

C'est à ce titre que la diathèse congestive, qui est une des formes de l'arthritisme de BAZIN, apparaît dans la pathogénie très complexe de cette affection à *facteurs multiples*, et qu'une théorie unique ne peut expliquer.

C'est également dans cette forme que l'on observe le plus souvent les alternances entre les exacerbations et des déterminations gastriques, hépatiques, intestinales, etc., faits d'observations qui ne sont pas à contester, mais dont nous ne sommes pas en mesure de comprendre le mécanisme ni les rapports.

Quant à l'action d'un élément extrinsèque, parasitaire, spécifique ou banal, primitif ou secondaire, dans la genèse de ces lésions, elle est d'une vraisemblance qui ne saurait être contestée, et que l'action des agents locaux achève de corroborer. A tous les titres, il est bien remarquable que cette acné, dont le processus destructeur et cicatriciel est si intense et si rapide, si excessif dans les variétés *malignes*, qui laisse des cicatrices si profondes et si indélébiles, soit superficielle, indolente, ne s'accompagne que rarement de tuméfaction considérable du périfollicule dermique et d'induration tuberculoïde.

Il n'est pas moins extraordinaire de voir avec quelle facilité ce processus destructeur est le plus habituellement enrayé par les applications médicamenteuses les plus diverses et les plus légères, *pourvu qu'elles s'opposent à la germination locale des bacilles pyogènes*.

Dans la période irritative, les douches pulvérisées simples, les cataplasmes anodins, l'enveloppement de caoutchouc avec ou sans interposition de maillot humide, réalisent rapidement une des premières indications, qui consiste à combattre le procès irritatif et à faire tomber les croûtes. Aussitôt cela fait, les pulvérisations ou les lotions mercurielles faibles de 1/10000 à 1/1000, suivies d'applications de poudres anodines ou, au besoin, d'emplâtre mercuriel, arrivent rapidement à stérilisation des tissus atteints.

Dans les formes graves, rebelles, malignes, la *cautérisation ponctuelle galvanique*, la *rugination*, constituent des moyens certains d'enrayer le processus local et actuel.

Mais contre les rechutes et récidives, il faut prescrire le régime et l'hygiène propres à l'état général du sujet; une alimentation simple, la suppression du vin et de l'alcool, l'usage des alcalins trouvent ici les indications les plus précises. Les eaux minérales alcalines, Vichy ou Royat, les eaux thermales type Plombières, les eaux lixiviantes, Évian, Vittel, Contrexéville, etc., présentent une utilité préventive réelle.

Une hygiène locale, attentive, l'emploi régulier du savon et des lotions mercurielles faibles, contribuent à lutter contre le caractère serpigneux, récidivant, qui fait partie essentielle du procès de toutes ces affections.

II

Acné pileire cicatricielle dépilante.

Sous ce titre, nous réunissons plusieurs variétés cliniques qui correspondent au « *sycosis chronique, prolongé, permanent, etc.* » des

anciens auteurs à l'*acné décalvante* de LAILLER. — Voy. Melchior. ROBERT, *Thèse de Paris*, 1889; — à quelques-unes des formes décrites par QUINQUAUD sous le nom de folliculite des régions velues, — *Bulletin de la Soc. méd. des hôp.*, août 1888; — à la troisième variété des « *folliculites décalvantes* de BROcq. — *Bullet. de la Soc. méd. des hôp.*, oct. 1888; — à l'*ulérythème sycosiforme* de UNNA — Ueber Ulerythema sycos. *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1889, t. IX, n° 3; etc.

Ces diverses dénominations représentent des localisations *régionales* ou des variétés morphologiques d'une même affection, que nous signalerons au lieu le plus opportun. Ici, nous visons seulement la *forme commune* et la *localisation au visage et au col*, renvoyant l'étude des localisations sur le cuir chevelu aux notes des *Alopécies*; — aux notes du *Lupus*, ce qui a trait aux variétés de *lupus acnéiforme* ou *sycosiforme*, et de *sycosis* ou d'*acné pileire lupoïde*, etc.

L'acné pileire cicatricielle dépilante du visage affecte les rapports les plus étroits avec la variété précédente — acné pileire de Bazin — et avec la suivante — acné chéloïdienne. — Elle tient en grande partie son individualité de sa prédominance dans la région de la barbe chez l'homme, avec centre de prédilection le long des branches montantes du maxillaire inférieur, d'où elle peut s'étendre jusque dans la région temporale du cuir chevelu.

A la manière de toutes les acnés de ce groupe, elle débute superficiellement, et insidieusement, par des rougeurs bientôt suivies de petites pustules semées à la base des poils, et qui se couvrent de croûtes, constituant par leur réunion une surface d'apparence eczématiqu.

L'affection n'est jamais généralisée à de grandes surfaces, et surtout elle n'occupe pas toute la région pileire du visage, comme le fait communément l'eczéma pileire, ou même comme le fait quelquefois la trichophytie. Ce sont des îlots, symétriques ou non; ce peut être un îlot à peu près unique; l'évolution se fait excentriquement, serpigneusement et avec une grande lenteur. Quand la poussée aiguë cesse, les vésicules ou les pustules deviennent moins nombreuses, puis s'éteignent, et il ne reste que de la desquamation pityriasique; mais on s'aperçoit que les poils ne repoussent pas au niveau des foyers pustuleux et que la région devient cicatricielle. Après quelques années, si l'affection n'est pas restée solitaire, les surfaces pileires du visage ou du col sont parsemées d'îlots cicatriciels, quelquefois déprimés, bridés, chéloïdiens, résultant de la multiplication des poussées et de l'agrandissement excentrique progressif des surfaces malades.

Les lésions du poil sont atrophiques ou athrepsiques; on ne trouve aucune espèce de parasite. L'alopécie produite est irrémédiable. L'affection est rebelle à tous les traitements. — Voy. E. BESNIER, *Réunion clin. hebdomad. des médecins de l'hôpital Saint-Louis*, séances des 27 décembre 1888, 10 et 17 janvier 1889.

UNNA a fait remarquer que cette affection amène la destruction complète des follicules pileux et du corps papillaire, l'atrophie de l'épithélium superficiel, et finalement une cicatrice. Au premier abord, elle

ressemble à un sycosis ordinaire ; mais la situation superficielle, la position et le contenu transparent des vésicules, l'exacte délimitation de l'érythème interfolliculaire, le siège superficiel et la chronicité spéciale de l'inflammation cutanée, et surtout sa terminaison en une cicatrice superficielle, font de cette affection une maladie *sui generis*.

Il est inutile d'ajouter que, dans tous les cas où nous avons établi le diagnostic de cette affection, elle a été soigneusement, et avec certitude, différenciée par l'examen histologique, minutieux et réitéré, des folliculites *trichophytiques* et même *faviques*.

Le diagnostic avec le sycosis vulgaire se déduit surtout de la marche, de la durée, de l'absence de dermite aiguë, de périfolliculites en plaques, l'insidiosité, le caractère alopecique et cicatriciel, etc.

La différenciation a été poursuivie par UNNA avec le plus grand soin dans les termes suivants :

1° Dans le sycosis à cocci pyogènes — *S. coccogenes* — le follicule pileux est le siège de véritables pustules ; dans l'ulérythème sycosiforme, il se produit, dans les follicules pileux, ainsi que dans les parties où les poils ont disparu, de petites vésicules d'exfoliation tout à fait blanches et non purulentes à l'intérieur de la couche cornée ; — 2° Dans le sycosis à cocci pyogènes, les surfaces atteintes sont couvertes de croûtes purulentes, tandis que, dans l'ulérythème sycosiforme, elles sont comme saupoudrées d'une poussière provenant de croûtes coruées, blanches, rarement brunes ; — 3° Les racines des poils arrachés sont, dans le premier, œdématiées ou bien infiltrées de pus ; ce sont, en général, des racines creuses présentant une gaine infiltrée ; dans le second, les poils épilés sont presque tous dans la période du bulbe plein, sans infiltration de la gaine ; ils cèdent plus facilement à la traction que les précédents ; — 4° Dans l'ulérythème sycosiforme, il y a un bord saillant en forme de bourrelet qui fait une légère saillie au-dessus des follicules envahis les derniers ; à la limite du *S. coccogenes*, on voit surgir des follicules isolés, enflammés, placés dans la partie saine comme des sentinelles avancées ; — 5° L'ulérythème sycosiforme présente de l'érythème et de l'œdème, qui surviennent tout d'un coup sur de vastes surfaces, en même temps que des quantités innombrables de vésicules superficielles se produisent subitement à la suite d'irritations, même légères, qui sont sans aucune influence sur la marche du sycosis ; — 6° La cicatrisation, dans le sycosis, attaque spécialement le follicule ; dans l'ulérythème sycosiforme, les espaces interfolliculaires ; — 7° Dans le premier, la cicatrisation est toujours consécutive à la formation du pus ; dans le second, elle survient sans qu'il y ait eu suppuration ; — 8° Dans le *S. coccogenes*, elle conduit à des solutions de continuité considérables au lieu et place des follicules ; dans l'ulérythème sycosiforme, les follicules disparaissent par atrophie générale de l'épithélium de revêtement et de celui qui tapisse les follicules, par conséquent en laissant après elle une surface plane, sans dépressions particulières. Cette dernière forme de disparition radicale des poils avec leurs follicules ne se manifeste qu'après des récives répétées de l'inflammation, et d'abord au centre, tandis que, à la périphérie, il y a constamment quelques poils profondément implantés qui paraissent tout à fait intacts.

Pour l'ulérythème acnéiforme, les bases de distinction posées par UNNA sont les suivantes :

1° Dans l'ulérythème sycosiforme, il n'y a pas de comédons, ce qui est caractéristique pour l'ulérythème acnéiforme ; — 2° L'ulérythème acnéiforme s'accompagne d'une abondante prolifération épithéliale, qui est suivie d'une hyperkératose également considérable ; dans l'ulérythème sycosiforme, l'atrophie et l'amincissement de la couche cornée s'observent dès le début ; — 3° Les squames et les croûtes de l'ulérythème sycosiforme manquent dans l'ulérythème acnéiforme ; — 4° Dans l'ulérythème acnéiforme, une rougeur diffuse ne précède qu'en quelques régions (joues, oreilles) ; dans l'ulérythème sycosiforme, on voit persister une rougeur marginale, même lors de la cicatrisation centrale ; — 5° L'ulérythème sycosiforme n'envahit pas les points de la peau où il n'y a que des poils follets, et où l'on rencontre surtout l'ulérythème acnéiforme (joues, oreilles) ; — 6° L'ulérythème sycosiforme s'étend sur de plus grandes surfaces que l'ulérythème acnéiforme ; — 7° Ce n'est qu'au début, tant que l'érythème persiste, que l'ulérythème acnéiforme s'accompagne de sensations subjectives ; dans l'ulérythème sycosiforme, elles existent constamment à un faible degré ; — 8° A l'ulérythème sycosiforme s'ajoute souvent une folliculite purulente ; à l'ulérythème acnéiforme, jamais ; — 9° La cicatrisation laisse après elle, dans l'ulérythème acnéiforme, des dépressions caractéristiques et des lésions en relief ; dans l'ulérythème sycosiforme, la surface cicatrisée est unie et brillante.

Tout cela est un peu minutieux, et devra être simplifié ; mais nous avons tenu à accumuler les éléments de différenciation, puisqu'il s'agit d'affections en voie de classement. Il resterait encore à éliminer la *xérodermie pilaire cicatricielle et dépilante* ; la question reviendra un peu plus loin aux notes de l'ichthyose.

Les causes et la nature de cette forme restent encore obscures ; sa marche de la superficie vers la profondeur, son insidiosité, sa lenteur, ses repullulations, sa résistance aux moyens de traitement, portent à penser à une origine extrinsèque, microbienne ; mais aucune donnée précise n'existe encore. Ses relations avec un état pathologique général n'apparaissent pas davantage, et aucun traitement interne n'est indiqué.

À l'extérieur, antiphlogistiques locaux, pulvérisations sulfureuses ou hydrargyriques, épilation méthodique et réitérée, rasure, application d'emplâtres salicylés, résorcinés, hydrargyriques, saturnins. Les scarifications linéaires sont restées sans résultats ; elles n'ont d'autre indication que pour servir à réparer les cicatrices déjà réalisées, si elles sont irrégulières, ou à diminuer l'infiltration dermique dans le cas où elle est prononcée ; la destruction électro-caustique des follicules pilaires est restée inefficace entre nos mains.

III

Acné chéloïdienne.

Cette forme a été décrite pour la première fois par Bazin sous le nom d'acné chéloïdique. — *Dict. encycl. des Sc. méd.*, Art. CHÉLOÏDE, 1874 — par LAILLER — *Musée de l'Hôp. Saint-Louis*, sous le nom d'acné chéloïdienne ; par nous-mêmes, sous les noms de *sycosis chéloïdien* ou de *chéloïde*

acnéique de la nuque. Voy. première édition de cette traduction, t. II, note I, page 36, 1881 et 1882, acné kéloïdique, par VÉRITÉ. Acad. de méd., 1882, etc., etc.

Son siège essentiel, non exclusif, est la région de la nuque, puis la région velue du visage et du cou chez l'homme.

De même que les formes précédentes, elle débute par des papulo-pustules péripilaires, tout à fait insidieusement, les éléments étant petits, superficiels. Dans l'évolution, on voit la papulo-pustule centrée par un poil, par un faisceau de poils, se sous-tendre rapidement d'une petite induration qui s'enfonce dans le derme, qui persiste et continue à progresser, bien que la régression de la lésion première ait cessé, qu'elle soit cicatrisée. Les altérations nodulaires voisines coalescent par la base, et forment des nodus chéloïdiens qui s'élèvent peu à peu au-dessus du niveau et constituent, après des mois et des années, des masses chéloïdiennes considérables, élevées de un ou de plusieurs centimètres, pourvues de digitations radiculaires, parfaitement lisses et cicatricielles à la surface, présentant sur les bords des bouquets de poils internés dans la cicatrice, et des lésions papulo-pustuleuses à tous les degrés de l'évolution. La lésion est à peu près indolente, à l'exception de *douleurs névralgiques* signalées par VIDAL, et rapportées par lui à la compression des filets nerveux par le tissu inodulaire.

Les rapports cliniques de cette affection avec l'acné sont indéniables; les sujets atteints en présentent communément divers types sur d'autres régions; et les malades atteints de la forme précédente ont très souvent, à un degré léger, l'acné chéloïdienne de la nuque: Brocq en a fait la remarque sur des sujets soumis à notre observation commune.

Voici une observation récente présentée par nous à la réunion des médecins de Saint-Louis, le 12 décembre 1888, et qui montre presque tous les types d'acné réunis à l'acné chéloïdienne :

Homme vigoureux, vingt-six ans, bien portant, présentant, depuis environ deux ans, une éruption de « petits boutons » localisés à la nuque, très précisément à la limite inférieure de la partie postérieure du cuir chevelu, en même temps que, sur quelques autres points du corps, particulièrement la région velue du sternum, les régions velues de la partie supérieure du bras, toute la région dorsale, qui est franchement acnéique, présentent à la fois, en grand nombre, des éléments acnéiques en activité et des cicatrices caractéristiques. Il en existe également quelques-unes dans diverses régions pilaires du visage, qui paraissent être de date récente.

C'est seulement il y a un an environ, c'est-à-dire un an après le début, que les lésions ont commencé à s'agglomérer, à faire masse, et, depuis ce temps, malgré l'intervention d'un traitement fait en ville, les lésions n'ont pas cessé de s'accroître en étendue et en surface. Elles sont aujourd'hui constituées par des saillies atteignant 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 au-dessus du niveau, de forme irrégulière, allongées transversalement et occupant la presque totalité de la nuque. Leur surface est irrégulière, bosselée, présentant une coloration rouge légère, des squames; des croûtes, des petites saillies papuliformes centrées par un poil, une croûte ou une petite cavité; des points cicatriciels lisses, glabres, ou bien traversés par des poils isolés ou par des bouquets de poils disposés en manière de

brosse. A la base, qui se relie aux tumeurs et à la peau par des prolongements ou digitations irrégulières, on trouve des surfaces complètement cicatricielles, de la peau saine, et surtout une série d'éléments accessoires périphériques, constitués par les petites saillies acnéiques déjà décrites, tout à fait identiques sur les points où elles se montrent isolées et sur les éléments arrivés à leur degré le plus élevé. En outre, quelques éléments de même nature, tout à fait isolés, se développent depuis peu le long des branches montantes du maxillaire inférieur, dans l'espace intersourcilier et jusque sur la lèvre supérieure.

En résumé, malade acnéique présentant, en même temps que de l'acné vulgaire du dos et du sternum, de l'acné pileaire de la face et de la nuque, laquelle, dans cette dernière région, est devenue cohérente, confluyente et a formé, par suite de l'évolution chéloïdienne, des cicatrices consécutives, les masses que l'on observe aujourd'hui à la région de la nuque.

Le musée de l'hôpital Saint-Louis contient une série complète de magnifiques reproductions de l'acné chéloïdienne, déposées par nos collègues ou par nous, qui permettent de suivre la lésion à tous ses degrés; les pièces sont inscrites sous les titres d'*acné chéloïdienne*, de *sycoïsis chéloïdien* ou de *chéloïde acnéique*.

LELOIR et VIDAL considèrent, d'après leurs examens histologiques, ainsi que nous l'avions supposé d'après les caractères objectifs, que l'acné chéloïdienne, dont les éléments sont de la nature de ceux des chéloïdes jeunes et vasculaires, est une périfolliculite sébacéopilaire à tendance chéloïdienne :

« Le tissu qui environne les follicules, au lieu d'aboutir à la suppuration, comme dans les folliculites suppurées ordinaires, tend à la formation d'un tissu scléreux. C'est une folliculite pilo-sébacée chronique à tendance scléreuse. »

La nature acnéique de la lésion et non pileaire, et ses rapports avec la *chéloïde en général*, dont l'origine serait toujours acnéique — Voy. J. DENÉRIAZ (de Sion), *Thèse de Berne*, Genève, 1887, in-8, anal. p. THIBERGE, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1888 — ont été également bien mis en lumière par W. DUBREUILH dans un remarquable travail — Voy. Anatomie de l'acné chéloïdienne, in *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1889, p. 107 et suiv.

La lésion première, la papulo-pustule initiale, ne dépasse pas les parties superficielles du derme et « les coupes en série montrent qu'elle fait partie d'un anneau inflammatoire qui entame le collet du follicule; mais ce fait est plus net sur les coupes parallèles à la surface... » et la lésion progresse de haut en bas.

« En résumé, écrit DUBREUILH, les lésions débutent dans les glandes sébacées, dont les cellules revêtent l'aspect de cellules géantes par un procédé qu'il serait intéressant de rechercher; puis, autour et dans l'intérieur de cette glande, se développent des lésions inflammatoires qui aboutissent à la formation d'un abcès au voisinage du follicule. Il s'agit donc, primitivement, d'une acné et non d'une folliculite, puisque les premières altérations apparaissent dans la glande sébacée, qui est totalement détruite avant que le follicule soit atteint. Cette périfolliculite détermine secondairement la suppuration du follicule, d'une part, et, d'autre part, la formation d'une chéloïde..... Le vieux nom d'*acné chéloïdienne* est donc

absolument justifié, puisqu'il s'agit d'une chéloïde véritable développée à la suite d'une acné. En quoi donc diffère-t-elle de la chéloïde spontanée du tronc, qui a la même origine, comme l'a montré DENÉRIAZ? La différence est la même qui existe entre une cicatrice vicieuse et une chéloïde cicatricielle. Dans la chéloïde vraie, l'acné est le point de départ d'une tumeur envahissante et à marche indépendante, tandis que, dans l'acné chéloïdienne de la nuque, la chéloïde n'est pas envahissante; elle suit l'acné qui la précède, toujours pas à pas; c'est une chéloïde restée en tutelle. »

GIORGIO MARCASSI. — *Giorn. ital. d. mal. ven. e d. pelle.*, Fasc. V sett., oct. 1887 — dans un très intéressant mémoire, attribue la genèse des altérations de l'acné chéloïdienne à la présence de microcoques; mais la démonstration qu'il en a donnée n'a pas été considérée comme valable. LELOIR et VIDAL ont bien trouvé des microcoques dans les vaisseaux et dans les amas de cellules embryonnaires, mais non constamment, et DUBREUILH, qui a recherché les bactéries par les procédés de coloration les plus divers, a trouvé seulement des microcoques « et encore en petit nombre, dans la paroi des abcès folliculaires ». Il lui a été impossible de trouver des microbes dans les cellules géantes. Pour cette question, il faut attendre les travaux en cours d'exécution, particulièrement les résultats de ceux qui se poursuivent à l'hôpital Saint-Louis, dans le laboratoire de notre savant collègue et ami QUINQUAUD.

Les causes de l'acné chéloïdienne, en dehors des banales, sont inconnues. On peut supposer une action microbienne spéciale que la marche de dehors en dedans, la faculté récidivante, etc., peuvent rendre plausible; mais tout ce que l'on peut dire aujourd'hui, c'est que la *faculté chéloïdienne*, pour les acnéiques comme pour les autres sujets, est tout individuelle.

Le traitement de l'acné chéloïdienne est des plus laborieux. Toutes les fois où le processus chéloïdien a débuté, son évolution ultérieure est, à peu près, fatale. Les moyens qui réussissent si bien dans l'acné pileux de Bazin restent ici sans action; ils constituent seulement une base de traitement prophylactique, applicable à la première période de l'affection. Il en résulte que toute acné subaiguë de la nuque doit être envisagée avec défiance, et que l'on doit, non seulement la traiter avec activité, éviter toutes les causes d'irritation de la région, frottement des vêtements, etc., mais encore avertir le patient de la possibilité du développement de lésions chéloïdiennes, lesquelles sont, volontiers, par eux rapportées aux moyens de traitement qui ont été appliqués.

Une fois la lésion développée, nous conseillons encore les mêmes agents locaux et la même précaution contre les irritations du dehors, puis les applications d'emplâtres résorcines de 10 à 20 p. 100, selon la tolérance individuelle, en même temps que l'emploi des douches pulvérisées hydrargyriques ou sulfureuses, et, pour les gros conglomérats, la compression permanente, soit à l'aide du caoutchouc, soit à l'aide d'un compresseur à vis monté sur épaulettes. Les scarifications appliquées par VIDAL sont certainement un moyen de secours, de soulagement, d'atténuation; mais, malgré la persévérance avec laquelle beaucoup de malades nous ont laissé réitérer indéfiniment des scarifications, nous ne pourrions pas produire beaucoup de cas de guérison par ce moyen em-

ployé seul. Nous n'avons pas été plus heureux à l'aide des scarifications ignées. Les seuls résultats chirurgicaux vraiment satisfaisants que nous ayons vus, ou obtenus nous-mêmes, ont été dus à la destruction par les flèches de Canquoin, que nous avons abandonnées à cause de la douleur violente causée par ce moyen, et à la rugination en masse avec de grandes curettes et après congélation préalable avec l'éther ou le chlorure de méthyle, procédé qui, croyons-nous, nous appartient. Mais ce sont des interventions laborieuses, qui réclament, de la part des médecins, une certaine habitude chirurgicale, et que nous n'employons nous-mêmes, sauf les cas où les lésions sont plus volumineuses, qu'après avoir épuisé la série des moyens topiques et mécaniques simples.

IV

Acné cornée.

(*Angiofolliculite kératosique simple.*)

HARDY — *Leçons s. les mal. de la peau*, etc. 2^e édit. Paris, 1863, p. 408 — décrit, parmi les « *maladies accidentelles* », une affection qu'il appelle *a. sébacée cornée*, et qui, à son rapport, aurait été décrite quelques années auparavant par CAZENAVE.

« L'acné sébacée cornée, dit HARDY, se présente sous forme de saillies jaunâtres, grises ou noires, acuminées, et donnant au toucher la sensation d'une râpe ou d'une brosse; en pressant à la base de ces petites tumeurs, on les fait saillir davantage; parfois même on les expulse, et l'orifice béant du follicule sébacé montre assez quel a été leur mode de production et à quel endroit elles étaient implantées. On rencontre indifféremment cette altération sur toutes les régions du corps, sur le front, sur le nez, sur le tronc ou sur les membres, et ces petites tumeurs, tantôt réunies en groupes, ou tantôt disséminées, n'occasionnent jamais ni cuisson, ni démangeaisons, et constituent plutôt une infirmité qu'une véritable maladie. Leur marche est, en outre, excessivement chronique, et la sécrétion cornée peut durer des mois, des années, si un traitement convenable ne vient pas la modifier. »

LELOIR et VIDAL — *Traité descr. des mal. de la peau*, 1^{er} fasc. Paris, juillet 1889, p. 7 — décrivent l'acné cornée, entre l'A. comédon et l'A. milium ou grutum, parmi les acnés « non inflammatoires », bien que, d'après leur propre description, les proliférations irritatives soient manifestes, mais cela importe peu.

« L'acné cornée, disent LELOIR et VIDAL, dont nous avons donné les premiers — Soc. de Biol., avr. 1882 — la description anatomopathologique, a son siège dans le goulot du follicule pilo-sébacé ou dans le follicule pileux — Pl. 1, p. 4 — dont l'épiderme corné est considérablement épaissi, conservant dans ses parties profondes des cellules encore vivaces non cornifiées, disposition un peu moins accentuée que dans le psoriasis, tendant souvent à s'élever vers sa partie moyenne. Les poils, enserrés s'atrophient et font partie du bouchon corné, lequel est, en quelque sorte, au follicule pileux normal, ce que le comédon est au follicule sébacé normal. »

Si l'on ajoute que ce comédon est dépourvu de tout parasite connu, on aura réuni les données les moins vagues que l'on possède actuellement sur ce sujet, qui est entièrement à remettre à l'étude.

Le plus habituellement très limitée, inaperçue ou méconnue, l'acné cornée est essentiellement torpide, et sa seule issue est l'atrophie du follicule.

Le plus ordinairement, l'affection s'observe par ilots, disséminés en quelques lieux d'élection : le front, la nuque, le dos, les régions fessières, etc., sans exclusion d'aucune région, selon le type de la description de HARDY.

Il serait prématuré de décrire les formes frustes ou ébauchées, et les formes généralisées dont le cas de PRINCE A. MORROW, publié en 1886 dans le *Journ. of cut. and vener. dis.*, vol. IV, n° 9, p. 258, avec figures et dessins histologiques, est peut-être un exemple. La notion des folliculites psorospermiques (DARIER) est si récente que des faits nouveaux sont nécessaires pour faire une comparaison valable.

Plusieurs des observations rapportées à ce type nous ont paru douteuses, et nous jugeons préférable d'ajourner une description plus ferme à des observations nouvelles présentant les garanties nécessaires de contrôle histologique et bactériologique.

Sous cette dernière condition, le *diagnostic* pourra être, dans la suite, facilement établi, et on ne sera plus exposé à confondre l'angio-folliculite cornée avec l'ichthyose, la xérodémie pilaire érythémateuse ou non, le pityriasis rubra pilaire, le lupus acnéique.

Le traitement entièrement local — pommades ou emplâtres *hydrargyriques* — a précédé de longtemps la notion d'une cause parasitaire. HARDY a réussi à amener la guérison avec une pommade biiodurée à dose moyenne — 25 centigrammes de biiodure de mercure pour 30 grammes d'axonge.

V

Psorospermo folliculaire végétante de Darier.

(Angiofolliculite cornée psorospermique, irritative, séborrhéique, proliférante, végétante.)

Nous décrivons sous cette dénomination une affection de la peau qui cessera d'être rare, quand on saura la reconnaître. Elle est confondue surtout avec les « séborrhées généralisées », les kératoses folliculaires simples, etc.

Sa marche est progressive, lente, absolument chronique. Elle a pour *siège anatomique* l'infundibulum, le canal folliculaire et la zone épidermique ambiante comprenant, accessoirement, quelques orifices sudoraux, ou même des lacunes non différenciées. Son *élément pathogène* est une conidie ; sa *lésion anatomique*, une hyperkératose d'abord torpide, puis lentement irritative, proliférative, végétante, donnant lieu à des productions qui, à la longue et dans certaines régions, prennent un développement assez considérable pour former des saillies tuberculeuses, ou des tumeurs cohérentes, ombiliquées, séborrhéiques, suintantes, sordides et fétides.

La première observation publiée qui se rapporte à cette affection a été recueillie en 1859 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de BAZIN, par LUTZ, qui en a fait l'objet de sa *Thèse inaugurale* sous le titre d'*Hypertrophie générale du système sébacé*. Paris, 1860.

La seconde a été enregistrée par plusieurs de nos collègues de l'hôpital Saint-Louis et par nous-même, — par OLLIVIER en 1883 — Pièce du Musée n° 879 — par LAILLER en 1886 — Pièce du Musée 1181 ; Observation déposée par HUET, interne du service ; — en 1888 par nous-même. La relation recueillie par notre interne A. THIBAUT a été publiée par lui dans sa thèse inaugurale — *Obs. clin. p. servir à l'hist. de la psorospermo folliculaire végétante*, Paris, 1889 — et nous avons montré le malade à un grand nombre de nos confrères étrangers pendant le Congrès de 1889.

Un troisième cas a été observé par nous-même d'abord et ensuite par plusieurs de nos collègues — HALLOPEAU, *Réun. hebdomadaire des méd. de l'hôpital Saint-Louis*, Nov. 1888 ; Fournier — *Obs. I de la Thèse de THIBAUT, loc. cit.*, communiquée par DARIER et Pièce du Musée n° 1343.

Enfin, un dernier fait conforme a été publié par J.-C. WHITE dans le *Journal of cut. and gen. ur. diseases*, Juin 1889 — A case of Keratosis (ichthyosis) follicularis. Il ne lui manque que la constatation des cocci-dies, l'auteur n'ayant pas encore eu connaissance de la découverte de DARIER au moment où il a rédigé son travail.

A ces faits, on pourrait en ajouter quelques autres — voy. THIBAUT, *loc. cit.*, p. 25, 26 — vraisemblablement de même ordre ; mais il importe à la précision des descriptions ultérieures de les baser seulement sur des faits qui, à défaut de preuve bactériologique, présentent au moins des détails cliniques suffisants pour ne laisser aucun doute.

Sur les malades que nous avons observés, il a été facile de reconnaître les premières manifestations éruptives, et de relever leur évolution, car les lésions progressant incessamment, soit d'un pas égal, soit par exacerbations ou poussées, on trouve sur le même sujet des efflorescences à tous les âges.

La malade de FOURNIER — HALLOPEAU — DARIER, que nous avons vue en premier, et à une époque où nous ignorions la nature de cette maladie, en était aux premières phases. Elle présentait l'aspect de ce que l'on aurait appelé autrefois « ichthyose noire » et de ce que nous appelions alors séborrhée concrète avec folliculite. Toutefois, nous avons été frappé de la résistance *insolite* de l'exsudat sébacé à l'avulsion et aux applications grasses ou savonneuses, en même temps que de l'hyperpigmentation des régions envahies. Cependant, un examen plus attentif aurait permis de constater un phénomène qui n'est pas propre à la séborrhée commune, c'est-à-dire le soulèvement du *pérfollicule épidermique* — nous appelons ainsi la zone épithéliale qui couronne l'infundibulum et le canal pilaire ou sébacé — lequel, avec son revêtement sébacéo-épithélial, constitue l'efflorescence proprement dite.

A ce degré, *premier stade de l'affection constituée*, et maintenant patente pour un observateur prévenu, l'efflorescence est un soulèvement