

et quand Bazin eut démontré l'existence d'un sycosis parasitaire, c'est alors seulement que la question de la contagion de cette affection a été de nouveau agitée. Köbner l'a tranchée définitivement (1) en montrant que la contagiosité n'existe réellement que dans cette forme spéciale qui, à proprement dire, appartient à l'herpès tonsurant, — le sycosis parasitaire, — qui aussi, comme on l'a vu cette année (1886), à Berlin et à Leipzig, peut survenir par petites endémies, — et non pour le sycosis vulgaire ou folliculite de la barbe.

Cette affection apparaît ordinairement d'une manière idiopathique et peut être déterminée par certaines conditions anatomiques.

Ainsi que l'ont démontré G. Simon et Wertheim, chaque nodosité de sycosis représente un abcès d'un follicule pileux. Si on arrache le poil, on voit que l'enveloppe du bulbe est distendue par du pus et en même temps il sort du follicule une gouttelette de pus. Le tissu inter-folliculaire, le derme et les papilles présentent un état d'infiltration inflammatoire et, accidentellement, ces dernières s'hypertrophient. Il n'est pas impossible de rattacher le développement de l'inflammation à une reproduction énergique des poils, puisque le poil de nouvelle formation se presse contre l'ancien dans le fond du follicule, dont il irrite mécaniquement la paroi. En fait, on voit souvent deux poils dans le même follicule, et très souvent aussi on rencontre le sycosis chez des individus qui ont la barbe très épaisse. Wertheim attribue l'irritation à ce que le diamètre du poil est trop gros relativement à celui de son follicule.

Il n'est pas rare de voir se former, au milieu de l'infiltration diffuse des tissus, des abcès du derme et des glandes sébacées.

Dans le sycosis parasitaire, le microscope permet de reconnaître, entre les éléments du poil et les enveloppes de son bulbe, l'existence du trichophyton.

Dans le traitement du sycosis, il faut que le malade et le médecin apportent tous deux la même exactitude aux soins minutieux que ce traitement nécessite. Dans les cas où ces conditions sont bien remplies, un sycosis étendu et datant de plusieurs années peut être complètement guéri dans l'espace de trois semaines à trois mois, tandis que, dans le cas contraire, on attendrait vainement la guérison (2).

(1) KÖBNER a reconnu la priorité de Bazin. E. B. — A. D.

(2) Il est absolument essentiel de *diviser* le traitement du « sycosis » selon les espèces et variétés du genre ; aucune formule générale ne peut être proposée utilement. Les indications doivent être précisées selon qu'il s'agit de sycosis secondaire ou de sycosis primitif.

E. B. — A. D.

Un sycosis de la barbe, encore peu avancé dans son développement, peut être guéri en conservant la barbe, si l'on a soin d'ouvrir les pustules encore peu nombreuses, d'arracher les poils malades et d'enduire largement la partie atteinte avec des pommades simples jusqu'à ce que les points excoriés soient guéris.

Quand la maladie occupe une certaine étendue et dure déjà depuis un certain temps, il faut sacrifier la barbe. Tout d'abord, on la taille très courte, puis on applique l'onguent diachylon étendu sur de la toile, que l'on maintient ensuite avec des bandes de flanelle, de l'emplâtre salicylé ou de la toile de caoutchouc, sur les joues et sur la lèvre supérieure, pour ramollir les croûtes. Après douze à vingt-quatre heures, on les enlève à l'aide du savon, puis on pratique la rasure, opération peu douloureuse si elle est faite par une main habile, munie d'un bon rasoir.

La surface lésée est alors parfaitement visible, elle est d'une rougeur diffuse, infiltrée, couverte de nombreuses pustules, sur certains points suintante ou saignante, et un peu douloureuse au toucher. Il est, à ce moment, nécessaire de procéder à une troisième opération : c'est l'épilation, que Wertheim a le premier (1) recommandée, opération à l'aide de laquelle on extrait les poils malades et qui facilite l'issue du pus hors des follicules. On place le malade sous un bon éclairage ; le médecin, debout ou assis en face de lui, tend avec les doigts de la main gauche la partie qu'il se propose d'épiler, et, saisissant de la main droite une pince à cils entre le pouce, l'index et le médus, comme il ferait d'une plume à écrire, il arrache les poils un à un, en les attirant dans leur direction naturelle. Pour cela, on appuie la main droite sur la peau au moyen du petit doigt, et, à mesure que l'on arrache un poil, on le dépose immédiatement sur la peau, sans que la main se déplace. En agissant ainsi, l'opérateur a l'avantage de conserver toujours la même direction pour extraire les poils les uns après les autres, et d'en arracher rapidement vingt à trente sans se reprendre ; on abstergé de temps à autre, on accorde au malade un petit instant de repos, puis on

(1) Samuel Plumbe, 1824, a précisé nettement le traitement du sycosis, tel qu'il pouvait être compris à cette époque : épilation et scarification. Quant à la régularisation, à la vulgarisation de l'épilation comme moyen général de traitement des affections trichophytiques, c'est surtout à Bazin qu'il en faut faire honneur. Depuis, l'épilation a été plus généralisée encore par les médecins de l'hôpital Saint-Louis, et nous-mêmes, en particulier, l'avons proposée, adaptée et démontrée applicable à la *totalité* des affections profondes, tenaces, anciennes, parasitaires ou non, du système pileux.

E. B. — A. D.



continue l'épilation. Le premier jour, on ne fera qu'une courte séance, parce que certains malades, n'ayant pas l'habitude de ces petites opérations, sont bientôt excités, énervés, quelques-uns même se trouvent mal. Le second jour, on peut déjà procéder sans hésitation; en effet, lorsque c'est une main exercée qui pratique l'épilation, la douleur est très faible, précisément parce que les poils ne tiennent plus (1). Après l'épilation, s'il survient une vive inflammation, on applique des compresses froides, de liqueur de Burow (10 p. 100), pendant une ou deux heures, puis on panse avec l'onguent diachylon ou l'onguent de vaseline et de plomb.

On continue chaque jour régulièrement les lavages avec le savon ou l'esprit de savon, puis la rasage, l'épilation et les applications de pommade émolliente. On pratique l'épilation régulièrement en avant, et non pas tantôt sur un point, tantôt sur un autre; la région qui a été bien épilée a, dès le lendemain, un meilleur aspect, elle est plus plane, plus blanche, plus pâle, elle présente moins de pustules; aussi le malade consent-il avec confiance à continuer le traitement.

En procédant ainsi, on peut, pour un sycosis des deux joues, terminer complètement l'épilation générale en deux à trois semaines (2), et l'on n'a plus ensuite à extraire que quelques rares poils disséminés. Lorsque la peau est partout molle et souple, qu'il n'apparaît plus nulle part de nouvelles pustules et que les poils, qui repoussent constamment, paraissent solidement implantés, alors le sycosis est guéri. Il ne reste plus qu'à faire usage de poudres et de pommades anodines, comme après la guérison de l'acné.

(1) L'épilation ne peut être exécutée avec une habileté réelle que par ceux qui en ont appris la pratique, d'ailleurs peu difficile; la durée des séances est déterminée par l'adresse de l'épileur, le degré de tolérance de l'opéré et l'étendue des régions atteintes. Quand les parties à épiler ont été convenablement préparées par les applications émollientes, les douches de vapeur, les onctions belladonnées, les fomentations avec les solutions de cocaïne, etc., l'avulsion des poils peut être faite sur de grandes surfaces sans cruauté, dans un délai relativement court, et avec grande simplicité. Quelques applications anodines suffisent pour effacer la dermite spéciale superficielle (épidermite miliaire d'épilation) que l'on observe consécutivement chez la plupart des malades.

E. B. — A. D.

(2) Nous ajoutons que quelques sujets éprouvent, par le fait de l'épilation, une périfolliculite aiguë si vive, des indurations en plaque si tenaces, que l'on doit renoncer, dans ces circonstances, à l'épilation. Mais, nous le répétons, ces faits sont exceptionnels; il suffit de les connaître pour ne pas insister si les résultats immédiats sont défavorables.

E. B. — A. D.

Cependant, il faut que la barbe soit régulièrement rasée au moins pendant un an à partir de ce moment; car, en général, le sycosis se reproduit lorsqu'on laisse la barbe pousser. Ce n'est ordinairement qu'au bout d'un an que l'on peut essayer avec des chances de succès de laisser croître la barbe (1).

Dans beaucoup de cas, outre le traitement régulier que nous avons exposé, il est encore nécessaire d'avoir recours à d'autres moyens. Il faut ponctionner ou scarifier certains points indurés, infiltrés; c'est après cette petite opération seulement qu'ils s'aplanissent et deviennent pâles; on enlèvera en les raclant avec la curette les portions de peau qui sont détachées et qui saignent abondamment; enfin, on ouvre les plus gros abcès (2). Quand de nombreuses éruptions de pustules se reproduisent avec opiniâtreté, ou lorsqu'il reste une induration diffuse de la peau, il est bon de recourir aux onctions de pâte soufrée ou de pommade de Wilkinson (H. Hebra), faites avec un pinceau, comme dans l'acné, ou de faire des lavages avec le savon sulfureux iodé (Zeissl), ou de provoquer une inflammation aiguë en appliquant du savon noir pendant douze heures, ou encore de badigeonner la peau avec la teinture d'iode ou la glycérine iodée, ou enfin d'appliquer une solution de sublimé (0,50 pour 400 d'eau distillée); après cela, on revient au mode

(1) L'épilation doit être répétée aussi longtemps que les parties n'ont pas repris l'état normal; elle devient successivement de plus en plus restreinte comme surface. Quant à la rasage, elle est généralement nécessaire; exceptionnellement, il faut quelquefois laisser repousser la barbe. Mais, nous le répétons, l'épilation, poursuivie avec persévérance, constitue le procédé curatif par excellence. Quelques malades qui ne supportent pas le rasoir se trouvent très bien de la rasage juive (tonsure aux ciseaux fins).

E. B. — A. D.

(2) Depuis l'introduction dans la pratique dermatologique de la curette de Volkmann et de la scarification linéaire de Balmano Squire, l'application régulière et méthodique des pratiques chirurgicales au traitement d'un grand nombre de dermopathies s'est généralisée.

Aussitôt après la publication de l'École de Lyon — AUBERT, VALLA, DRON, *Lyon médical*, 1876, 1877 — sur l'emploi de la curette, nous en avons appliqué et étendu l'emploi, ainsi que nos collègues de l'hôpital Saint-Louis.

En ce qui concerne les scarifications linéaires, elles ont été introduites à l'hôpital Saint-Louis par E. Vidal, qui en a étendu les applications de la manière la plus heureuse. Nous avons immédiatement suivi notre savant collègue dans la voie qu'il traçait, et nous espérons avoir contribué, pour une bonne part, au perfectionnement et à la vulgarisation de ces procédés de traitement, sur lesquels nous aurons à revenir.

E. B. — A. D.



de traitement que nous avons indiqué ci-dessus au moyen des applications de pommade et de l'épilation (1).

On fait disparaître les végétations dont nous avons parlé en les cautérisant avec l'acide acétique, ou avec une pâte composée d'acide acétique 10 et lait de soufre 2,50; ou bien une pommade faite avec acétate de cuivre 0,30 et onguent simple 10; ou encore en les touchant avec l'acide nitrique concentré, ou enfin en les couvrant de poudre de calomel et autres semblables, ou en les enlevant à l'aide de la curette.

Dans le sycosis de la muqueuse nasale, il faut également ouvrir les pustules, avulser les poils, introduire dans les fosses nasales des pommades émoullientes, comme dans l'eczéma de ces parties, et enfin cautériser les surfaces couvertes de rhagades.

Dans le sycosis du cuir chevelu, on essaie le même traitement que dans l'eczéma de cette région : ramollissement des croûtes par des applications de graisse, bonnet de caoutchouc, lavages avec l'esprit de savon, douches, etc., et ce n'est que lorsqu'on voit l'inefficacité de ce traitement que l'on rase la tête et qu'on procède à l'épilation. (Pendant la journée, on enduit la tête avec une pommade, ou bien on la couvre avec une toile de caoutchouc, mode de pansement qui peut être dissimulé par une coiffure appropriée ou par une perruque.)

Il faut traiter de la même manière le sycosis des sourcils, du creux de l'aisselle et de la région pubienne. Pour ces régions, il est préférable d'employer la pommade de Wilkinson.

Contre la dermatite papillaire du cuir chevelu, l'emplâtre hydrargyrique est le seul remède qui ait montré un peu d'efficacité. Il faut exciser les parties exubérantes, papilliformes et kéloldiformes avec des ciseaux ou le bistouri; l'hémorrhagie parenchymateuse abondante qui se produit s'arrête en tamponnant avec de la charpie sèche ou bien trempée dans une solution de nitrate d'argent (1 sur 1).

Dans le sycosis parasitaire, outre l'épilation des poils altérés, il est avantageux d'appliquer une solution de sublimé ou une pâte sulfureuse additionnée d'acide acétique (1).

(1) L'épilation convenablement exécutée, les douches tièdes pulvérisées, les pommades anodines, sont en général suffisantes; car il s'agit ici presque exclusivement d'eczéma chronique et non de sycosis vrai.  
E. B. — A. D.

En résumé, il n'y a pas de médication générale applicable au « sycosis », puisque les affections réunies par l'auteur sous cette dénomination sont multiples; ce n'est pas là un des moindres inconvénients attachés à l'extension trop grande donnée à ce mot. Dans la pratique, il est nécessaire de distinguer au milieu du complexe « sycosis » : a) l'eczéma

Ici se termine ce que nous avons à dire au sujet des formes de l'acné et du sycosis. Mais je dois y ajouter quelques courtes remarques qu'il me paraît nécessaire de faire sur les éruptions pustuleuses (Voir p. 798).

*pilaire*, qui peut aboutir au sycosis, mais qui s'en distingue par l'absence de dermite interstitielle et de folliculite profondes; b) les *acnés pilaires sycosiformes*; c) le *sycosis non parasitaire*, ou, pour mieux dire, non trichophytique, secondaire à des irritations diverses, à des infections secondaires encore à l'étude; d) le *sycosis trichophytique*.

Nous avons exposé les principes du traitement des *eczémas pilaires* dans les notes des pages 666 et 710.

La médication applicable aux *acnés pilaires sycosiformes*, appelées communément sycosis, est indiquée ci-dessous, dans l'Appendice sur les acnés.

Le *sycosis proprement dit* est celui auquel s'applique directement le traitement exposé plus haut dans le texte courant et dans les notes des traducteurs.

Enfin, c'est au chapitre du trichophyton que le lecteur trouvera, à sa place naturelle, le traitement de la trichophytie profonde ou sycosique.  
E. B. — A. D.

#### APPENDICE DES TRADUCTEURS

1° ACNÉS PILAIRES — *A. pilaire commune*, *A. p. cicatricielle*, *dépilante*, *A. chéloïdienne*. 2° ACNÉ CORNÉE. 3° PSOROSPERMOSE FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE DE DARIER. — *Angiofolliculite psorospermiqve végétante*. 4° PÉRIFOLLICULITES AGMINÉES.

Ainsi que nous l'avons annoncé — notes des pages 735, 736, nous réunissons dans cet appendice une série d'affections du système sébacé annexe des poils, *acnés pilaires*, — du canal folliculaire, *angiofolliculites*, et de la gaine conjonctive des follicules pilo-sébacés, *périfolliculites*, — qui n'ont pas été représentées dans le texte courant, ou qui ne l'ont pas été d'une manière suffisante.

#### § 1<sup>er</sup>. — Acnés pilaires.

Ce groupe comprend trois formes cliniques principales, ayant elles-mêmes des *variétés*, et qui peuvent coexister, s'associer ou évoluer isolément.

Leur siège anatomique essentiel est le *système sébacé annexe des poils*; cependant il est possible que la localisation ne soit pas exclusive; cette question, née d'hier, n'a pas encore de solution ferme.

Leurs relations sont en outre affirmées par l'identité de début, d'évolution et de terminaison. Toutes commencent insidieusement et superficiellement, progressent de la superficie à la profondeur et se



terminent par régression atrophique, nécrobiose, cicatrices, alopecie, et quelquefois formation chéloïdienne.

Parmi ces affections, trois types sont assez individualisés pour pouvoir être distingués pratiquement et dénommés. Ce sont : a) l'acné pilaire de BAZIN ; a. varioliforme de HEBRA-KAPOSÍ, a. nécrotique de BOECK, etc. ; — b) l'acné pilaire cicatricielle dépilante ; — c) l'acné chéloïdienne.

## I

ACNÉ PILAIRE DE BAZIN. — ACNÉ VARIOLIFORME DE HEBRA-KAPOSÍ. — ACNÉ A CICATRICES DÉPRIMÉES DE E. BESNIER et A. DOYON. — ACNÉ FRONTALE OU NÉCROTIQUE DE BOECK. — ACNÉ RODENS DE LEROI et VIDAL, ULÉRYTHÈME ACNÉIFORME DE UNNA, etc.

Ces nombreuses dénominations se rapportent à une affection que nous considérons comme univoque, mais dont quelques variétés sont contestées depuis peu. — J. PICK, UNNA. — Elle est fréquente, souvent méconnue, et prise pour une syphilide papulo-pustuleuse ou tuberculopustuleuse. Ses variétés sont assez nombreuses, et restent incomplètement définies ; sa nature commence à peine à être entrevue.

Habituellement localisée, pouvant cependant envahir de grandes surfaces, comme les faces dorsale et sternale du tronc par exemple, affectionnant les régions pilaires, la barbe le long des branches montantes du maxillaire ; la lisière du cuir chevelu en avant et en arrière en empiétant en deçà et au delà ; la région crânienne, surtout alors qu'elle est dépilée plus ou moins complètement ; la cavité de la conque, les ailes du nez et les sillons nasogéniens, etc.

La dimension des éléments éruptifs varie depuis un grain de millet jusqu'au plus gros pois. Tantôt, c'est une légère saillie rosée du pourtour de l'orifice d'un follicule pilo-sébacé, au centre de laquelle une petite pustule éphémère, traversée ou non par un poil, apparaît, s'ombilique rapidement et se couronne (caractère typique) d'une petite croûte jaune verdâtre, impétiginiforme, un peu enfoncée et recouvrant une ulcération, laquelle sera rapidement, et souvent avant la chute de la croûte, remplacée par une cicatrice déprimée, indélébile. Dans d'autres cas, les éléments éruptifs atteignent le volume de l'acné commune ; mais toujours, dans ces lésions amplifiées, on retrouvera, de plus en plus accentuée, la croûte jaune impétiginiforme, laquelle semble imprimer exactement dans le derme la mesure et la forme de la cicatrice. Lorsque les poussées se sont répétées souvent (il s'agit d'une affection absolument récidivante et serpiginieuse), les régions occupées sont criblées de cicatrices, au milieu et à la bordure desquelles se reproduisent les éruptions ultérieures.

La disposition des éléments éruptifs est souvent figurée, linéaire, quelquefois plus ou moins complètement ou parfaitement circinée, dernière circonstance qui contribue encore à induire en erreur sur sa nature.

Il existe d'assez nombreuses variétés de forme, de degré, de subacnéité, etc., depuis les cas *frustes*, jusqu'aux formes *confluentes*, *intenses*, *serpiginieuses*, presque malignes qui labourent littéralement les parties qu'elles occupent. Mais dans chacune d'elles, même dans celles qui sont le plus différentes en apparence, on retrouve quelques éléments des espèces communes ; et ce serait, pensons-nous, trop compliquer pour le public médical leur description que de multiplier les distinctions de détail.

En fait, quand on a vu sur le malade deux ou trois exemples de cette affection, et, à défaut d'observation préalable, si l'on se rappelle simplement les *localisations* principales que nous avons indiquées, on pourra le plus ordinairement arriver sans difficulté au diagnostic.

Dans un mémoire très remarquable — Ueber Acne frontalis seu necrotica, in *Arch. für Dermat. und Syph.*, 1889, n° 1, et *loc. sup. cit.*, — CAESAR BOECK expose avec sa sagacité et sa précision ordinaires les caractères de l'éruption.

Si l'on examine, dit-il, les divers éléments éruptifs aux différentes phases de leur développement, on constate que les petites papules de la première période de début doivent leur origine à la tuméfaction d'un follicule pileux et de son entourage le plus immédiat, laquelle forme une petite papule encore imparfaitement circonscrite. Cette petite papule s'élargit peu à peu, et quand elle a atteint la grosseur d'un grain de chènevis et que la partie de peau sur laquelle elle est située est tendue, on remarque au centre de la papule, tout autour du follicule, nombre de très petites hémorragies qui, par leur réunion, constituent une petite tache rouge violet à peine perceptible. Si la tension cesse, les petites hémorragies capillaires et les dilatactions vasculaires peuvent ne pas être encore visibles à travers l'imbibition œdémateuse de l'épiderme. Sur les papules plus volumineuses, la coloration violette est, par contre, toujours distincte, et, si les papules dépassent la grosseur d'un pois et comprennent plusieurs orifices folliculaires, l'ensemble forme une plaque d'aspect ponctué, violet clair, assez résistante au toucher, turgescence, élevée.

Dans la période suivante, cette plaque commence à se déprimer au centre et prend là une teinte violet brunâtre plus accentuée. Ces modifications gagnent peu à peu toute la papule ou toute la plaque. C'est ainsi que la partie de peau malade revient au niveau de la peau saine adjacente ou bien est déprimée au-dessous d'elle, et il existe, enchâssé dans la peau, une sorte de disque dur, arrondi, nettement circonscrit, violet brunâtre ou, en dernier lieu, d'une teinte tout à fait brune. Ce disque, entièrement momifié, peut être considéré comme un véritable corps étranger, mais encore intimement adhérent à la peau.

Si on essaie de détacher ce disque, on trouve que la masse dure, en laquelle l'épiderme et une grande partie du derme ont été transformés par ce processus nécrotique, est tout à fait semblable à de la graisse, et cependant extrêmement dure et cohérente, de telle sorte qu'il est difficile d'en détacher des particules.

Naturellement, ce tissu nécrosé a perdu toute sensibilité. Si l'on fait tomber cette croûte momifiée, nécrosée, par des applications émollientes, il reste une ulcération arrondie, en granulation, qui pénètre plus ou moins profondément dans le derme. Si l'on n'intervient pas, la croûte se dessèche



de plus en plus, se détache de la peau saine à la périphérie, car à mesure que se produit ce soulèvement, l'épiderme s'étend entre la croûte et la partie sous-jacente du chorion, et finalement, après la chute de la croûte, on voit une perte de substance arrondie, en grande partie cicatrisée, dont la teinte, au début brun rouge, ne disparaît ensuite que peu à peu. D'une manière générale, il s'agit ici de la nécrose d'une partie du derme.

Pour BAZIN — *Affect. cut. de nat. arthr.*, etc., p. 221-222, — l'acné pileaire arthritique avait pour siège les glandes sébacées annexes des follicules pileux, lesquelles, hypertrophiées et enflammées, constituaient la papulo-pustule.

LELOIR et VIDAL, *loc. cit.*, concluent de l'examen biopsique de deux pustules frontales déjà un peu anciennes que la lésion anatomique de l'acné rongearite paraît être « une périfolliculite pilo-sébacée nécrobiotique profonde, avec destruction complète du follicule pilo-sébacé et processus de vésico-pustulation accentué dans l'épiderme sus-jacent au follicule ».

BOECK déclare expressément que BAZIN a eu raison de décrire cette forme dermatologique sous le nom d'acné pileaire.

L'examen microscopique des croûtes nécrosées lui a donné les résultats suivants :

Hyperplasie de la totalité de l'épiderme, et notamment de la gaine externe de la racine des poils, qui pénétrait comme un cône épais dans le chorion. Les glandes sébacées n'étaient pas sensiblement augmentées de volume. La structure interne des papilles était, en général, peu visible, abstraction faite des vaisseaux capillaires, très dilatés, sinueux, abondamment remplis de sang. Il y avait, en outre, çà et là, des extravasats sanguins. Le réseau réticulaire du derme était, du moins pour les grosses croûtes, nécrosé dans toute son épaisseur.

En résumé, il s'agit ici pour Boeck d'un processus inflammatoire dépendant du follicule pileux — avec hyperplasie simultanée du contenu épithélial du follicule lui-même, — et apparaissant d'abord dans son voisinage, hyperplasie qui fréquemment s'étend rapidement tout autour et est accompagnée de dilatation, souvent même de rupture des vaisseaux sanguins ainsi que d'une imbibition œdémateuse très caractérisée des tissus. Il se forme là, tout autour des vaisseaux, des masses considérables d'exsudat qui paraissent condamnées à une mortification rapide ; toutefois, il est actuellement impossible de dire si cette mortification a lieu par stase et coagulation dans les vaisseaux très dilatés, ou sous l'influence d'un autre agent quelconque, par exemple d'une bactérie. Il se produit, dans ces conditions, une véritable nécrose de toute la partie de peau atteinte. On ignore pourquoi la nécrose prend la forme d'une momification et non celle d'une gangrène humide, comme, par exemple, dans la gangrène cachectique des enfants.

Dans un mémoire important, J. PICK — Zur Kenntniss d. Acne front. s. variolif. (HEBRA), Acne front. necrot. (BOECK), in *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1889, n° 4 — étudie cette espèce d'acné d'une façon très attentive, d'après deux cas dont il déclare l'identité douteuse.

Dans le premier, dit-il, il n'est pas douteux qu'il ne s'agisse d'une acné varioliforme ou frontale, dans le sens de Hebra. Toutefois, le processus a

dépassé les limites indiquées par cet auteur, puisqu'il a gagné les joues et leur portion velue, ainsi que le pavillon des oreilles, le cou et les membres supérieurs.

La formation des pustules est un phénomène secondaire survenu autour des parties escharifiées ; elle n'est due qu'à l'infection de cocci pyogènes, en quelques points.

D'après l'examen microscopique des nodosités, il s'agit d'une néoformation de l'épithélium, qui subit immédiatement une dégénérescence spéciale, se transforme en escharre, tandis que, quand cette néoformation s'est étendue en profondeur, il se développe dans son entourage, à partir du chorion, une infiltration de petites cellules et, par suite, une cicatrice. Pick n'a pas constaté de rapports entre les nodosités épithéliales de nouvelle formation et les follicules sébacés ou pileux.

Il est d'avis que l'on doit conserver provisoirement, pour ce processus, le nom d'acné varioliforme.

Dans le second cas, PICK reconnaît un processus identique à celui observé par BOECK, et auquel cet auteur a donné le nom très justifié d'acné nécrosique, en opposition avec le type d'acné de Hebra. Il accepte cette dénomination ; cependant, il n'est pas à même de dire si l'on doit identifier cette dernière variété avec l'acné varioliforme de Hebra. Des observations ultérieures montreront jusqu'à quel point ces deux formes morbides sont rapprochées ou représentent des processus de même nature.

D'autre part, nous comprenons encore dans les acnés du même ordre la forme décrite par UNNA. — *Atlas internat. des maladies rares de la peau*, — avec une héliographie, oct. 1889, 1<sup>re</sup> livr. — sous le nom d'*ulérythème acnéiforme* —  $\sigma\delta\lambda\eta$ , cicatrice.

Elle s'en distinguerait cependant d'après l'auteur : a) par le manque total de nécrose centrale ; b) par le manque total de toute suppuration et de toute ulcération ; c) par l'existence de comédons ; d) par la forme de l'atrophie cicatricielle, laquelle présente le relief, mais ne rappelle jamais les cicatrices de la variole.

L'affection est absolument locale, limitée au pourtour d'un certain nombre de follicules pileux, et « probablement de nature parasitaire ».

Après s'être présentée sous l'aspect d'un érythème inflammatoire permanent avec hyperkératinisation et comédons, elle aboutit à la rétraction élastique du derme raréfié et à l'atrophie cicatricielle.

Le lieu d'élection serait le centre des joues, les oreilles.

Sous la réserve de l'examen ultérieur des faits signalés par Pick et par Unna, nous continuons, ne serait-ce que pour en faciliter l'étude, à réunir tous ces faits sous la même étiquette générale, en raison de leurs rapports manifestes, et jusqu'à ce que la séparation nosologique en soit plus sûrement légitimée.

En fait, quoiqu'il en puisse être, et même en disant avec BOECK, que la cause et la véritable nature de ces acnés restent inconnues, notre observation, après celle de BAZIN, établit que, pour la plupart d'entre elles, sinon pour toutes, une *condition individuelle*, un *état dyscrasique* ou des *excitations alimentaires ou autres*, interviennent le plus évidemment pour produire les « poussées », ou *rechutes*, ou *récidives*, qui font partie essentielle de cette forme d'acné.