

Du lupus érythémateux chez l'enfant : sa nature, son traitement : thèse présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de médecine de Montpellier le 3 février 1905 / par E. Duplanté.

Contributors

Duplanté, E., 1879-
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Montpellier : Impr. Gustave Firmin, Montane et Sicardi, 1905.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/hp3eaahn>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>



DU

N° 24

19.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

CHEZ L'ENFANT

SA NATURE — SON TRAITEMENT



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Février 1905

PAR

E. DUPLANTÉ

Né à Biran (Gers), le 11 juin 1879

EX-INTERNE DES HÔPITAUX D'ARLES-SUR-RHÔNE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
TRUC ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. GUÉRIN.	
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. *), E. BERTIN-SANS (*)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé libre.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, agrégé libre.
Pathologie externe	DEROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. RAYMOND	MM. ARDIN-DELTEIL
MOITESSIER	VIRE	SOUBEIRAN
DE ROUVILLE	VEDEL	GUERIN
PUECH	JEANBRAU	GAGNIERE
GALAVIELLE	POUJOL	GRYNFELTT Ed.

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. BAUMEL, <i>président.</i>	MM. BROUSSE, <i>agrégé.</i>
DUCAMP, <i>professeur.</i>	SOUBEIRAN, <i>agrégé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MES AMIS

E. DUPLANTÉ.



INTRODUCTION

En suivant, à l'hôpital suburbain, les cliniques si intéressantes de notre savant maître M. le professeur agrégé Brousse, nous avons eu la bonne fortune de rencontrer au mois de novembre dernier une jeune malade, atteinte d'une affection qui nous parut des plus intéressantes et sur laquelle notre attention fut particulièrement attirée ; nous voulons parler d'un cas de lupus érythémateux centrifuge symétrique. Cette maladie, que les dermatologistes désignent encore sous le nom d'érythème *centrifuge* (Biett), ou érythème *discoïde* (Kaposi), a été assez fréquemment observée chez l'adulte, mais n'a été que très rarement constatée chez l'enfant. C'est ainsi que M. le professeur Baumel, dans sa carrière professorale si bien remplie, n'en a signalé qu'un cas. C'est ainsi que MM. Gran-cher et Comby, dans leur *Traité des maladies de l'enfance*, n'en font pas mention.

Aussi, pour ces raisons, et frappé de ces faits, avons-nous entrepris quelques recherches sur ce sujet et avons-nous décidé d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Au cours de cette étude, nous n'avons pas la prétention de

reprendre en entier la question du lupus érythémateux. C'est une affection bien connue chez l'adulte au point de vue clinique et au point de vue anatomo-pathologique. D'autre part, en l'état actuel de la question, on ne saurait lui attribuer une symptomatologie propre à l'enfance. Nous ferons donc un rapide aperçu historique de la question, et nous aborderons ensuite l'étude clinique et anatomo-pathologique. Dans le quatrième chapitre, nous insisterons longuement sur les conditions étiologiques et sur la nature intime de cette affection. Nous présenterons les quelques observations que nous avons pu recueillir. Après avoir parlé du diagnostic et du pronostic, nous passerons en revue dans le chapitre VII les différentes manières de traiter le lupus érythémateux, nous attachant surtout à l'étude du traitement électrique. Le chapitre VIII contiendra nos conclusions.

Mais avant d'entrer dans l'étude de la question, qu'il nous soit permis d'adresser hautement et publiquement à nos maîtres le témoignage de notre bien vive et bien affectueuse reconnaissance. Qu'entre tous, MM. les professeurs agrégés de Rouville et Jeanbrau reçoivent ici l'expression de notre gratitude.

Merci à M. le professeur Baumel, d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse inaugurale.

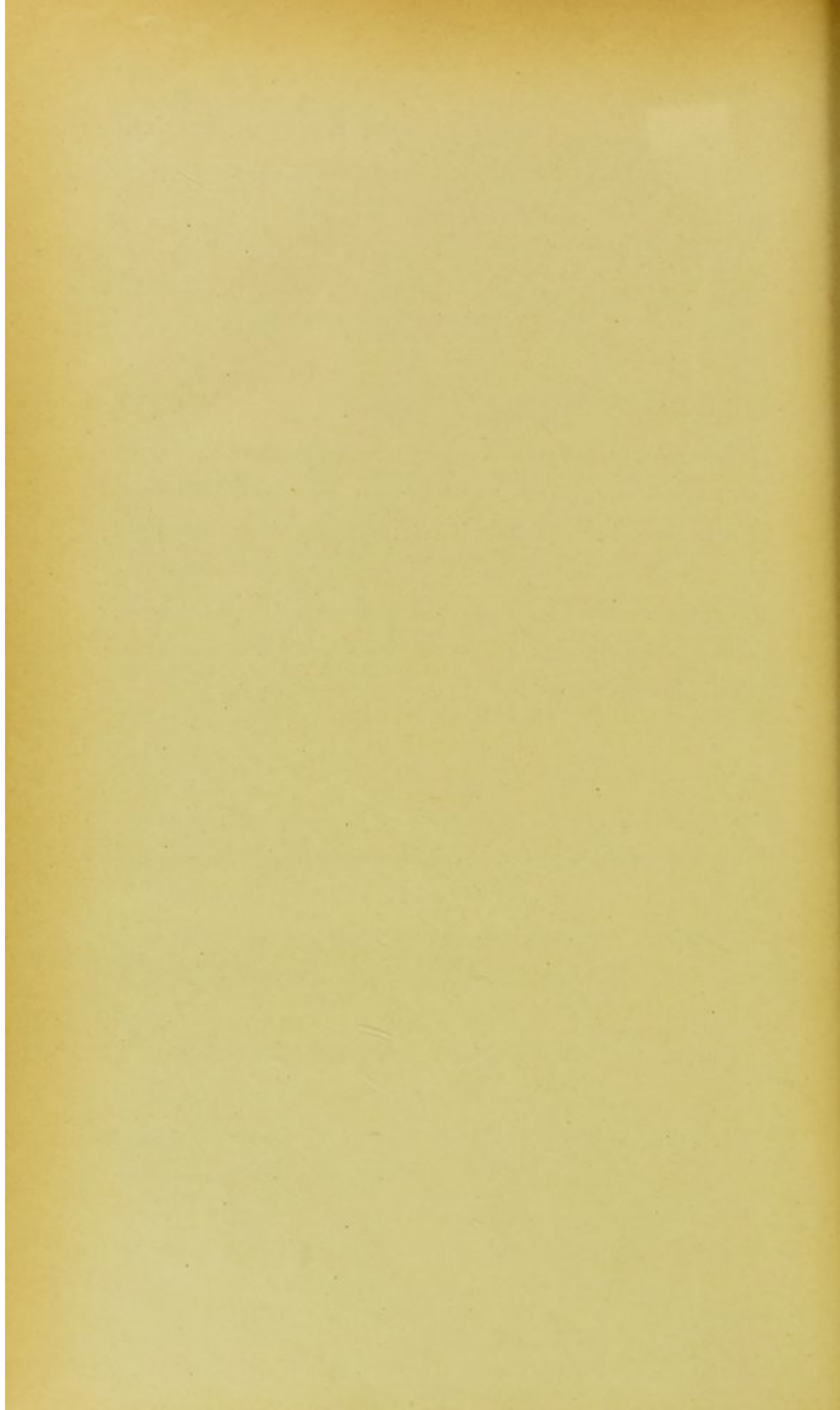
Merci aussi à M. le professeur agrégé Brousse, d'avoir bien voulu nous confier un sujet aussi intéressant.

Merci surtout à M. le professeur agrégé Soubeyran qui, interne et chef de clinique, a été pour nous un ami sincère et

dévoué et qui, professeur agrégé, a bien voulu nous conserver cette amitié dont nous serons toujours si fier.

Nous ne pouvons ni ne voulons non plus oublier d'adresser ici nos affectueux hommages à MM. les médecins chefs de service de l'hôpital d'Arles-sur-Rhône, qui, pendant notre séjour dans cet hôpital comme interne, n'ont cessé de nous témoigner une si affectueuse sympathie.

Nous nous rappellerons toujours avec le plus grand bonheur ces longues et agréables causeries avec nos camarades d'internat, causeries si gentiment émaillées par les fines et toujours érudites boutades de M. le médecin-major Morigny, qui s'était lié avec nous d'une charmante amitié, et à qui nous tenons essentiellement à exprimer nos meilleurs sentiments et nos plus vifs regrets.



DU
LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

CHEZ L'ENFANT

SA NATURE — SON TRAITEMENT

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'affection à laquelle, depuis Cazenave, on donne le nom de *lupus érythémateux*, est caractérisée par le développement, ordinairement sur les parties découvertes, de taches rouges, présentant une marche lentement centrifuge, s'accompagnant le plus ordinairement d'hyperplasies épidermiques et laissant à leur centre, après disparition, de la rougeur et des dépressions atrophiques cicatricielles.

C'est Rayer qui, le premier, dès 1827, dans son *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, décrit sous le nom de *flux sébacé* une affection qu'il attribue à une altération des follicules sébacés.

Peu après, en 1828, Bielt, dans son *Abrégé pratique des*

maladies de la peau, décrit l'érythème centrifuge : « On l'observe à la face et aux joues en particulier. Il ne se développe pas de tubercules ; il ne se forme pas de croûtes, mais la peau prend une teinte rouge, des exfoliations épidermiques se produisent sur la surface malade ; la peau s'amincit graduellement, elle est lisse, luisante, et offre ainsi l'apparence d'une cicatrice qui se serait formée après une brûlure superficielle. Lorsque la maladie cesse de faire des progrès, la rougeur disparaît, mais la peau reste mince et luisante, elle est lisse au toucher et paraît avoir perdu son épaisseur. » (Bielt.) Il distingue déjà deux grandes variétés de lupus érythémateux qu'il désigne sous le nom d'*érythème centrifuge* et de *dartre rongean*t. C'est ce que Hébra va décrire plus tard, en 1845, sous le nom de *séborrhée congestive*.

Mais c'est à Cazenave (1851), que revient le mérite d'avoir rapproché l'érythème centrifuge du lupus, et d'avoir consacré l'appellation de *lupus érythémateux*. Voici en effet ce que dit cet auteur dans les *Annales des maladies de la peau* (1851, p. 297), dans une leçon clinique sur le lupus érythémateux :

« Cette maladie, signalée par Bielt le premier, sous le nom d'érythème centrifuge, est une variété de lupus... caractérisé par une rougeur qui disparaît sous la pression des doigts, par une tendance à l'amincissement graduel et continu de la peau sur les points affectés, par des cicatrices enfin ; le lupus érythémateux présente quant au diagnostic trois points importants : la rougeur, l'usure de la peau sans ulcération, l'identité de nature sous différents aspects. »

Cazenave a décrit le premier, en 1854, le lupus érythémateux du cuir chevelu.

Devergie (1854), signale sous le nom d'*herpès créta*cé une variété assez spéciale de lupus érythémateux qui se distingue par un encroûtement plâtreux très adhérent, recouvrant les plaques et que l'on peut rapprocher de l'*acné atrophique* de Chausil et de la *scrofulide cornée* de Hardy.

En 1861, Bazin, dans ses leçons sur la *scrofule*, note pour la première fois l'envahissement des muqueuses par le lupus érythémateux. Mais il faut arriver à Feulard et Vidal (1888 et 1889), pour en trouver des observations précises.

Cette dernière affection est d'ailleurs rare et Capelle, dans sa thèse inaugurale (1901), n'a pu en réunir que 25 observations dans la littérature médicale.

Kaposi enfin, en 1872, décrit une forme nouvelle dans laquelle l'éruption, souvent généralisée, est d'importance secondaire à côté de l'intensité des phénomènes généraux souvent mortels.

Dans ces dernières années, les auteurs, grâce surtout à l'impulsion donnée par l'école dermatologique, se sont attachés à l'étude pathogénique et anatomo-pathologique. Vidal, Leloir, Besnier, Brocq, Darier, Leredde, Hallopeau, Audry, pour ne citer que les Français, ont surtout essayé d'expliquer la nature intime du lupus érythémateux, et comme conclusion de leurs recherches ont une tendance manifeste à le classer dans les tuberculides. Cette exception avait d'ailleurs déjà été entrevue, dès 1856 et 1858, par Bazin et Hardy, qui en faisaient, le premier une de ses *scrofulides malignes*, le second une *scrofulide érythémateuse*.

Nous aurons à reprendre cette question au chapitre de la pathogénie, mais nous pourrions dire dès maintenant, avec les auteurs de la *Pratique dermatologique*, que ce rapprochement n'est fondé sur aucun argument indiscutable.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Le lupus érythémateux a une grande tendance à la symétrie et siège le plus ordinairement à la face. Sur dix observations que nous avons pu réunir, nous le trouvons une seule fois aux membres. A la face, il occupe de préférence le nez et les pommettes, et ces trois placards une fois confluent forment la lésion que l'on a comparée à un papillon ou à une chauve-souris, les ailes étendues, et que les dermatologistes ont appelée *vespertillo*. Fréquemment on le trouve dans le cuir chevelu ou sur les oreilles.

L'érythème centrifuge se caractérise essentiellement par une élevure rouge, constituée par une lésion vasculaire constante. La lésion primitive grandit peu à peu, jusqu'à former une plaque saillante, infiltrée et légèrement indurée, bien limitée par une bordure rouge, tandis que le centre se déprime. A la surface, de ce placard, il se fait une réaction épithéliale et l'on voit apparaître de fines squames, très adhérentes, se détachant en entraînant de fins prolongements inclus dans la peau qui, ainsi mise à nu, ne tarde pas à saigner. Ces squames, en général blanchâtres, plâtreuses, fines, peuvent prendre une teinte plus sombre, être plus volumineuses et moins adhérentes ; leur consistance est alors plutôt

grasse. Les placards grandissent progressivement par leur périphérie tandis que le centre s'affaisse et cicatrise. Cette cicatrice, en général centrale et unique, peut être disséminée en îlots multiples sur toute l'étendue du placard lupique et à son niveau la peau est lisse, mince et atrophique, le plus souvent pigmentée en brun.

Telle est la symptomatologie générale du lupus érythémateux, mais il s'en faut que tous les cas s'adaptent à ce cadre nosologique, et l'on a dû admettre des variétés de forme, de siège et de marche.

1° *Lupus érythémateux fixe*. — Cette forme, qui correspond à l'herpès crétacé de Devergie, à la scrofulide acnéique de Chausit, se caractérise par la lenteur extrême de son extension qui se fait non plus par agrandissement du placard, mais par multiplication des points atteints. Au centre, se trouve une cicatrice gaufrée, déprimée, indélébile, mais avec moins de délabrement que pour le lupus tuberculeux.

2° *Erythème centrifuge symétrique*. — La lésion ainsi désignée par Brocq, se caractérise par sa localisation à la face, par son extension symétrique et centrifuge. C'est une forme de lupus érythémateux superficiel et mobile, capricieux dans son évolution, son apparition et sa disparition.

3° *Le lupus érythémateux asphyxique ou pernio* siège aux extrémités (nez, oreilles, mains, pieds). Il forme là des tuméfactions violacées, survenant et s'aggravant au moment des basses températures, mais ne disparaissant jamais complètement pendant l'été comme l'engelure vulgaire. Le plus souvent, il est très étendu et très disséminé et persiste en s'aggravant jusqu'à la mort du sujet.

Les variétés de lupus généralisé sont rares. Quand l'in-

fection est d'une malignité spéciale, la maladie prend une marche aiguë qui emporte rapidement le malade.

Rare sur les muqueuses, le lupus érythémateux s'observe fréquemment sur le cuir chevelu où il détermine des plaques alopéciques cicatricielles et définitives.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A l'examen microscopique, on voit que toute l'épaisseur du derme est envahie par une infiltration de cellules embryonnaires. Ces cellules, dues pour la plupart à la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif revenues à l'état jeune, sont rapidement atteintes de dégénérescence granulo-graisseuse et leur destruction laisse un état atrophique du derme et des organes qu'il contient. Contrairement à ce qui se passe pour le lupus tuberculeux, le processus dégénératif est diffus et s'empare isolément des cellules.

L'infiltration cellulaire prédomine surtout autour des vaisseaux et des glandes. Les vaisseaux dilatés, sont atteints d'endo et de périvascularite oblitérante. Quant aux glandes pilo-sébacées, elles s'atrophient comme tous les éléments du derme.

On n'a jamais trouvé de tubercule vrai et les inoculations sont toujours restées négatives. Audry a pu cependant, en 1897 et en 1901 (*Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*), découvrir quelques rares cellules géantes, qu'il considère comme très nettement spécifiques de la tuberculose.

Ce résultat constitue un argument puissant pour les partisans de l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux ; les études cliniques permettaient d'ailleurs de le prévoir.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

ETIOLOGIE

Le lupus érythémateux de l'enfant se présente-t-il dans des conditions étiologiques particulières ? Telle est la question qui se présente tout d'abord à l'esprit, mais qu'il est difficile de résoudre actuellement, la littérature médicale étant encore trop pauvre en observations précises de cette affection. Nous devons donc nous contenter d'étudier l'étiologie générale du lupus érythémateux, et nous noterons au passage tout ce qui peut se rapporter à l'évolution de cette maladie chez l'enfant. Nous aurons aussi à envisager les causes prédisposantes et déterminantes qui président à son éclosion. De plus, nous aurons à rechercher sa nature intime, encore aujourd'hui si discutée, et nous tâcherons de trouver une explication rationnelle, en harmonie avec les dernières données de la clinique, de l'anatomie et de l'expérimentation.

Causes prédisposantes.

1° *Age.* — Chez l'enfant, le lupus érythémateux est extrêmement rare, nous dit Dubreuil, exceptionnel renchérit Gauthier. Les traités les plus récents et les plus spéciaux aux

maladies de l'enfance le passent sous silence. Nous avons déjà dit que M. le professeur Baumel n'en signalait qu'un cas dans ses *Cliniques*. Pour tous les auteurs, tant de traités de médecine que des traités de dermatologie, le lupus érythémateux constitue une maladie de l'âge adulte. Lenglet, dans l'article « Lupus érythémateux » de la *Pratique Dermatologique*, donne comme moyenne d'apparition 32 ans ; et Cros, dans sa thèse, donne comme moyenne d'âge 27 ans pour les observations qu'il a pu réunir. Mais Séqueira et Baléan, faisant, en 1902, une étude critique de soixante-quinze cas de lupus érythémateux, abaissent de beaucoup l'âge moyen de l'apparition de la maladie et font remarquer qu'il débute bien plus tôt qu'on ne le croit généralement, puisque leur statistique relève huit cas où la maladie aurait débuté avant l'âge de 15 ans. Baeck, d'ailleurs, étudiait à son tour quarante-deux cas et trouvait quatre fois le début dans l'enfance, dont une fois à l'âge de 5 ans.

Nous n'avons pu nous procurer les observations de ces auteurs et n'avons donc pas pu les étudier en détail.

Dans les dix cas que nous avons eu à analyser, nous avons rencontré l'apparition de la maladie :

1 fois de 0 à 5 ans ;

3 fois de 5 à 10 ans ;

6 fois de 10 à 15 ans ;

Soit une moyenne de 9 ans et demi.

Sexe. — L'influence du sexe est également évidente. Tous les auteurs ont signalé la prédominance du lupus érythémateux dans le sexe féminin et les diverses statistiques sont très probantes à cet égard.

Wilson.....	sur 56 cas, trouve 41 femmes et 15 hommes ;				
Hebra	22	—	15	—	7
Renouard	120	—	81	—	39
Séqueira et Baléan	75	—	60	—	15
Baeck	42	—	35	—	7
Warde	15	—	13	—	2

Les observations que nous donnons sont peu démonstratives à ce sujet, car nous trouvons cinq filles et cinq garçons.

On a donné plusieurs raisons de cette influence du sexe. Un tempérament lymphatique, un degré plus ou moins marqué d'anémie, une tendance à réaliser facilement des troubles gastriques et, enfin, une certaine émotivité naturelle constituent, a-t-on dit, l'apanage du sexe faible. Mais ce sur quoi l'on a surtout insisté, c'est l'influence de la vie génitale. Il est certain que toutes les modifications physiologiques ou pathologiques qui se font dans la zone génitale retentissent sur tout l'organisme et il est fréquent d'observer chez la femme de la congestion de la face, de l'acné du menton à propos de toute infection utérine ou de tout trouble menstruel. On comprend donc que la zone du visage frappée de lupus érythémateux soit la zone particulièrement favorable à la manifestation des congestions.

Mais si l'on a pu dire que la femme était une matrice servie par des organes, nous ne croyons pas pouvoir adopter pareille explication à propos de l'enfant, et comme preuve, nous voyons qu'il y a dans nos observations égalité entre les filles et les garçons. D'ailleurs, une seule de nos jeunes malades était réglée avant l'apparition des lésions (Audry).

3° Conditions climatiques. — A côté des effets de l'âge et du sexe sur l'apparition du lupus érythémateux, on peut noter l'influence des conditions climatiques dans lesquelles vit le sujet. Alors qu'on l'observe fréquemment dans les pays du

nord (Allemagne, Angleterre, nord de la France), où la température est souvent basse, où l'air est saturé d'humidité, les cas en sont peu communs dans les zones méridionales. Il est rare à Montpellier (Brousse), et dans sa thèse, Capelle ne signale que deux cas intéressant nos régions (Bordeaux et Montpellier). C'est ce qui explique jusqu'à un certain point la pauvreté de la littérature française en observations de cette affection. Enfin, nous terminerons ce paragraphe en disant que les habitants de la campagne, exposés aux intempéries, paient à la maladie le plus lourd tribut.

Causes déterminantes :

L'individu étant ainsi préparé, sous quelles influences va-t-il réaliser le lupus érythémateux. On a invoqué les variations brusques de température, l'action du froid, des températures élevées, des rayons solaires. Dans l'observation inédite que nous présentons, la maladie a débuté en plein été, à l'époque des vendanges, à la suite d'un traumatisme. On a invoqué d'ailleurs cette action des traumatismes locaux, des effractions de l'épiderme, qu'elles servent ou non de voie de pénétration à l'agent spécifique, et enfin l'influence des éruptions (eczéma ou acné).

Mais il semble que la principale cause tienne à la présence d'une maladie intercurrente : fièvres éruptives (rougeole, variole, scarlatine), maladies débilitantes (fièvre typhoïde, tuberculose), et peut-être aussi à l'action de l'évolution dentaire sur les organismes fragiles, cette évolution produisant l'affaiblissement de l'organisme, soit par la fièvre de dentition, soit par le défaut de mastication. Enfin, dans deux observations nous avons pu noter des accidents nerveux.

PATHOGÉNIE

Nous venons de voir que le lupus érythémateux évolue chez des sujets en état de misère physiologique ou de déchéance physique. Mais relativement à son origine et à sa nature, les auteurs se divisent en deux écoles, ainsi que l'a résumé si judicieusement M. le professeur agrégé Brousse dans une communication à l'Académie des sciences médicales de Montpellier, du 11 mars 1904.

Pour l'école allemande, et, d'une façon plus générale, pour l'école étrangère, « le lupus érythémateux ne présentant dans sa structure anatomique ni bacille de Koch, ni follicule tuberculeux, ne réagissant pas à la tuberculine, constitue une affection absolument à part (*séborrhée congestive de Kaposi*), et ne présentant aucun rapport avec la tuberculose. »

Pour Moriss, le lupus érythémateux est une inflammation chronique de la peau, locale dans son origine et locale surtout dans son évolution, sans relation aucune avec une maladie constitutionnelle.

Il reste subordonné à des influences physiologiques ou pathologiques d'ordre vasomoteur et à l'action des agents physiques. Poor, un auteur anglais, conclut de l'observation de 12 cas, qu'il n'y a jamais combinaison avec la tuberculose. Il nie l'infection tuberculeuse directe par le bacille, aussi bien que l'intoxication provoquée par l'action des toxines. Gunsett est encore plus affirmatif et dit : « Il est impossible que le lupus érythémateux soit une tuberculide. »

Les doctrines de l'école allemande, énergiquement combattues par les dermatologistes français, semblent s'adapter à certains cas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Recueillie dans le service de M. le professeur-agrégé Brousse,
par M. Bruc, aide de clinique.)

Marie-Antoinette D... est une jeune malade âgée de 15 ans, qui est née et qui a vécu jusqu'ici dans un village des environs de Nîmes (Gard), pays de faible altitude, peu éloigné de la mer.

Personnellement, elle n'accuse pas d'autre maladie que celle qui l'amène à l'hôpital. Restée à l'école jusqu'à l'âge de 10 ans, elle vaque depuis aux occupations intérieures de la maison, et n'a pas un travail forcé, qui l'expose aux intempéries. Elle n'a jamais eu d'engelures, n'a pas présenté d'adénites, ou d'écoulements par le nez ou par les oreilles, si fréquents dans le jeune âge ; elle n'a pas eu de troubles dans l'évolution de sa dentition, pas de retard au moment où elle a commencé à marcher ; elle ne présente aucune trace d'altération du côté des dents, pas plus que du côté du nez ou des oreilles. Il y a pourtant trois ans, la malade aurait eu brusquement une crise nerveuse de nature indéterminée, qui aurait duré 3 heures, et à la suite de laquelle se serait produit une éruption que l'on voit encore dans le pavillon et derrière

l'oreille de chaque côté ; cette crise, caractérisée par des céphalées, des vertiges avec perte de connaissance et délire, aurait disparu spontanément et ne se serait plus jamais manifestée. A signaler enfin que notre malade n'est pas encore réglée, retard appréciable pour nos pays et qui semble bien indiquer un léger état dystrophique.

Dans les antécédents héréditaires, nous ne notons rien de bien particulier. Les parents sont bien portants et la malade a encore ses grands-parents. La mère a eu trois grossesses ; de la première elle a eu un enfant actuellement âgé de vingt ans, et en excellente santé ; la seconde est la malade qui nous occupe ; quant à la troisième, c'était une grossesse gémellaire qui s'est terminée par la naissance d'un fœtus mort, et d'un second enfant qui est mort cinquante jours après. Depuis un an, la mère de notre malade présente au bout du nez et sous l'œil droit une éruption diagnostiquée *lupus érythémateux centrifuge*, par M. le professeur agrégé Brousse, et qui est en bonne voie de rétrocession par suite de l'emploi d'une pommade à la résorcine.

Maladie actuelle. — La maladie pour laquelle la jeune malade entre dans le service de M. le professeur agrégé Brousse, aurait débuté il y a 7 ans. A ce moment la fillette, qui avait 8 ans, fit une chute pendant la saison des vendanges, et se fit au front, au niveau de la naissance des cheveux, une petite ulcération. Peu après, se montre en ce point un petit bouton prurigineux qui, sous l'influence du grattage, ne tarde pas à former un placard rouge recouvert de squames grisâtres et atteignant les dimensions d'une pièce de deux francs.

C'est peu après qu'un placard semblable apparut sur la pommette de la joue gauche, avec une tendance à l'extension lente, mais progressive, surtout du côté de l'oreille. Cette nouvelle éruption fut cependant arrêtée pendant quelque temps par l'effet de divers traitements.

Il y a seulement 3 ou 4 ans que la lésion prend une marche plus rapide et gagne le nez et la joue du côté opposé.

Octobre 1904. — C'est dans ces conditions que la malade entre à l'hôpital suburbain le 29 octobre 1904. On observe à ce moment sur le front, à la partie médiane, à cheval sur le cuir chevelu et le front même, un placard irrégulièrement circulaire, à bords déchiquetés, atteignant les dimensions d'une pièce de 5 francs. Ce placard est rouge, légèrement surélevé, sans zone périphérique inflammatoire, il ne détermine spontanément aucune douleur ; sa sécrétion est peu abondante et il est recouvert de rares squames grisâtres. En plein cuir chevelu, à trois doigts vers la gauche, on trouve un autre placard de dimensions plus restreintes, et présentant les mêmes caractères.

A la face, on voit à gauche un placard irrégulier partant du dos du nez et se propageant vers l'oreille, avec un petit point aberrant au niveau de la queue du sourcil ; à droite, le placard rectangulaire s'étend de l'angle interne de l'œil à la région pré-auriculaire. Ces lésions sont rouges, légèrement saillantes, indolores, sans inflammation périphérique. Leur surface, peu suintante, est recouverte d'une couche assez épaisse de croûtes blanc grisâtre, très adhérentes et grasses.

Des deux côtés, la lésion s'arrête dans la région pré-auriculaire ; à leur niveau, la peau est comme infiltrée et rugeuse ; à l'orifice du conduit auditif externe, on voit à droite et à gauche, une éruption semblable avec des squames plus larges. Enfin, des deux côtés également, le sillon rétro-auriculaire est occupé par des lésions semblables, mais plus anfractueuses.

La malade présente à part ça, un excellent état général. Son affection ne semble lui avoir donné qu'une certaine raideur de la physionomie, qui est comme figée. On ne trouve rien de spécial au poumon ; pas de troubles viscéraux ; la

séro-réaction d'Arloing faite par M. le docteur Lagriffoul, donne un résultat négatif.

Nous nous trouvons en présence d'un cas type de lupus érythémateux centrifuge symétrique, de ce que les auteurs ont désigné sous le nom de *vespertillo*.

La malade est traitée par l'électricité. Du côté droit, on applique les rayons X..., du côté gauche les courants de haute fréquence. C'est le traitement qu'elle suit encore en ce moment. A l'intérieur, on donne huile de foie de morue.

Jusqu'en décembre, la haute fréquence amène une amélioration sensible, tandis que les rayons X produisent une radio-dermite qui nécessite leur suspension, mais depuis, il semble que la radiothérapie donne de bien meilleurs résultats, et lorsque du côté droit on a suspendu tout traitement depuis un mois, on a commencé, le 18 janvier, l'emploi des rayons X à gauche.

Etat fin janvier 1905. — La thérapeutique employée a eu pour effet d'améliorer les lésions et de les faire rétrocéder jusqu'à un certain point. Les placards du début semblent disparaître pour faire place à quelques îlots en bonne voie de régression, sans grande atrophie cicatricielle.

L'école française, avec Besnier en tête, fait du lupus érythémateux une manifestation tuberculeuse mais d'une autre nature que le lupus vrai. Tandis que celui-ci est fonction directe du bacille de Koch, celui-là serait fonction de sa toxine. Cette opinion est même admise par beaucoup d'auteurs étrangers.

Warde, de l'examen de 15 cas et de l'examen des altérations du nez et des oreilles, conclut à l'affirmation de la doctrine de l'origine tuberculeuse. Séqueira et Baléan admettent la nature toxique. Fordyce admet l'origine tuberculeuse et pense que l'affection est le produit de corps toxiques en circulation dans les vaisseaux.

Cette hypothèse paraît confirmée par la présence souvent fréquente d'une coïncidence de lupus et de tuberculose locale ou générale. Elle se justifie d'ailleurs au double point de vue de la clinique et du laboratoire.

En clinique, et les observations que nous allons présenter sont des plus affirmatives, les auteurs s'accordent de plus en plus à rechercher la tuberculose concomitante. Elle est, du reste fréquente et se retrouve dans toutes les statistiques. Baeck note la bacillose acquise ou des ascendants dans 83 pour cent des cas. Roth, qui, d'autre part, admet « l'action des toxines tuberculeuses sur les vaisseaux d'un point de la peau soumis à des perturbations physiologiques ou pathologiques antérieures », la trouve dans 185 cas sur 120. Rona, enfin, la constate à son tour 17 fois sur 25. Voici, d'ailleurs des observations que nous avons réunies.

OBSERVATION II

(Frèche, *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, novembre 1897.)

Un enfant de cinq ans et demi est atteint d'un lupus érythémateux typique de la face ; les deux joues, surtout la gauche, et le lobule de l'oreille du même côté, sont envahis par la lésion. Il n'y a pas d'antécédents tuberculeux dans la famille ; le père de l'enfant a eu néanmoins des hémoptysies à deux ou trois reprises.

OBSERVATION III

(Eraud, *Lyon Médical*, 1894.)

17 février 1893. — Père de l'enfant âgé de 54 ans ayant toujours eu une bonne santé. Mère aujourd'hui âgée de 50 ans. A 14 mois, à la suite d'une chute sur la hanche gauche, elle

aurait éprouvé quelques douleurs à la suite desquelles elle serait restée six mois sans marcher. Mais il n'y aurait eu ni abcès ni suppuration quelconque. Depuis, elle aurait été atteinte de claudication qu'elle conserve toujours en même temps que l'on note un certain raccourcissement du membre. Il s'agit d'une coxalgie, qui, au début, n'aurait été traitée autrement que par un repos relatif. Mais à part cette coxalgie, elle n'a jamais eu aucune autre maladie et a toujours eu, dit-elle, une bonne santé bien qu'elle paraisse plus vieille que son âge. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires, si ce n'est que son père est mort à 50 ans d'une fluxion de poitrine en deux jours et que sa mère est morte à 82 ans. Le père de son mari est mort à 82 ans et sa mère à 76 ans. Point d'impaludisme, point de syphilis à relater des deux côtés. La mère s'est mariée à 22 ans. Pas de fausses couches ; elle a eu cinq enfants, dont le premier, actuellement âgé de 27 ans, se porte bien. Les deux autres enfants qui suivirent, et dont la naissance fut distante l'une de l'autre de quatre ans, moururent le premier de méningite consécutive à la rougeole à l'âge de 4 ans, le second à 3 ans d'un transport au cerveau, probablement aussi de méningite.

La mère avait 42 ans lorsqu'elle eut son cinquième enfant, une fille, qui fait l'objet de cette observation. Mise en nourrice deux fois, elle y aurait été très mal et, quoique malingre, chétive, elle fut sevrée à 7 mois. Elle a marché à 16 mois. Mais, dans son bas âge, elle n'a jamais eu ni adénite, ni otorrhée, ni croûtes dans les cheveux, ni lésions oculaires ou palpébrales. Rougeole à 2 ans et demi, scarlatine vers 3 ans, coqueluche à 5 ans. Presque à la même époque, elle a fait une chute sur l'avant-bras droit, ce qui a déterminé une fracture du cubitus. A cinq ans et demi, coup de couteau dans l'œil gauche qui a perforé l'iris, la cornée, et qui a laissé une hernie de l'iris. Il y a deux ans, âgée de six ans (décem-

bre 1891), elle aurait présenté sur tout le tégument, voire même sur le cuir chevelu, une éruption discrète constituée par des éléments érythémato-papuleux ou pustuleux de la dimension d'une pièce de 50 centimes et qui aurait duré trois semaines sans aucune modification de l'état général. On diagnostiqua variole, mais ces boutons ne suppurèrent pas et se terminèrent par des cicatrices étoilées à trace encore visible.

A la suite de cette éruption, ou plutôt deux mois après — février 1892 — serait survenue une plaque rouge de la dimension d'une pièce de cinquante centimes au plus sur la région antérieure du cuir chevelu à la partie médiane et à quatre ou cinq centimètres de distance de l'insertion frontale des cheveux. L'enfant accusait en ce point un prurit assez marqué, mais pas de douleurs ni d'hyperesthésie appréciable. En même temps, elle présentait une certaine desquamation pityriasi-forme du cuir chevelu mais relativement peu abondante. Cette plaque grandit progressivement, la rougeur s'accroissant de plus en plus. De plus, soit par la marche naturelle de la maladie, soit par suite de l'application répétée de pommades diverses sur les conseils de plusieurs médecins, la plaque se couvrit de croûtes fines peu épaisses, un peu crétacées, donnant lieu de temps en temps à une légère humidité.

C'est le 18 février 1893, un an à peu près après le début de la lésion, que nous voyons l'enfant pour la première fois. A l'examen la lésion se présente sous la forme d'un disque très nettement annulaire occupant la région du cuir chevelu précédemment indiquée et mesurant à peine les dimensions d'une pièce de cinq francs. La plaque est recouverte d'un enduit squameux presque crétacé séborrhéique. Au-dessous des croûtes, ni ulcérations, ni humidité, mais une rougeur diffuse et une légère infiltration. A la pression, la plaque pâlit mais reprend immédiatement sa coloration dès que la pression digitale disparaît.

Point de saillies appréciables au doigt ou à la vue. Cette plaque est limitée par un bord quoique peu marqué, mais facilement appréciable à la vue et au toucher, bord qui la sépare nettement des parties saines périphériques. Pas de plaques analogues ni dans le reste du cuir chevelu, ni sur les oreilles, ni ailleurs. Avant examen plus complet, nous conseillons des cataplasmes et des frictions à l'eau chaude et au savon de naphthol pour bien déterger les croûtes et pour bien découvrir la plaque.

20 février. — Nous revoyons l'enfant et, faisant le diagnostic de lupus érythémateux, nous procédons à huit séances de scarification et obtenons une amélioration notable.

OBSERVATION IV

(Résumée)

Lupus érythémateux de la face. — Rona, *Archiv. für Dermat. und Syphil.*
Juin 1901

24 ans. Jeune fille. Lésions ayant débuté il y a douze ans sur le nez et ayant progressé très lentement. Comme antécédents familiaux intéressants, un père faible, maladif, toussant et crachant, et un frère de la mère mort à 40 ans de tuberculose pulmonaire. Une sœur plus jeune de deux ans a des adénopathies tuberculeuses du cou. La malade présente un lupus érythémateux typique avec plaque couvrant le nez, le dessous des deux paupières inférieures et partiellement les joues avec atrophies cicatricielles centrales.

La malade, améliorée par les scarifications et les cautérisations, fut revue plus tard et présentait des lésions cicatricielles typiques.

OBSERVATION V

(Résumée)

Lupus érythémateux de la face et du cuir chevelu. — Bona, *loco citato*.

Jeune fille, 28 ans, sœur de la précédente ; lésions datant de 15 ans, ayant débuté par le nez ; sur la tête, il ne reste de cheveux qu'à la limite du front, aux tempes et à la nuque. Le reste du cuir chevelu est occupé par des îlots cicatriciels atrophiques ou des lésions infiltrées parcourues par des télangiectasies partiellement croûteuses à la face ; le nez et les joues sont occupés par des cicatrices et des lésions en activité, couleur brun rouge, infiltrées avec télangiectasies.

OBSERVATION VI

(Résumée)

Klotz, *Journal of cutaneous and gen. urin. diseases*, février-mars, 1888.

Jeune homme de 18 ans, né aux Etats-Unis de parents allemands, un peu petit pour son âge, pâle, mal développé, atteint de cyphose de la colonne vertébrale consécutive à une affection probablement osseuse qui survient et guérit dans le cours de la deuxième année. Peu après la disparition des phénomènes inflammatoires du côté de la colonne vertébrale, la maladie actuelle de la peau commença à se développer d'abord au pied gauche, puis peu à peu à la cuisse du même côté. Depuis lors, elle a évolué lentement sans causer trop de gêne ni de douleur, sans jamais s'accompagner de suintement ou de suppuration. Au-dessous des croûtes, on voit la partie centrale de la lésion constituée par une surface inégale et irrégulière,

couverte de nombreuses productions papillomateuses dures, sèches, de dimensions variables, arrondies, atteignant au centre 1 centimètre et plus de hauteur.

A la partie interne et postérieure de la cuisse, existe un autre placard irrégulier d'assez grande dimension, en tout semblable au précédent.

Le malade a obtenu une certaine amélioration, sous l'influence d'application d'emplâtre salicylé et de l'administration d'arsenic à l'intérieur.

OBSERVATION VII

(Renouard, Thèse de Paris, 1884. — Lupus érythémateux de la face en papillon chez un strumeux, état typhoïde : mort tuberculose miliaire des poumons.

C... Eusèbe, 15 ans. Début à 12 ans. Renseignements héréditaires incertains. Dès son enfance, diarrhées fréquentes, de la gourme, des ophtalmies, de la polyadénite cervicale ; à huit ans, il aurait eu une coxalgie droite qui aurait duré plusieurs mois et s'est terminée par ankylose. En outre, rougeole à 10 ans et rien d'appréciable du côté des intestins ou des bronches.

Actuellement le malade, assez maigre, présente un lupus érythémateux sur tout le nez, se continuant avec un placard analogue sur les pommettes. En plein état de santé assez parfaite, le malade fut pris de symptômes fébriles et adynamiques. Pas d'épistaxis ; diarrhée, ventre peu sensible non ballonné ; le malade ne tousse pas ; quelques crachats mucopurulents légèrement rougeâtres.

A l'auscultation, râles sous-crépitaux fins en arrière et aux bases, sibilants disséminés ; submatité aux deux sommets. Mort au huitième jour sans réaction, lentement et progressivement.

A l'autopsie, ankylose de l'articulation coxo-fémorale. Sous le menton, dans les régions cervicales antérieures et latérales, de nombreux ganglions hypertrophiés, mais sans points ramollis.

Aux poumons, dans la moitié supérieure, infiltration diffuse de granulations tuberculeuses variant d'un grain de mil à un grain de chénevis ; prédominant aux deux sommets, surtout à droite. En outre, de la congestion passive et hypostatique, quelques adhérences.

La cavité abdominale ne contenait qu'un ou deux ganglions mésentériques hypertrophiés. La muqueuse de l'intestin n'a pas d'ulcération.

OBSERVATION VIII

Lupus érythémateux à début bulleux. — Audry, *Société de dermat. et de syph.*
février 1904.

Il s'agit d'une jeune fille que j'ai pu suivre pendant 9 années consécutives. C'était, il y a 9 ans, une enfant de 13 ans grosse et grasse. Le père était mort d'une cardiopathie ; la mère vit encore ainsi qu'une sœur unique bien portante. Depuis plusieurs années, la fillette présentait des crises épileptiformes. Ces crises n'ont pas cessé de se renouveler à des intervalles plus ou moins rapprochés ; elles sont plus fréquentes et plus intenses au voisinage des règles.

C'est vers l'âge de 13 ans, après l'établissement des règles que les accidents nerveux prirent toute leur intensité. La malade prenait du bromure de potassium, lorsque brusquement dans l'espace de quelques heures, la face se couvrit de grosses bulles pleines d'un liquide clair. Ces bulles occupaient les deux saillies malaires, les deux régions orbito-temporales, les angles rétro-maxillaires, le menton, le milieu du nez. Elles furent traitées par des cataplasmes, s'affaissèrent, devinrent croûteuses. Ces lésions disparurent ainsi lentement. J'ai

vu pour la première fois cette malade deux ans plus tard. A ce moment, tout était guéri, sauf deux plaques de la région malaire. Les autres lésions avaient disparu, laissant toutefois des surfaces blanches, légèrement déprimées, recouvertes d'un épiderme un peu gaufré.

Quant aux joues, elles présentaient au point indiqué, un peu en dedans de la saillie malaire, au-dessous du bord inférieur de l'orbite, deux petits placards, irrégulièrement dessinés, de trois centimètres de diamètre environ. Le centre était saillant, d'un blanc rosé, grenu, brillant. Les bords étaient entourés d'une bande de coloration rose, qui débordait un peu sur la peau saine. Il s'agissait de l'efflorescence de *lupus érythémateux* bien caractérisé. Cette malade a d'ailleurs été vue par plusieurs de nos collègues (Brocq, Dubreuil, etc.), qui n'ont pas hésité à y voir un *lupus érythémateux*.

Au cours des 9 années qui se sont écoulées, la maladie a régressé avec une extrême lenteur. C'est à peine si on peut la considérer comme guérie ; c'est la photothérapie qui paraît avoir amené l'amélioration définitive. Actuellement, la rougeur périphérique a disparu, ainsi que la saillie du placard ; il reste une surface décolorée, un peu grenue, d'aspect légèrement cicatriciel.

Il y a 5 ans, la malade a présenté, en dehors de tout traitement interne, sur les lèvres et le menton, 4 ou 5 petites bulles semblables à celles qui avaient marqué le commencement de la maladie. Il y a 3 ans, la malade a présenté sur la jambe gauche 3 ou 4 petites tuberculides papulo-nécrotiques très bien caractérisées dans leur aspect et leur évolution, et plus tard deux petites lésions comparables à celles de l'érythème.

Enfin elle a eu des adénites chroniques sous-maxillaires.

OBSERVATION IX

(Jakson. — *New-York Dermatological Society*, novembre 1896)

Jeune homme de 18 ans qui, vers l'âge de 10 ans, eut une éruption de la face diagnostiquée *lupus érythémateux* avec des adénites chroniques du cou. Après l'extirpation des ganglions, l'éruption s'affaissa, mais il apparut des plaques multiples constituées évidemment par du *lupus tuberculeux*.

OBSERVATION X

Hallopeau et Anselme. — Congrès pour l'étude de la Tuberculose, juillet 1891.

Homme de 35 ans qui a souffert dès son enfance d'abcès ganglionnaires longtemps fistuleux. A l'âge de 14 ans, il a vu apparaître au-dessous de l'angle externe de l'œil droit une tache qui a envahi successivement les régions sourcilières temporale et malaire correspondantes. Du côté gauche s'est développée une lésion analogue qui a suivi la même évolution lente et qui, depuis deux ans, gagne le cuir chevelu.

Au moment de notre examen (1888), on observe sur le côté droit de la face un vaste placard d'un rouge foncé qui disparaît incomplètement sous la pression du doigt et qui est limité par un bord net, appréciable au toucher. Aux alentours de cette plaque maîtresse se groupent de petits disques secondaires ressemblant, dit le malade, à la lésion initiale.

La plupart des médecins de l'hôpital St-Louis ont porté le diagnostic de *lupus érythémateux*. Le retentissement sur le système ganglionnaire est très marqué. Une adénopathie très

marquée s'est déclarée dans la région sus-claviculaire droite, s'est ouverte et est demeurée fistuleuse.

Le malade meurt au commencement de 1891 de tuberculose miliaire. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait bien d'un lupus érythémateux proprement dit. Il n'a pas révélé l'existence de bacilles et l'inoculation est restée négative.

L'étude critique de ces observations est des plus intéressantes et nous montre que quatre fois la tuberculose existait chez les ascendants ou les collatéraux ; que quatre fois le sujet était atteint de lésions bacillaires et qu'une fois enfin le malade a eu dans la suite des lésions nettement tuberculeuses.

La clinique n'est pourtant pas seule à justifier à nos yeux la conception de l'origine tuberculeuse du lupus érythémateux. Si nous nous adressons au laboratoire, nous voyons le microscope nous déceler, au milieu des éléments constitutifs ordinaires de la lésion, d'autres éléments que l'on considère comme spécifiques de la bacillose. C'est ainsi que, au cours de trois examens, en 1897 et en 1901, Audry a pu retrouver des cellules géantes dans des coupes d'érythème centrifuge. Ces cellules sont rares, il est vrai, et difficiles à saisir, mais elles ont paru assez caractéristiques à cet auteur pour entraîner sa conviction. « Je ne prétends pas conclure formellement, dit-il, à la nature immédiatement tuberculeuse de la lésion, bien que, d'ailleurs, j'y crois fermement, mais je puis dire qu'ayant examiné trois fois comme il convient le lupus érythémateux, trois fois j'y trouvais des cellules géantes. Elles y sont extrêmement peu nombreuses, mais elles y sont toujours. »

C'est encore le laboratoire qui vient au secours de la clinique à mesure que les moyens d'investigation se perfectionnent. Depuis que nous avons en main des réactifs assez sensibles pour mieux déceler le bacille de Koch dans les humeurs de l'organisme, depuis que, grâce à la réaction de la tuberculine,

nous pouvons mieux surprendre le germe qui sommeille, depuis enfin que la séro-réaction d'Arloing nous permet de dépister la moindre trace de tuberculose, nous nous habituons de plus en plus à voir des bacillaires chez les malades atteints de lupus érythémateux. Et ainsi va se confirmant de plus en plus l'hypothèse de l'école française qui fait de l'érythème centrifuge le produit de la toxine tuberculeuse.

En résumé, de cette étude étiologique et pathogénique, nous pouvons conclure que pour réaliser un lupus érythémateux, le sujet paraît devoir remplir certaines conditions d'âge et de sexe et se trouver dans un état physiologique approprié. Mais il nous semble que la condition pour ainsi dire essentielle consiste dans la présence dans l'organisme du bacille tuberculeux qui peut agir pour son propre compte ou par ses toxines. Comment expliquer dès lors que le lupus érythémateux soit si rare chez l'enfant quand nous sommes habitués à le voir si souvent atteint de tuberculose chirurgicale ou de lupus ordinaire, ou encore de cette variété d'érythème désignée sous le nom d'engelure. La raison est sans doute difficile à donner, mais nous sommes en droit de nous demander si le peu d'observation de lupus chez l'enfant ne tient pas à ce que celui-ci ne peut réaliser certaines conditions insuffisantes en elles-mêmes mais pourtant nécessaires. L'enfant, sans activité génitale, peu exposé aux variations atmosphériques, mieux défendu contre la débilitation, ne nous paraît pas avoir l'occasion d'exalter la virulence de ses bacilles et de donner ainsi libre cours à leurs toxines.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le *lupus érythémateux* semble, d'après l'étude symptomatologique et anatomo-pathologique que nous avons esquissée, devoir être facilement diagnostiqué. Une lésion ainsi caractérisée par des phénomènes vasculo-conjonctifs se traduisant par des taches rouges à marche lentement centrifuge, caractérisée encore par des phénomènes épithéliaux et par une tendance à la régression cicatricielle, paraît devoir s'imposer à l'esprit. Mais nous avons vu aussi que les lésions lupiques étaient d'un polymorphisme extrême et nous comprenons mieux combien parfois le diagnostic doit être hésitant ou même erroné.

Le *lupus tuberculeux* sera facilement distingué de par ses caractères propres. Nous rechercherons avec soin l'infiltration plus grande du derme, la présence des tubercules jaunâtres et mous qui parsèment le placard lupique vrai. La vue du placard nous le montrera plus irrégulier dans sa forme et dans sa répartition topographique ; la présence des ulcérations, des destructions profondes, des cicatrices plus rétractiles nous seront enfin d'un grand secours, surtout si nous tenons compte de l'évolution.

A la face, on peut avoir encore à distinguer le *lupus érythé-*

mateux de certaines formes d'*acné sébacée concrète* et de l'*épithéliomatose* qui lui fait suite, mais ces lésions sont beaucoup plus fixes ; elles n'ont aucune tendance régressive et n'aboutissent jamais spontanément à des cicatrices. L'*épithéliomatose* se reconnaîtra d'ailleurs sans difficulté à son liseré ulcéré des bords et surtout par l'âge du sujet porteur.

L'*eczéma séborrhéique* et le *psoriasis* du visage se différencient facilement par l'évolution des lésions, par le défaut d'encroûtement et de cicatrices.

La *syphilis tertiaire* peut simuler le *lupus érythémateux*, mais son évolution sera bien plus rapide ; les placards sont moins squameux et n'ont surtout pas la symétrie caractéristique de l'érythème centrifuge. Le moindre doute subsisterait-il d'ailleurs, que l'emploi du traitement spécifique suffirait à le faire vite disparaître.

Sur le cuir chevelu et dans les régions pileuses, nous pourrions hésiter entre diverses affections :

La *Pelade* forme des plaques blanches, lisses, uniformes, sans infiltration des bords et ne fait jamais de cicatrices. Les cheveux d'ailleurs tomberont avec une gaine pulpeuse et nous aurons toujours l'absence de lésions épithéliales et d'érythème.

Le *favus* se reconnaîtra facilement à son godet caractéristique et s'il y a encore une bordure avec des poils malades. Dans ce cas, d'ailleurs, comme pour les *lésions tricophytiques*, l'examen microscopique lèvera tous les doutes en nous montrant la présence de parasites spécifiques.

Aux membres, les *engelures* ressemblent beaucoup à la forme que nous avons décrite sous le nom d'érythème pernio. Mais elles sont mal limitées, saisonnières, ne s'accompagnent pas de lésions épithéliales ou cicatricielles.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

1° *Pronostic local.* — Localement, le lupus érythémateux n'a, comme gravité, qu'un inconvénient, c'est de laisser des cicatrices déprimées du plus fâcheux esthétique. On doit cependant distinguer ce pronostic suivant les formes de la maladie.

L'érythème centrifuge est le moins grave ; les lésions, superficielles, disparaissent facilement, mais la récurrence est aussi fréquente. La déformation cicatricielle est toujours légère et peut même manquer.

Les formes fixes au contraire sont d'une ténacité désespérante encore que certaines d'entre elles puissent guérir.

2° *Pronostic général.* — Au point de vue général, le lupus érythémateux ne paraît pas jouir d'une semblable bénignité. Le pronostic est beaucoup plus sombre, non pas que le lupus dans ses formes ordinaires paraisse influencer sur l'état général, mais parce qu'il se développe chez des sujets prédisposés. Nous avons vu en faisant l'étiologie, que les malades étaient le plus souvent des tuberculeux ou des candidats à la tuberculose, et à ce point de vue, le lupus érythémateux témoigne de la défaillance générale au moins autant que de la défaillance

locale. Les malades, en effet, frappés de déchéance anticipée, meurent plus rapidement et le plus souvent de leurs lésions tuberculeuses, parfois d'urémie ou de pneumonie.

Nous avons vu enfin, que la mort survenait rapide dans les formes généralisées, qu'elle était presque fatale dans les formes aiguës.

En résumé, le pronostic doit toujours être réservé dans les cas de lupus érythémateux. Sévère pour les formes fixes, il sera toujours prudent, même dans les formes d'apparences les plus bénignes.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Il n'y a aucun traitement héroïque du lupus érythémateux et les résultats en sont toujours un peu aléatoires. Nous devons cependant essayer d'enrayer la marche extensive des lésions et, dans ce but, nous aurons à notre disposition les moyens les plus variés. Le traitement devra s'adresser à la fois à l'état général et à l'état local.

Traitement général. — « Le traitement général tendra surtout à modifier favorablement le terrain scrofulo-tuberculeux sur lequel évolue souvent le lupus érythémateux. Il consistera particulièrement en une alimentation tonique, huile de foie de morue en hiver ; pendant l'été, arsenic sous toutes ses formes (arséniate, cacodylate, méthylarsinate de soude, liqueur de Fowler). Les préparations ferrugineuses, iodiques (sirop iodotannique, d'iodure de fer), phosphatées (glycérophosphates, lécithines), pourront aussi, suivant les cas, rendre des services.

» Dans certains cas, il sera utile d'envoyer les malades faire une cure marine ou hydro-minérale, soit aux eaux chlorurées sodiques (Balaruc, Salies), soit aux eaux chlorurées sulfurées (Uriage), soit aux eaux arsenicales (la Bourboule). Ces der-

nières paraissent mériter la préférence, qu'on les emploie en boissons ou en applications locales. Il faut tenir compte, d'ailleurs, que le séjour dans les stations minérales agit autant et quelquefois plus par les modifications qu'il impose dans les habitudes et dans la manière d'être, que par l'action propre des eaux. » (Brousse.)

Le praticien devra enfin traiter à part chacun des états viscéraux qui prédisposent à la congestion et se souvenir aussi que le lupus érythémateux peut guérir spontanément quand on modifie les conditions de milieu.

Traitement local. — Les scarifications et l'ignipuncture ont été employées de la même façon que pour le lupus vulgaire, mais les résultats ont été par trop inconstants, parfois même mauvais, en ce sens qu'ils ont paru amener une aggravation.

La thérapeutique locale s'est surtout adressée aux caustiques chimiques et c'est ainsi qu'on a employé comme pour le lupus tuberculeux, les acides salicylique, lactique, pyrogallique, phénique, nitrique. Plus spécialement, on s'est servi de l'acide acétique, de la liqueur de Fowler à 1 pour 5, en badigeonnages : du baume du Pérou pur, ou associé à l'huile de ricin, de l'alcool absolu, de la résorcine. Mais le savon noir (savon de potasse), constitue un moyen thérapeutique des plus efficaces ; son action suffit parfois pour faire disparaître rapidement des érythèmes centrifuges très étendus. De plus, comme il rentre dans la catégorie des *savons mous*, il est d'un maniement facile, et peut aisément s'associer à un agent médicamenteux (soufre, résorcine, ichtyol, acides). Il est très irritant pour la peau, aussi son application doit-elle être variée suivant la susceptibilité de chaque sujet, de 1 à 12 heures pendant un ou plusieurs jours consécutifs. Le pansement variera également avec l'intensité de l'inflammation. Malgré les bons effets de tous ces topiques, leur importance

a perdu de sa valeur depuis que l'on utilise dans la pratique les agents physiques : lumière, électricité, chaleur.

Dans les cas d'érythème centrifuge, on emploiera avec avantage les courants de haute fréquence et de haute intensité : on fera une ou deux séances chaque semaine, chacune de deux à cinq minutes en moyenne. Cette méthode détermine une réaction locale avec formation de croûtes qui s'éliminent peu à peu, et en 25 à 70 séances on obtient la guérison dans 80 p 100 des cas au moins (Leredde). Au moment même de l'application, on constate une pâleur très accentuée du point traité ; elle est bientôt suivie d'une rubéfaction intense, s'étendant assez loin du point soumis à l'effluve et s'accompagnant d'une sensation de cuisson assez prononcée. Lorsque les téguments ont été suffisamment modifiés, ils se recouvrent assez rapidement de croûtes minces qui s'enlèvent avec facilité.

Cette méthode de traitement, sans être une médication héroïque du lupus érythémateux, pourra être, dans certains cas utilement essayée. Elle n'est pas très douloureuse ; elle a surtout le grand avantage de ne pas défigurer les malades et de leur permettre de ne pas interrompre leur travail, leurs sorties ou leurs relations mondaines.

Les rayons X, employés en France par Barthélemy et Oudin semblent agir surtout par leur action caustique en produisant une radio-dermite. Ce procédé nouveau, dont la technique n'est pas encore déterminée d'une façon précise, semble nous avoir donné quelques résultats intéressants qui méritent d'être signalés. Ils seront appliqués toutes les fois que des circonstances (toujours d'ailleurs indépendantes de la maladie) ne s'y opposeront pas et ils le seront de la façon suivante. Le malade est couché sur la table à radiographie ; les parties voisines de la région malade sont protégées par une lame de plomb. Le tube de Crookes est placé exactement au-dessus de la partie atteinte, à une très faible distance de la peau tou-

chant presque la lésion. La durée de la séance doit être de 10 minutes pour chaque plaque. Le nombre de séances n'a rien de fixé et le traitement doit être continué assez longtemps.

On aura recours à la photothérapie dans les cas essentiellement rebelles de lupus érythémateux fixe. D'après les résultats de Finsen et de Leredde, cette méthode donne 50 p. 100 de guérisons, mais il est utile de traiter les malades avant que l'affection n'ait produit des réactions régressives très prononcées. Ce traitement doit être poursuivi jusqu'à formation de cicatrices, mais si après un nombre de séances assez considérable (6 ou 7), sur un seul point, la formation de cicatrices n'apparaît pas d'une manière évidente, mieux vaudra renoncer à la photothérapie. S'il était impossible de faire bénéficier le malade de ces méthodes récentes, on aurait recours à la galvano ou à la thermo-cautérisation.

Les autres moyens physiques, les plus employés, cautérisation ignée ou air surchauffé, n'ont pas donné encore de résultats assez appréciables pour que l'on puisse en tirer des indications précises.

Quant aux méthodes sanglantes, elles ne s'adressent qu'à quelques cas particuliers.

En résumé, c'est aux agents physiques, à l'électricité en particulier, que l'on devra s'adresser dans la thérapeutique du lupus. Seuls, les cas où ces méthodes ne pourraient être employées seraient justiciables des agents chimiques.

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

1° Le lupus érythémateux est une affection rare chez l'enfant. Cette affection, moins rare, cependant, que ne le croient les auteurs d'une façon générale, est due à la réalisation de conditions étiologiques particulières, auxquelles ne saurait être soumis l'enfant.

2° La nature intime du lupus érythémateux, bien que contestée encore, semble pourtant relever du processus tuberculeux, et nous pouvons prévoir que son champ d'étude s'accroîtra au fur et à mesure des progrès de la clinique et du laboratoire.

3° En l'état actuel de la science, on ne saurait attribuer au lupus érythémateux de l'enfant une symptomatologie et une anatomie pathologique propre.

4° Le pronostic doit toujours être réservé, étant donné la presque certitude de l'origine bacillaire et la présence fréquente de tuberculose surajoutée.

5° La thérapeutique semble devoir s'adresser surtout aux agents physiques, à l'électricité (haute fréquence, rayons X) en particulier.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — Annales de derm. et syph. Avril 1897.
— Annales de derm. et syph. Mai 1901.
— Annales de derm. et syph. Février 1904.
- BAUMEL. — Maladies des enfants. 1903.
- BESNIER. — Société de derm. et syph. 21 avril 1892.
- BAZIN. — Leçons sur les maladies de la peau. 1861, t. II.
- BIETT. — Abrégé pratique des maladies de la peau. 1828
- BROCO. — Traité des maladies de la peau. 1890.
— Traitement des dermatoses. 1898.
- BROUSSE. — Société des Sc. méd. de Montpellier. 11 mars 1890.
— Traitement du lupus tuberculeux. Montpellier méd. 1904.
- BOECK. — British medical association. Août 1898.
— Arch. f. Derm. und Syph. 1898, t. XLII, p. 78.
- CAZENAVE. — Ann. des mal. de la peau et de la syphilis. 1851, p. 297.
- CAPELLE. — Lupus érythémateux des muqueuses. Th. Paris, 1900-1901, n° 260.
- CALMELS. — Des divers traitements du lupus érythémateux en particulier par les courants de haute fréquence. Th. Paris, 1897-1898, n° 325.
- CASTEL (du). — Société de derm. et syph. Janvier 1897.
— Société de derm. et syph. Janvier 1899.
- CHATIN et DRUELLE. — Traitement comparatif des lupus érythémateux par les effluves de haute fréquence et la photothérapie. Journal de physiothérapie. 1899, n° 4.
- CROS. — Lupus érythémateux. Sa nature tuberculeuse. Thèse Montpellier, 1895-1896, n° 61.

- DUBREUIL. — Précis des maladies de la peau.
- DRUELLE. — Voyez Chatin.
- DARIER. — Les tuberculides. IV^e Congrès international de derm. et syph. Paris, 1900.
- DEVERGIE. — Traité pratique des maladies de la peau. 1854.
- ÉRAUD. — Lupus érythémateux et tuberculose. Lyon médical, 1894.
- FEULARD. — Annales de derm. et syph. 1889.
- FORDYCE. — Journal of cutaneous and genito-urinary diseases. Mars 1899, p. 113.
- FRÉCHE. — Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. 26 novembre 1897.
- GASTOU. — Société de derm. et syph., mars 1896.
- GAUCHER. — Semaine médicale. 1893.
- Traité des maladies de la peau. 1895.
- GAUCHER et COMBY. — Traité des maladies de l'enfance.
- GUNSETT. — Münchener medizinische Wochenschrift. Mars 1903.
- HALLOPEAU et JEANSELME. — Congrès pour l'étude de la tuberculose. 29 juillet 1891.
- HALLOPEAU. — Leçon clinique. Semaine médicale 1898, p. 225.
- HÉBRA. — Leçons sur les maladies de la peau. 1858.
- Semaine médicale. Janvier 1899.
- JAKSON. — New-York dermatological society. Novembre 1896.
- KAPOSI. — Traité des maladies de la peau. 1872.
- Société viennoise de derm. 11 juin 1890.
- LAMAISSON. — Lupus érythémateux. Thèse Montpellier, 1882-83.
- LELOIR. — Histologie et nature du lupus érythémateux. Arch. de physiologie. 1890, p. 690.
- LEREDDE. — Société de derm. et syph. Mars 1898.
- Les tuberculides. Semaine médicale. 1890.
- Société de derm. et syph. Mars 1902.
- Thérapeutique des maladies de la peau. Paris 1904.
- LENGLET. — Pratique dermatologique. Paris 1902.
- L. KLOTZ. — Journal of cutaneous and genito urinary diseases. Février-mars 1888.
- MORISS. — British journal of dermatol., novembre 1892.
- NEUMANN. — Traité des maladies de la peau. 1880.
- PERRIN. — Lupus érythémateux par troubles menstruels. Congrès international de derm. et syph. Paris 1899.

- POOR. — Dermatologische Zeitschrift. 1901, t. VIII.
RAYER. — Traité thérapeutique et pratique des maladies de la
peau. 1827.
RENOUARD. — Lupus. Ses rapports avec la tuberculose. Th. Paris 1884.
SEQUEIRA et BALÉAN. — British journal of dermatol. Octobre 1902.
ROTH. — Archiv. für Derm. und Syph. 1900, t. LI.
RONA. — Archiv. für Derm. und syph. 1901, t. LVI.
VIDAL. — Société de biologie. 1892, p. 706.
— Annales de dermat. et syph. 1889.
WARDE. — British journal of dermat. Septembre 1902

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 27 janvier 1905
Le Recteur,
A. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ
Montpellier, le 27 janvier 1905.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

