourgeonnante, ce qui est le cas le plus fréquent. Au bout de quelques jours, les greffes sont prises et la cicatrisation est complète. Dans la greffe totale de Lefort, il s'agit d'une véritable anaplastie sans pédicule. La greffe est également prise sur la cuisse, sur le bras ou même sur le tronc, elle a la forme et la dimension de la perte de substance à combler et comprend toute l'épaisseur du derme. La perte de substance ainsi créée est fermée par une suture. Le lambeau, débarrassé soigneusement de la graisse qui le double, est appliqué sur la plaie à combler et fixé par une série de points de suture au crin de cheval, qui assurent le contact intime des bords et du fond. La greffe d'Ollier-Thiersch est plus facile à faire, elle prend plus facilement et elle cause une moindre perte de substance, mais elle est sujette à se rétracter, d'autant plus qu'elle est plus mince parce qu'elle repose sur un tissu de cicatrice. La greffe totale fournit un derme nouveau dans sa totalité; ce nouveau derme est souple, mobile sur les parties profondes, ne se rétracte pas. Il ne se rétracte que sur les parties flottantes comme les paupières ou les lèvres, là où les autoplasties à pédicule se rétractent aussi. Les résultats définitifs sont meilleurs, mais l'opération est plus difficile et plus aléatoire.

Dans le lupus il sera évidemment indiqué de faire la greffe totale de préférence toutes les fois que la plaie opératoire ne peut pas être suturée: on évite bien mieux la rétraction cicatricielle, et même, quand la greffe est faite chez un enfant, on peut voir la pièce transplantée grandir consécutivement de la même façon que les tissus normaux.

La *scarification*, introduite en France par Vidal et Besnier, consiste en hachures ou incisions des parties malades faites parallèlement en un sens ou en deux sens se croisant à angle aigu comme les hachures d'un dessin. Ces incisions doivent être faites perpendiculairement à la surface de la peau, atteignant et même dépassant en étendue et en profondeur les limites du tissu morbide, et espacées de 1 à 2 millimètres suivant la vitalité du tissu. Dans les premières opérations sur un lupus confluent, exubérant et très mou,

les hachures devront être beaucoup plus espacées que dans un lupus scléreux déjà scarifié plusieurs fois. La scarification se fait avec un couteau spécial, le scarificateur de Vidal, que l'on tient comme une plume à écrire et avec lequel on peut faire rapidement et sûrement un grand nombre d'incisions; cela est préférable aux scarificateurs à lames multiples qui permettent moins bien de varier la profondeur de l'opération suivant les circonstances. L'hémorragie pendant l'opération est toujours profuse, mais s'arrête très promptement par la compression avec des tampons de coton hydrophile. La cicatrisation est toujours très rapide et l'on est surpris de voir se cicatriser en 5 ou 6 jours une surface que l'on a littéralement mise en bouillie par les scarifications.

Le *raclage* consiste en l'ablation avec de petites curettes de tout le tissu morbide, ce qui est singulièrement facilité par son extrême mollesse, de sorte que, tandis que le tissu lupique s'enlève sans résistance, la curette ne mord pas sur le tissu sain. On peut ainsi poursuivre tous les prolongements de l'infiltration lupique et limiter son action destructive au strict nécessaire. Cependant les tissus qui résistent à la curette et qui lui font barrière ne sont sains qu'en apparence, ils sont criblés de tubercules à peine visibles à l'œil nu, comme des points jaunes enchâssés dans le réseau blanc nacré que forme le derme mis à nu par la curette. Il est toujours utile d'étendre la destruction des tissus par la scarification de la base, par la cautérisation ou encore par l'ignipuncture. Cela même ne suffit pas toujours et l'on peut voir des récidives se faire dans la cicatrice obtenue par le raclage; cependant chez les enfants il n'est pas rare d'obtenir d'emblée la guérison définitive d'un foyer unique après un seul raclage, tandis que c'est exceptionnel chez l'adulte.

Le raclage trouve son indication dans tous les lupus des membres, les doigts exceptés, dans les lupus de la face modérément étendus et situés en des points où la rétraction cicatricielle n'est pas trop gênante, comme à la joue. Au contraire, sur les paupières, les ailes du nez, les oreilles et quelquefois sur les doigts, si le lupus est un peu étendu, le raclage, en enlevant le tégument dans sa presque totalité, entraînerait des délabrements considérables, et la cicatrice très rétractile qui lui fait suite ne serait pas sans inconvénients. La curette trouve encore son emploi dans le cas de petits nodules disséminés. On les énuclée avec de très petites curettes de 1 millimètre de large en moyenne maniées comme un foret qu'on fait rouler entre les doigts et qui permettent de poursuivre tous les prolongements des nodules.

Après le raclage de lésions d'une certaine étendue, il est utile de cautériser la surface pour détruire les foyers microscopiques qui ont échappé à la curette. Il faut pour cela un caustique qui ne soit pas trop superficiel. La soude caustique, employée sous forme de lessive des savonniers et appliquée en badigeonnages avec un pinceau d'ouate, est un des meilleurs. Son action est plus profonde que le chlorure de zinc plus généralement usité, et la soude a sur la potasse caustique l'avantage de faire une escarre sèche tandis que la potasse fait une escarre molle. Après le curettage de nodules

isolés, on peut, de même, pénétrer dans la petite cavité avec un très fin pinceau chargé de soude caustique ou bien la bourrer avec un minime fragment d'amadou chargé de chlorure de zinc à 20 pour 100 qu'on y abandonne. Le morceau d'amadou gros comme un grain de mil fait autour de lui une escarre grosse comme un petit pois. L'escarre obtenue par ces divers moyens est sèche et, si les lésions sont individuellement de petit volume, on peut souvent se passer de pansement, l'escarre s'élimine à sec et ne tombe que lorsque la cicatrisation est achevée.

L'*ignipuncture*, surtout préconisée par Besnier, se fait soit avec la pointe fine du thermo-cautère, soit avec le galvano-cautère qui permet de monter plusieurs pointes sur le même manche sous forme de grilles. On crible la surface malade de cautérisations ponctuelles, espacées de 2 à 4 millimètres, pénétrant jusqu'aux limites du tissu morbide, ce qui, avec de l'habitude, se sent assez bien par les différences de résistance. Après l'opération, on applique un pansement antiseptique humide renouvelé deux fois par jour jusqu'à la cicatrisation. L'*ignipuncture* trouve encore son emploi pour la destruction des petits nodules isolés dans une cicatrice. Dans tous les cas, il faut y revenir un grand nombre de fois pour aboutir à la guérison; la destruction du tissu morbide n'étant pas générale, la cicatrice n'est jamais saine du premier coup, et il est indispensable de répéter les opérations à des intervalles de 2 ou 3 semaines.

Ces diverses opérations ne peuvent guère se faire chez l'enfant sans anesthésie au moins locale. Si l'enfant est jeune et le lupus étendu, l'anesthésie générale par le chloroforme est indispensable. Si l'enfant est assez âgé et le lupus peu étendu, on peut se contenter de l'anesthésie locale par la cocaïne. On l'obtient en injectant dans l'épaisseur du derme avec une canule fine et coudée à sa base une solution de cocaïne à 2 pour 100 ou même à 1 pour 100 si la région à anesthésier est un peu étendue. Pour un enfant de 10 ans on ne doit pas dépasser 2 centigrammes et il est essentiel que l'injection soit faite aussi superficiellement que possible dans l'épaisseur du derme. Toute injection faite dans l'hypoderme est perdue, si ce n'est dans les endroits où la peau est très mince comme les paupières ou le prépuce¹.

Les opérations sanglantes comme le raclage et surtout la scarification devant être fréquemment répétées, il importe de réduire au minimum la perte de sang. Or, comme elles se font le plus souvent à la face, l'hémorragie en nappe est extrêmement abondante. Il faut donc opérer d'une main, en tenant de l'autre un gros tampon de coton absorbant, humecté d'une solution antiseptique et bien exprimé, que l'on applique aussitôt sur les surfaces saignantes. Une compression méthodique soutenue pendant quelques minutes suffit toujours à arrêter l'hémorragie.

Après l'une ou l'autre de ces opérations, il faut appliquer un pansement antiseptique humide, qui devra être renouvelé deux ou trois fois par jour; il y a tout intérêt à hâter la cicatrisation en enrayant le plus possible la suppuration; j'emploie de préférence l'acide borique en solution saturée,

(¹) W. DUBREUILH. De l'anesthésie locale en dermatologie. *Annales de dermatologie*, avril 1895.

parce que les antiseptiques plus énergiques, comme le sublimé ou l'acide phénique, sont souvent mal supportés. On applique sur la plaie un placard d'ouate hydrophile imbibée de la solution antiseptique, et on le recouvre d'une feuille de gutta-percha laminée qui en dépasse les limites et qui l'empêche de se dessécher. Malgré cela, il arrive souvent que le pansement adhère à la plaie et que son arrachement soit fort douloureux; on évite cet inconvénient en interposant une couche de pommade antiseptique. J'emploie pour cela de préférence une pommade contenant pour 20 grammes de vaseline, 1 gramme ou 50 centigrammes de créosote, ce qui exerce une action très réelle et assez profonde sur le tissu tuberculeux.

Deux méthodes de traitement ont acquis dans ces dernières années une grande vogue, la radiothérapie et la photothérapie.

La radiothérapie ou traitement par les rayons de Röntgen consiste à exposer les parties malades pendant un certain temps, généralement quelques minutes, aux effluves d'une ampoule de Crookes. Après quelques séances, il se fait une réaction inflammatoire aboutissant quelquefois à l'ulcération ou à la nécrose.

La photothérapie proprement dite, ou méthode de Finsen, est l'exposition des parties malades à la lumière intense d'une lampe à arc. La lumière agit surtout par les rayons bleus, violets et ultra-violets, et pour qu'il n'y ait pas de brûlure thermique, on fait passer les rayons lumineux à travers un réservoir parcouru par un courant d'eau froide. Comme le sang arrête puissamment les rayons chimiques, et empêche leur pénétration, on anémie la région traitée en la comprimant avec la lentille frontale de l'appareil d'éclairage. Chaque séance dure de 15 à 50 minutes et détermine sur la peau les effets d'un coup de soleil, rougeur des téguments, sensation de cuisson et production de phlyctènes. Sous l'influence de ce traitement le lupus s'affaïsse graduellement et guérit en laissant une cicatrice blanche et souple. L'appareil primitif de Finsen était extrêmement compliqué et dispendieux. On a construit depuis des instruments qui ont permis la vulgarisation de ce procédé, qui cependant exige encore une instrumentation considérable.

Les résultats obtenus sont des plus satisfaisants, surtout par la photothérapie proprement dite de Finsen, mais on ne saurait la considérer comme appelée à remplacer toutes les autres méthodes. Elle a l'immense avantage de n'être pas douloureuse, mais on voit souvent des lupus résister à des traitements phototherapiques très régulièrement suivis. Il est difficile d'obtenir des jeunes enfants une tranquillité suffisante pendant un temps aussi long; le traitement de Finsen est inapplicable au lupus des cavités qui sont si fréquents et si difficiles à guérir par toutes les méthodes. Les cas qu'on guérit le mieux par la photothérapie sont justement ceux qu'on guérit le mieux aussi par les autres méthodes.

Chacune des méthodes de traitement du lupus répond à des indications particulières. L'extirpation est la méthode de choix toutes les fois qu'elle est possible. Quand elle n'est pas possible, on a le choix entre le raclage, l'*ignipuncture* ou la scarification.

Pour un lupus siégeant dans une région où il n'y a pas à ménager la cicatrice, on fera le raclage suivi de scarification, de cautérisation ou d'ignipuncture de la base. Dans les régions où les rétractions cicatricielles sont à craindre, comme dans le voisinage des orifices ou aux oreilles, aux ailes du nez, on préférera la scarification qui donne les plus belles cicatrices. Le raclage donne les résultats les plus rapides avec des interventions plus espacées; au contraire la scarification, qui donne les plus beaux résultats au point de vue esthétique, exige des interventions à peu près hebdomadaires et pendant assez longtemps; entre les deux se place l'ignipuncture. Lors donc que l'on cherche avant tout le résultat esthétique dans un lupus de la face, il faudra choisir la scarification; lorsqu'il est nécessaire de ne pas multiplier les interventions, on prendra l'ignipuncture dont la cicatrice est aussi satisfaisante; lorsqu'on voudra avant tout un résultat rapidement appréciable, et que l'on estimera que, suivant le mot de Dubois-Havenith, « une cicatrice vicieuse vaut mieux qu'une guérison qu'on promet toujours et qui ne vient jamais », on choisira le raclage. Du reste, un point très important, c'est que certains malades se trouvent mieux de telle ou telle opération; souvent aussi il faut changer, parce qu'un procédé qui donnait de très appréciables résultats au début devient impuissant. Souvent il arrive qu'après s'être rapidement amélioré par la scarification ou l'ignipuncture, l'état du malade reste stationnaire; il faut alors changer de méthode, passer de l'une à l'autre, et l'on verra l'amélioration reprendre sa marche.

Le lupus des muqueuses est plus difficile à atteindre que celui de la peau, mais en général moins rebelle, à part le lupus des gencives. La scarification n'est que rarement indiquée, et l'on emploie de préférence le raclage, l'ignipuncture ou les attouchements avec les caustiques tels que l'acide lactique pur.

III. — TUBERCULOSE VERRUQUEUSE

Cette forme de tuberculose, étudiée surtout par Riehl et Paltauf, est identique au tubercule des anatomistes et très voisine du lupus verruqueux. Elle siège presque toujours à la face dorsale de la main ou des doigts d'où elle peut gagner la face palmaire, et elle est due à une inoculation exogène de produits tuberculeux. Elle est rare dans l'enfance, parce qu'à cet âge les inoculations tuberculeuses sont moins fréquentes et qu'elles prennent habituellement la forme ulcéreuse.

Histologiquement, la tuberculose verruqueuse est caractérisée par des nodules tuberculeux offrant la structure ordinaire, noyés dans un tissu scléreux, mais ayant une certaine tendance à suppurer et à s'ouvrir à l'extérieur sous forme d'abcès miliaires. La petite cavité qui leur succède est envahie et tapissée par l'épiderme; il en résulte des enfoncements profonds de l'épiderme autour desquels sont groupés en cercle des follicules tuberculeux. Les bacilles y sont en nombre très variable, parfois assez nombreux, d'autres fois aussi rares que dans le lupus.

Au point de vue clinique, on trouve des placards arrondis, ovales ou

irréguliers lorsqu'ils atteignent une certaine dimension, saillants, en forme de macaron, profondément infiltrés, mais ne dépassant pas l'hypoderme. Leur bord, formant talus, est d'un rouge violacé, leur surface est inégale, rugueuse, verruqueuse, hérissée de saillies dures et cornées entre lesquelles sont des pertuis par lesquels la pression fait sourdre une gouttelette de pus. Tantôt la lésion est purement sèche et verruqueuse, d'autres fois les pertuis suppurants sont nombreux et le pus forme des croûtes épaisses. La douleur est nulle ou n'apparaît qu'à l'occasion de chocs accidentels. Les placards s'étendent excentriquement en se cicatrisant au centre, mais leur marche est assez variable, parfois s'étendant notablement d'un mois à l'autre, d'autres fois restant presque stationnaires pendant des années. Certains cas ont une tendance infectieuse très prononcée et donnent naissance à des lymphangites tuberculeuses ou même à des généralisations viscérales; d'autres sont torpides et finissent même par guérir spontanément. La tuberculose verruqueuse diffère du lupus par l'absence de nodules jaunâtres typiques, par l'absence d'ulcération véritable, par les abcès miliaires, par l'hyperkératose et l'hypertrophie papillaire. On peut du reste trouver tous les intermédiaires entre le lupus et le tubercule anatomique le plus sec et le plus bénin.

Le traitement consiste à racler à fond la lésion si elle n'est pas trop étendue, ou à faire des cautérisations ponctuées si l'étendue et la forme des lésions font craindre la rétraction cicatricielle. La guérison est en général beaucoup plus facile que dans le lupus proprement dit, les récidives sont moins fréquentes et il n'est pas rare d'en venir à bout avec un seul raclage suivi de cautérisation, et cela non seulement chez les enfants, mais encore chez les adultes.

IV. — ULCÈRE TUBERCULEUX PRIMITIF

C'est la forme qu'affecte le plus souvent la tuberculose inoculée chez l'enfant. L'inoculation peut être due à un accident comme dans le cas de Deneke, où un enfant de 7 mois tomba sur le crachoir de sa mère phtisique, le brisa et se fit plusieurs plaies à la face. Un certain nombre de faits sont consécutifs à la circoncision rituelle lorsqu'elle est faite par un opérateur phtisique et que celui-ci pratique la succion de la plaie, suivant le rite ancien actuellement abandonné en France. La plaie ne se cicatrise pas ou ne se cicatrise qu'incomplètement, puis au bout de quelques semaines il s'y forme des nodules qui suppurent et s'ulcèrent. L'ulcère est induré, infiltré, plat ou creux, anfractueux et irrégulier, suppurant modérément, il s'accroît progressivement, souvent en se réunissant à d'autres ulcères voisins. Les ganglions de la région s'engorgent, suppurent et restent fistuleux ou largement ulcérés; finalement l'enfant peut guérir ou plus souvent il meurt de méningite tuberculeuse, rarement de tuberculose pulmonaire¹. Les auteurs autrichiens et polonais ont rapporté un certain nombre de ces faits. Lehmann a vu 10 enfants infectés par un opérateur phtisique,

⁽¹⁾ LEHMANN. *Deutsch. med. Wochens.*, 1886, n° 9 et 15. — DUBREUILH et AUCHÉ. Tuberculose par inoculation. *Arch. de méd. expériment.*, 1892.

7 moururent, 3 guérirent après de longues suppurations ganglionnaires.

Le seul traitement consiste à racler et à curetter soigneusement les ulcères primitifs pour détruire le point de départ de l'infection; mais on n'arrivera pas toujours à temps, car les ganglions sont généralement infectés de très bonne heure.

V. — GOMMES TUBERCULEUSES

Les abcès froids cutanés, scrofulodermes des auteurs anglais et allemands, gommes scrofulo-tuberculeuses de Besnier, s'observent surtout chez les enfants et les adolescents.

Les gommes sont rarement la seule manifestation de la tuberculose, car on trouve le plus souvent en même temps des adénites tuberculeuses; les petits malades ont le facies scrofuloux et ont des antécédents tuberculeux.

Symptomatologie. — La gomme débute insidieusement par une petite tumeur dure, ronde, indolente, roulant sous le doigt, du volume d'un pois ou d'une noisette; en grandissant, elle devient adhérente à la peau et la soulève, se ramollit, devient fluctuante. D'autres fois la gomme est presque fluctuante d'emblée et correspond plus particulièrement au type de l'abcès froid. La peau s'amincit, rougit, se perforé et donne issue à du pus clair et grumeleux. La tumeur s'affaisse, l'ouverture s'élargit et forme une ulcération de 1 à 5 centimètres de large, arrondie ou ovalaire. Les bords sont amincis, largement décollés, d'une teinte violacée qui s'étend en se dégradant sur les parties voisines. Le fond de l'ulcère est plus ou moins profond, induré, irrégulier, tapissé de grumeaux jaunâtres, il sécrète un pus clair peu abondant, ou se couvre de fongosités blafardes ou violacées qui peuvent quelquefois faire saillie par l'orifice cutané. Cette ulcération indolente peut persister longtemps, elle peut même s'étendre et se confondre avec des ulcérations analogues dans le voisinage, laissant persister des ponts de peau amincie, décollée, soulevée par les fongosités. Les gommes intra-cutanées offrent les mêmes symptômes et la même marche, sauf qu'elles sont d'emblée intra-dermiques, qu'elles sont plus petites, s'ulcèrent plus promptement et ont des bords moins profondément décollés. Quand plusieurs gommes sont voisines, il en peut résulter des placards indurés assez étendus, perforés d'ulcérations multiples. La guérison spontanée est rare et toujours très lente. Elle aboutit à des cicatrices déprimées ou hypertrophiques, inégales, traversées par des brides qui sont les vestiges des ponts de peau qui séparaient des ouvertures voisines. Elles restent longtemps violacées et il n'est pas rare d'y voir débiter un lupus après la guérison de la gomme.

Les gommes peuvent, de même que toute autre tuberculose locale, infecter les ganglions, mais elles ne constituent guère une forme de début et sont consécutives à d'autres manifestations tuberculeuses. Elles peuvent siéger partout, mais le plus souvent sur les parties antérieures et latérales du cou. Sur les membres et le tronc on peut en trouver de disséminées ou groupées en séries longitudinales et plus ou moins espacées, elles sont alors le

résultat d'une lymphangite tuberculeuse qui a pour point de départ un lupus, une tuberculose inoculée ou même une lésion osseuse.

Anatomie pathologique. — La gomme tuberculeuse est au point de vue anatomique une gomme caséuse, ne différant guère des tubercules caséux solitaires des organes profonds que par le ramollissement puriforme ou quelquefois la suppuration véritable. On n'y trouve guère de bacilles que dans la paroi et encore y sont-ils fort rares; quant au pus, ce n'est que par l'inoculation aux animaux qu'on en peut démontrer la nature. Dans la gomme ouverte, il n'y a plus de processus de caséification; il se produit des fongosités formées de tissu embryonnaire de très faible vitalité et pauvre en bacilles. En revanche, il y a souvent des infections secondaires par les microbes pyogènes et, dans ce cas, les fongosités sont moins développées et la suppuration est plus abondante.

Diagnostic. — Le *lupus* se distingue de la gomme tuberculeuse ulcérée par sa moindre profondeur, par l'absence de décollement des bords et par leur couleur violacée; par la présence des nodules jaunes caractéristiques. Le *lupus* occupe surtout la face, tandis que la gomme occupe le cou ou les membres.

L'*érythème induré* des scrofuloux, dans sa forme ulcéreuse, présente les plus grandes analogies avec les gommes tuberculeuses. Il se distingue par son siège presque constant aux jambes, son allure plus torpide encore, la superficialité des lésions et leur fréquente cicatrisation spontanée. L'ulcération se fait de la surface vers la profondeur et n'est pas consécutive à l'ouverture d'un abcès froid.

La *gomme syphilitique* ressemble beaucoup à la gomme tuberculeuse, surtout dans les premiers stades. La fluctuation ne précède que peu l'ouverture qui s'accompagne de phénomènes inflammatoires plus marqués; le bourbillon n'existe pas dans la gomme tuberculeuse dont le pus est grumeleux et non gommeux. L'ulcère syphilitique tertiaire est consécutif à une gomme, mais il est plus suppurant, plus enflammé, les bords en sont plus épais et moins décollés, son évolution est en général plus rapide.

L'*actinomyose cutanée* siège le plus souvent sur les parties latérales du cou et la région du maxillaire inférieur. Elle forme un placard extrêmement épais et dur sur lequel se développent des abcès actinomycosiques à allures aiguës et à suppuration peu abondante; à la suite des abcès, il persiste des fistules et non des ulcérations.

Traitement. — Le traitement interne ne présente rien de particulier, c'est celui de la scrofulo-tuberculose en général. Localement, les gommes tuberculeuses doivent être curettées très complètement, puis on bourre les cavités de gaze iodoformée et, si les trajets sont profonds, on y fait des injections de naphthol camphré. Si les lésions sont largement ouvertes et peu profondes, on pourra avantageusement faire suivre le curettage de la cautérisation par le chlorure de zinc. Ménard¹ a insisté sur l'utilité qu'il y a à ménager les lambeaux de peau décollés; ils diminuent d'autant l'étendue

⁽¹⁾ V. MÉNARD. Différences des cicatrices du cou à la suite des adénites tuberculeuses. *Bulletin médical*, 1892, p. 1089.