

de la cicatrice, laquelle est toujours plus ou moins vicieuse et rétractile, il faut racler légèrement leur face profonde et les bien réappliquer sur le fond de la lésion préalablement complètement nettoyée par la curette.

#### VI. — TUBERCULOSE MILIAIRE DE LA PEAU

Sous ce titre on trouve rapporté par Leichtenstern dans le *Münch. med. Wochens.*, 1897, n° 1, le fait d'un enfant de 4 ans qui avait eu, un mois avant son entrée à l'hôpital, une rougeole dont il ne s'était jamais bien remis. A son entrée il présente une fièvre irrégulière, des signes de bronchite généralisée, une pleurésie, et une tuméfaction énorme de la rate. La mort survint au bout de quelques semaines et l'autopsie montra une tuberculose miliaire aiguë des méninges, de l'intestin, de la rate, des plèvres et des poumons avec caséification du lobe inférieur de l'un d'entre eux. L'éruption cutanée se montra environ un mois avant la mort; elle était formée de papules discrètes disséminées un peu partout sur la face, le tronc, les membres. Elles avaient le volume d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, elles étaient rouge vif, dures, coniques, s'élevant brusquement sur la peau saine et surmontées d'une squame, d'une vésicule ou d'une pustule. L'éruption se faisait successivement, sans jamais être très abondante, car chaque papule ne durait que 1 ou 2 semaines et disparaissait sans laisser de traces. Il n'y avait aucune tendance au groupement et l'ensemble donnait l'impression d'une syphilide secondaire à petites papules. Dans les dernières semaines de la vie étaient apparues une tuméfaction générale des ganglions lymphatiques et un certain nombre de papules miliaires sur la langue et le repli gingivo-labial auxquelles succédèrent des ulcérations. L'examen microscopique des lésions cutanées montra d'une part une croûte formée d'étages successifs d'exsudat purulent desséché et de lames d'épiderme kératinisé, d'autre part une petite plaque de tissu de granulation bien limitée, située dans la couche papillaire du derme et formée de lymphocytes avec d'innombrables bacilles tuberculeux, mais pas de cellules géantes. Le pus des pustules examiné pendant la vie ne contenait pas de bacilles. L'auteur admet qu'il s'agit là d'embolies bacillaires.

#### VII. — LICHEN DES SCROFULEUX

Le nom de *lichen scrofulosorum* a été employé par Hebra pour désigner une affection qu'il a décrite et qui est constituée par une éruption papuleuse chronique qui s'observe chez les enfants scrofuleux. Le lichen des scrofuleux s'observe surtout dans la seconde enfance, de 8 à 12 ans, mais on peut l'observer à tout âge depuis la première année jusque dans l'âge mûr, ce qui est cependant rare. D'après la statistique de Lukasiewicz<sup>1</sup>, il serait plus fréquent dans le sexe masculin, dans la proportion de 55 contre 8.

**Étiologie.** — Les malades sont presque toujours des scrofuleux mani-

(<sup>1</sup>) LUKASIEWICZ. Ueber Lichen Scrof. *Archiv f. Dermat.*, XXVI, p. 55, 1894.

festes et présentent des lésions de tuberculose torpide. Ils appartiennent presque tous aux classes pauvres. Lukasiewicz a observé 7 fois la coïncidence avec des adénopathies tuberculeuses, 1 ostéite tuberculeuse du pied, 6 lupus tuberculeux, 1 lymphadénome du cou, 5 scrofulodermes, 5 conjonctivites strumeuses, 2 abcès froids; 8 fois il y avait des antécédents héréditaires tuberculeux, 7 fois il n'y avait pas trace de tuberculose, mais la santé générale était médiocre. Dans la moitié des cas il y avait sur les membres de l'acné cachectique constituée par des pustules flasques siégeant sur une base livide ou hémorragique. Sur 19 cas Jadassohn<sup>1</sup> a trouvé 14 fois la tuberculose certaine et 4 fois probable. Dans quelques observations, on voit les éléments de lichen scrofuleux se grouper autour de la cicatrice d'un ancien foyer tuberculeux, gomme ou ostéite (Hallopeau<sup>2</sup>).

L'éruption apparaît assez souvent à l'occasion d'une aggravation des lésions tuberculeuses ou d'une altération quelconque de la santé générale.

**Description.** — L'élément éruptif est une papule du volume d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, quelquefois grosse comme une lentille. Sa couleur est rouge pâle ou jaunâtre, les éléments un peu anciens sont rouges brunâtres ou violacés. Les papules sont planes au sommet ou plus souvent coniques, surmontées par une squame ou un petit cône corné; assez souvent le sommet est occupé par une petite pustule qui se dessèche en une croûte. Les papules siègent à l'orifice d'un follicule et sont centrées par un poil quelquefois très fin et peu apparent. L'éruption est formée de papules disséminées sans ordre ou groupées en plaques ou en cercles. Les plaques sont arrondies ou ovalaires, elles ont généralement 2 ou 5 centimètres de diamètre, mais quelquefois beaucoup plus, jusqu'à 6 et 8 centimètres; elles sont formées par la cohérence des papules qui restent distinctes, mais se confondent par leurs aréoles érythémateuses; au centre des plaques les papules sont plus espacées. Les cercles sont complets ou incomplets, ils sont formés d'une bordure de papules entourant une surface de peau saine. L'éruption peut atteindre à peu près toutes les parties du corps, mais elle prédomine presque toujours sur le tronc et s'y cantonne souvent (21 fois sur 45 cas, Lukasiewicz); sur les membres l'éruption occupe aussi bien le côté de la flexion que celui de l'extension; la face est habituellement respectée.

La démangeaison est exceptionnelle, de sorte que l'éruption n'est généralement pas remarquée par le malade.

L'éruption se fait habituellement en quelques semaines; une fois installée, elle dure de 3 à 12 mois, quelquefois plusieurs années, puis disparaît peu à peu sans laisser de traces. Il n'est cependant pas rare que quelques papules ou quelques plaques laissent une petite cicatrice large comme un grain de chènevis et pigmentée. La durée de l'éruption est, du reste, variable suivant les circonstances extérieures: si le malade reste dans un logement insalubre et continue à être mal nourri, elle dure beaucoup plus longtemps que s'il change de manière de vivre et si son état général s'améliore. Les récurrences ne sont pas rares et coïncident avec une altération de la santé

(<sup>1</sup>) JADASSOHN. *Archiv für Dermat.*, t. XXXVII, 1896. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1899, n° 46.

(<sup>2</sup>) DU CASTEL, FEULARD, HALLOPEAU, DARIER, LEREDDE. *Soc. de dermatologie*, 1892 à 1896, *passim*.



générale. Hebra a noté la coïncidence fréquente d'une forme particulière d'eczéma suintant des régions pubienne et inguinales, en grands placards bien limités. On observe aussi de l'aené cachectique des membres inférieurs.

**Anatomie pathologique.** — Le siège périfolliculaire de la papule du lichen scrofulosorum a été signalé par Kaposi et confirmé par presque tous les auteurs; cependant Leredde a trouvé des éléments qui, par exception, étaient indépendants des follicules, et Lukasiewicz a vu que la lésion pouvait avoir pour centre un glomérule sudoripare.

L'épiderme est à peu près normal, il est seulement soulevé et étalé par la papule. Le follicule pileux est dilaté et occupé par un bouchon corné.

Tout le long du follicule est un infiltrat de lymphocytes avec quelques cellules géantes. Dans le voisinage on trouve des nodules tuberculeux typiques avec cellules géantes, cellules épithélioïdes et infiltration de lymphocytes. Des bacilles tuberculeux en petit nombre ont été trouvés par Jacobi et par Wolff. Les inoculations au cobaye ont souvent été négatives; cependant Pellizzari, Jacobi, Haushalter et Wolff ont eu des résultats positifs.

Comme les résultats positifs ont plus de valeur que les résultats négatifs, on peut conclure de l'ensemble de ces recherches que le lichen scrofulosorum est bien réellement une vraie tuberculose de la peau, ce qui est encore confirmé par la réaction à la tuberculine obtenue 14 fois sur 16 par Jadasohn. Cette tuberculose cutanée se distingue cependant des autres par sa guérison spontanée sans cicatrice.

**Diagnostic.** — Il est facile de distinguer la *kératose pileaire*; celle-ci se montre surtout aux membres, uniquement du côté de l'extension; les petites papules sont également disséminées, jamais groupées; elles sont rarement inflammatoires, jamais pustuleuses, et l'on trouve sans peine un poil enroulé dans la squame qui les surmonte.

Les *syphilides miliaires* peuvent reproduire tous les caractères du lichen des scrofuleux: le cas qui a servi de base à Sack pour son travail sur l'anatomie pathologique de cette affection serait pour Lukasiewicz une syphilide. Le diagnostic se fondera sur l'évolution plus rapide des syphilides, leur abondance généralement plus grande, la coïncidence des autres manifestations de syphilis secondaire, et sur l'âge des malades, la syphilis étant une maladie des adultes.

**Traitement.** — Le traitement général est de la plus haute importance, car les récidives et les améliorations correspondent aux variations de la santé générale. On donnera donc une alimentation substantielle et de bonne qualité, de l'huile de foie de morue à haute dose en hiver, du sirop d'iodure de fer ou du sirop de raifort iodé en été; le séjour à la campagne, les bains de mer ou au besoin les bains salés sont un adjuvant très utile.

Bien que le traitement général seul soit souvent suffisant, on peut avantageusement modifier localement l'éruption par les pommades à l'ichtyol ou la chrysarobine à faible dose (Jacobi).

### VIII. — ÉRYTHÈME INDURÉ

L'érythème induré des scrofuleux a été décrit par Bazin<sup>1</sup>, mais il est resté longtemps dans l'oubli, ou plutôt il est resté longtemps sans être l'objet d'aucune étude nouvelle. Ce n'est qu'en 1895 que Colcott Fox<sup>2</sup> et Hutchinson<sup>3</sup> ont tous deux repris cette étude, mais en insistant surtout sur une forme ulcéreuse qui diffère un peu de la description de Bazin; aussi Méneau<sup>4</sup> a-t-il pu distinguer deux formes cliniques, le type Bazin et le type Hutchinson. Depuis lors les travaux se sont multipliés d'abord en Angleterre, puis un peu partout, portant d'abord sur l'étude clinique, plus récemment sur l'anatomie pathologique et l'étiologie.

**Description.** — L'érythème induré siège presque toujours aux jambes, rarement aux cuisses ou aux membres supérieurs. Dans le type Bazin il est constitué par des nodosités profondes, situées dans l'hypoderme et qui au début ne sont appréciables qu'à la palpation. Elles grandissent peu à peu et se montrent alors sous forme d'une tumeur du volume d'une noix, dure, mal limitée, profondément enchâssée sous la peau, souvent même adhérente aux aponévroses sous-jacentes, faisant corps avec la peau qu'elle soulève légèrement. La peau présente à son niveau une teinte rouge foncé, pourpre, plus accusée au centre, se dégradant vers la périphérie. Cette noure est froide, torpide et indolente. Après une durée de plusieurs semaines ou de quelques mois la tumeur diminue de volume et de consistance en devenant pâteuse, la couleur de la peau devient franchement violacée et la tumeur se résorbe lentement. Quelquefois il se forme au sommet de la tumeur une ulcération superficielle, livide, torpide, ressemblant beaucoup aux ulcérations consécutives aux engelures.

Dans le type Hutchinson les noures sont plus superficielles et moins volumineuses, elles débent même par une petite nodosité rouge tout à fait superficielle qui grandit et qui gagne vers la profondeur. Elle s'ulcère de bonne heure et forme un ulcère arrondi, à bords violacés modérément indurés, décollés, à fond livide, sécrétant un pus clair peu abondant et reposant sur une base largement et profondément infiltrée. La douleur est très modérée et pas du tout en rapport avec l'aspect des lésions.

Le type Bazin ressemble beaucoup à l'érythème noueux, dont il diffère par sa teinte violacée, la torpidité de son évolution et son indolence. Le type Hutchinson ressemble surtout à des gommés tuberculeuses ou quelquefois à des gommés syphilitiques avec lesquelles on le confond souvent. Du reste les deux types sont réunis par des formes de passage. Dans l'une et l'autre les éléments sont peu nombreux, surtout rares dans le type Bazin; leur lenteur d'évolution est extrême et dure souvent plusieurs mois et leur siège est le même.

**Étiologie.** — Bazin avait remarqué que l'érythème induré s'observe

<sup>(1)</sup> BAZIN. *Leçons sur la scrofule*, 1861.

<sup>(2)</sup> C. FOX. On the « Erythème induré des scrofuleux » of Bazin. *British Journal of Dermatology*, avril 1895.

<sup>(3)</sup> J. HUTCHINSON. Bazin's disease. *Archives of surgery*, 1895.

<sup>(4)</sup> MÉNEAU. Érythème induré des scrofuleux. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1896.



surtout chez les jeunes filles et notamment les blanchisseuses, à température lymphatique, à extrémités froides. Les recherches modernes ont précisé ces données et ont montré que les malades sont presque uniquement des jeunes filles et qu'elles présentent souvent des antécédents héréditaires de tuberculose ou ont des manifestations de scrofulo-tuberculose ganglionnaire ou osseuse. L'érythème induré apparaît généralement en hiver et disparaît ou s'atténue en été.

**Anatomie pathologique.** — Quand on extirpe un nodule d'érythème induré, on trouve une masse mal limitée formée d'un tissu gélatineux qui a été étudié par Audry, Thibierge et Ravaut, Johnson, Leredde, Philippson, Mantegazza, Harttung et Alexander et par Pautrier<sup>(1)</sup>. Les lésions occupent surtout l'hypoderme, et le derme proprement dit n'est atteint que secondairement et à un moindre degré. Elles sont essentiellement constituées par des lésions des veines. Les vaisseaux sanguins et surtout les veines ont des parois infiltrées et gonflées, leur lumière est souvent oblitérée; ils sont souvent même nécrosés; dans leur voisinage le tissu conjonctif est dégénéré et l'on y trouve des cellules géantes, des cellules épithélioïdes et des cellules plasmatiques.

La recherche des bacilles est généralement restée infructueuse; seul Philippson en a trouvé, mais Thibierge et Ravaut, Colcott Fox, Philippson et Jadassohn ont fait des inoculations positives au cobaye et démontré la nature tuberculeuse de l'érythème induré.

**Traitement.** — Comme pour toutes les éruptions scrofulo-tuberculeuses, le traitement général de l'érythème induré est d'une grande importance. On donnera de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer et autres médicaments reconstituants. On enverra les malades au bord de la mer ou dans les stations chlorurées sodiques comme Salies-de-Béarn ou Briscous, ou même dans les stations sulfureuses qui seront généralement bien supportées, les malades étant des lymphatiques sans grande excitabilité nerveuse. Comme traitement local le séjour au lit sera souvent nécessaire, d'une part en facilitant la circulation de retour dans les membres souvent un peu cyanosés, d'autre part en assurant une température chaude et égale. Le pansement des plaies devra être varié. On pourra faire des pansements humides à l'acide borique ou au bicarbonate de soude, mais il sera utile d'exciter un peu la vitalité des bourgeons par des lavages à l'eau oxygénée et des poudrages avec l'aristol ou le sous-nitrate de bismuth.

#### IX. — TUBERCULIDES PAPULO-NÉCROTIQUES

Cette affection, qui est de connaissance récente et a déjà reçu un nombre considérable de dénominations, est assez fréquente chez les enfants et les adultes jeunes atteints de scrofulo-tuberculose. C'est une éruption à marche chronique, formée de nodules miliaires disséminés un peu partout et en nombre très variable, mais offrant une certaine prédilection pour les surfaces

(<sup>1</sup>) PAUTRIER. *Les tuberculoses cutanées atypiques*. Paris, 1904.

d'extension des membres, notamment les coudes, la face dorsale et le bord cubital des avant-bras, les fesses et les genoux, mais aucune région n'en est exempte, la face, les paumes et les plantes peuvent être atteintes.

Les lésions débutent par un nodule sous-cutané ou intra-dermique, du volume d'un grain de chènevis ou de mil, indolent, bien limité. Il gagne la surface sans beaucoup grossir et forme une papule rougeâtre, dure, infiltrée. Le sommet se surmonte d'une petite pustule enchâssée, puis d'une croûte sous laquelle on trouve une ulcération étroite et profonde, creusée en puits. Finalement la croûte tombe, laissant une petite cicatrice blanche quelquefois bordée de brun. L'évolution de chaque nodule dure deux à quatre semaines et leur apparition est successive, de sorte que sur un même malade on peut trouver des lésions à tous les stades de leur évolution.

La maladie est parfaitement indolente, c'est tout au plus s'il y a quelquefois un peu de démangeaison ou de douleur quand les lésions sont heureuses. Elle peut durer des années avec des recrudescences hivernales.

La lésion est surtout vasculaire et serait constituée, d'après Török, par une périphlébite. On trouve des foyers d'infiltration de lymphocytes avec quelquefois quelques cellules géantes et aboutissant à la nécrose. Ces foyers sont centrés généralement par un follicule pileux ou par une glande sudoripare, mais, d'après Leredde, les lésions seraient primitivement vasculaires et la localisation autour des follicules et des glandes est simplement due à la plus grande vascularisation de ces parties. Mac Leod et Ormsby ont une fois trouvé des bacilles; toutes les autres recherches sont restées négatives.

Le traitement consiste en toniques généraux comme l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, le sirop de raifort iodé. Les bains salés donnent parfois des résultats très brillants. On peut se trouver très bien des pommades faibles à la chrysarobine à 1 ou 2 pour 100, si le malade les tolère bien.

#### X. — LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

Le lupus érythémateux mérite à peine d'être signalé ici, parce qu'il s'observe presque uniquement chez les adultes. Les observations de lupus érythémateux sont très rares avant 18 ans. On a publié quelques observations relatives à des filles âgées de 9 ans 1/2 (Warde)<sup>(1)</sup>, de 6 ans (Jamieson)<sup>(2)</sup>, de 5 ans (Kaposi)<sup>(3)</sup>. J'en ai observé un cas à 5 ans 1/2.

Dans ces différents cas les lésions étaient assez superficielles et appartenaient au type érythème centrifuge. Elles atteignaient la face dans tous les cas et aussi le cuir chevelu (Warde), les mains et les pieds (Jamieson).

(<sup>1</sup>) WARDE. *British Journal of Dermat.*, 1901, 471.

(<sup>2</sup>) A. JAMIESON. *Brit. Journ. of Dermat.*, 1895, 115.

(<sup>3</sup>) KAPOSI. *Leçons*.