

papuliforme plan, arrondi, ou conique, léger, quelquefois de la couleur normale de la peau dans les points où le système pileux prédomine sur le sébacé, mais, dans les autres, blanc sale, grisâtre, jaunâtre, quelquefois noir ou noirâtre, selon la couleur de la peau et le degré de la séborrhée, sans orifice folliculaire appréciable ni trace d'ombilic, et traversé ou non, ou côtoyé par un poil. La main passée à la surface de ces éléments perçoit une sensation de rugosité, de râpe, plus ou moins accentuée.

Si l'on cherche à ruginer l'efflorescence, on éprouve une résistance vive; il faut faire effraction de la couche cornée pour enlever une petite masse en forme de clou à tête plan convexe, dont la partie inférieure représente une véritable petite corne, enchâssée dans une dépression infundibuliforme par une extrémité conique ou cylindrique, d'un blanc sale, de consistance demi-molle et un peu grasse au doigt. La dépression de la peau qui reçoit cette extrémité est un infundibulum à bords un peu saillants, papuleux; il correspond manifestement à l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé. Si plusieurs éléments sont enlevés à la fois, la peau apparaît inégale, rugueuse, criblée de petits orifices en entonnoir; l'épiderme est conservé, et il n'y a pas de suintement sanguin.

De nombreuses variations d'aspect se produisent, particulièrement en rapport avec les localisations anatomotopographiques, selon que la région est riche en follicules pilo-sébacés, sébacés, sudoraux.

Sur le cuir chevelu, l'aspect est longtemps celui de la séborrhée sèche desquamative, avec cette particularité que les cheveux ne tombent pas et conservent leur adhérence. C'est seulement quand la couche pathologique a été ruginée que le cuir chevelu paraît tomenteux, et à la loupe surtout, montrant l'envahissement du périfollicule qui produit l'état lobulé. Ces caractères, avec des variations de degrés, appartiennent à tous les points du corps dans lesquels le système pileux prédomine, en y comprenant les membres et les extrémités, sur le côté de l'extension.

Sur le front, les régions temporales et la cavité de la conque, dans les sillons nasogéniens, et dans la dépression labio-mentonnaire, aux mamelons, dans les sillons médians, antérieur et postérieur du thorax, en ceinture autour de l'ombilic, dans les fosses iliaques et dans le sillon interfessier, les efflorescences épidermo-séborrhéiques, par leur réunion, forment des placards croûteux, d'aspect noirâtre, sordide ou huileux.

Dans ce dernier cas, la croûte proprement dite s'élimine spontanément, et l'orifice du follicule sébacé apparaît béant, contenant ou non, ou produisant par la pression, un comédon central; quand la croûte persiste et qu'elle est arrachée, on trouve les caractères déjà décrits ci-dessus. En même temps, comme symptôme accessoire, on peut reconnaître, aux lieux d'élection, de l'acné ponctuée commune, des follicules à orifice dilaté et encombrés de comédons simples qui, au

rapport de DARIER, demeurent tout à fait indépendants de l'évolution psorospermiqne qui les entoure.

Sur le dos des mains, l'éruption montre, ainsi que sur le dos des doigts, l'aspect papuliforme simple, de petites masses blanc pâle, peu saillantes, très confluentes, très adhérentes, et qui, sauf la couleur, rappellent un peu le chagrinement de la peau qui précède la pustulation dans la variole confluente.

D'une façon un peu inattendue, on trouve à la paume des mains et à la plante des pieds des lésions qui échappent à un examen superficiel. L'extrémité des doigts, les lignes papillaires, sont couvertes de petites perforations ponctuées, peu profondes, sans altération de la couleur normale — ou de points jaunâtres (cas de DARIER), très fins, saillants ou déprimés, nodules cornés microscopiques « fondus dans le revêtement épidermique corné de la région; ils ne desquament pas et ne sauraient être extirpés ».

Chez notre malade, les lésions existent à la paume des mains et à la plante des pieds, aux points de pression du trépied plantaire, où il existe en même temps une hyperkératose manifeste. Aux mains et aux pieds, les ongles sont altérés, épaissis, friables et irréguliers sur les bords, tendant, aux pieds, à se recourber en griffes. Aux mains, les cannelures verticales sont très accentuées.

Dans le second stade, *stade de végétation*, les éléments cutanés consistent en saillies folliculaires à pertuis central, dont le revêtement corné est, en partie, éliminé, autour de l'infundibulum d'abord, lequel apparaît entouré d'un anneau rouge à teintes variées, mollasse, bourgeonnant, suintant, fétide, et occupé par un comédon imparfait ou simplement par de l'exsudat puriforme. Aux régions de confluence, ces éléments se juxtaposent inégaux, les uns comprimant, les autres comprimés, en même temps que la région entière est épaissie et soulevée. Le tout exhale une odeur fétide indéfinissable et absolument intolérable.

Chez notre malade, ces éléments acquièrent leur maximum de développement dans la région qui s'étend depuis le pli sous-abdomino-pubien jusqu'à la région la plus reculée de l'espace interfessier, où elles constituent une agglomération extraordinaire — dont aucune description ne peut donner une idée — de tumeurs végétantes, sanieuses, sordides, très douloureuses à tous les contacts extérieurs. Des îlots semblables s'observent dans tous les points où il y a des surfaces de contact, de grands sillons ou des plis: régions nasogéniennes, bords palpébraux, sillons antérieur et postérieur verticaux du thorax; l'ombilic; la fossette du sacrum, etc.

Un autre mode de végétation plus diffus, et sec, se constate dans les régions où les mêmes conditions ne se trouvent plus. Au cuir chevelu, notamment, la peau apparaît mamelonnée irrégulièrement, présentant, sur les sommets, des bouquets de poils réunis, dans un infundibulum commun, sains, et n'ayant pas perdu leur adhérence normale. Sur la lisière du cuir chevelu et des sourcils, aux oreilles, même état tomen-

tial avec dilatation des orifices sébacés ou sébacéo-pilaires, oblitérés par un comédon noir à sa surface exposée, ou laissant voir un comédon mollasse qui s'accroît par la pression.

Sans que l'on puisse encore en préciser la signification ou la valeur, chez l'un de nos malades et chez le malade de WHITE, il existait des lésions buccales et linguales de l'ordre des stomatites épithéliales — plaques blanches. Ce point est à réserver pour les observations ultérieures, mais doit être signalé.

## II

Il y a peu, l'origine et la genèse d'une semblable affection étaient profondément obscures, et l'on en eût été réduit à reproduire, pour chercher à la comprendre, la complainte inévitable de l'action des dyscrasies ou des lésions centrales.

Mais une lumière inattendue est sortie des recherches de J. DARIER, le savant chef du laboratoire histologique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis, à qui la science dermatologique est déjà redevable de tant de contributions importantes. Non seulement il a analysé, avec son talent habituel, les lésions élémentaires, mais encore il en a trouvé et en a démontré la source épidermozoaire. — Voy. DARIER, De la psorospermoze, *Comptes r. hebdomadaires de la Soc. de Biologie*, févr., mars et avr. 1889; et *De la psorospermoze folliculaire végétante*, étude anatomopathologique d'une affection cutanée non décrite ou comprise dans le groupe des acnés sébacées, cornées, hypertrophiantes, des kératoses (ichthyoses) folliculaires, etc., in *Annales de Dermat.*, 2<sup>e</sup> série, t. X, 1889, 25 juillet, p. 597 et suiv.

Voici, textuellement, l'exposé des lésions histologiques, donné par DARIER; — les examens ont été faits biopsiquement sur les malades des observations I et II de la *Thèse citée* de THIBAUT :

L'examen histologique de fragments excisés en diverses régions du corps m'a d'abord révélé l'identité absolue des lésions chez nos deux malades, à tel point qu'on ne saurait distinguer les préparations qui proviennent de l'un ou de l'autre d'entre eux. J'ai eu entre les mains, pour les avoir choisis à dessein, les différents degrés d'évolution de la maladie, et j'ai pu m'assurer ainsi que les tumeurs correspondent bien à un stade de développement plus avancé de la lésion représentée, à l'origine, par une simple croûte surmontant une papule.

Pour acquérir une idée d'ensemble des altérations cutanées, il convient d'examiner d'abord, à l'aide d'un faible grossissement, une coupe d'un des éléments de dimension moyenne. On constate ainsi — fig. 1, mémoire citée — que c'est au col des follicules pilo-sébacés que siègent principalement les lésions, mais non exclusivement, comme je le dirai dans la suite. On sait qu'au-dessus du niveau de l'embouchure de la glande sébacée, la structure des parois folliculaires est tout autre qu'au-dessous; dans cette portion, appelée aussi entonnoir du follicule ou canal pileux (Besnier), on ne distingue ni gaine épithéliale interne ni gaine externe, mais un revêtement épidermique en tout semblable à celui de la surface de la peau, c'est-à-dire composé d'une couche malpighienne, d'un stratum granulosum et d'une couche cornée qui est en contact avec le poil. En d'autres termes, on peut dire que le col du follicule n'est qu'une invagination de l'épiderme. Il était

nécessaire de rappeler cette notion, puisque, ainsi que je l'ai dit, c'est presque toujours en ce point que les altérations sont localisées.

Le col du follicule est dilaté, élargi en cône largement ouvert ou évasé en cupule et rempli d'un amas cohérent d'une substance d'apparence cornée qui s'élève du fond de l'excavation et vient faire saillie à l'orifice externe; le poil est conservé et traverse ce bouchon, ou bien passe à côté. Cette substance d'apparence cornée correspond à la croûte adhérente, à la petite corne dure et brunâtre qui a été signalée dans la description clinique.

On remarque, en outre, que secondairement il s'est produit un bourgeonnement papillomateux des parties latérales et profondes de la cupule folliculaire. A l'état normal, il n'y a jamais de papilles le long du canal pileux; ici l'on trouve, plus ou moins marqués, selon, sans doute, que la lésion est plus ou moins ancienne, des sinuosités de la ligne d'implantation de l'épithélium, ou des papilles parfois très allongées. Sous l'influence d'une irritation chronique, l'épiderme a bourgeonné dans le tissu conjonctif, tandis que celui-ci envoyait en sens inverse des expansions ou végétations coniques ou digitiformes. Il en résulte un enchevêtrement des deux tissus d'autant plus intime que la membrane basale, qui les sépare au début, semble avoir disparu par places. Il est manifeste que la saillie que faisaient un grand nombre des follicules malades à la surface de la peau ne reconnaît pas d'autre cause que ce bourgeonnement papillomateux qui s'étend autour d'eux. Je reviendrai plus bas sur le degré très prononcé que peut atteindre ce processus quand la papule devient tumeur.

A ces altérations de la portion supérieure des follicules, il est curieux de comparer l'intégrité absolue de leur partie profonde et des glandes sébacées. Sur mes coupes, montées en série, j'ai vu toujours que les racines du poil, ses gaines épithéliales internes et externes, ainsi que la glande sébacée, avaient conservé leur structure normale. On ne peut même apercevoir de dilatation des culs-de-sac glandulaires indiquant de la rétention, ni la moindre trace d'exsudation cellulaire périfolliculaire marquant un certain degré d'irritation sous l'influence du bouchon qui obture l'orifice.

L'intégrité de la glande sébacée explique sans doute la forte portion de graisse qui imbibé le contenu des follicules pilo-sébacés, ainsi que l'a constaté M. Hallopeau.

Telles paraissent être les lésions à un examen superficiel, telle est au moins leur topographie microscopique, et je n'avais pas poussé plus loin leur étude au moment de la présentation de l'un de nos sujets à la réunion clinique des médecins de l'hôpital Saint-Louis. (*Ann. de Dermat.*, 1889, p. 22.)

On aurait pu se demander quel était l'élément primitif de la formation du bouchon corné, ou des végétations papillomateuses; mais le bouchon corné existant même dans certains follicules où l'on n'apercevait encore aucun bourgeonnement, il était évident que ce dernier processus était secondaire. Les kératoses folliculaires, telles que l'ichthyose folliculaire, le lichen pileux, le pityriasis pileux, dans lesquels le canal pileux est obstrué par des cellules cornées, ne s'accompagnent d'aucune réaction analogue. Il fallait donc chercher ici quelque chose de spécial, et c'est ce qu'une analyse histologique m'a permis de découvrir.

J'ai étudié d'abord la substance d'apparence cornée qui forme le bouchon folliculaire. Sur des coupes minces, non colorées, cette substance semble avoir une texture plus dense et plus homogène que la couche cornée voisine et présente une légère teinte jaunâtre. Par le picrocarminate, elle prend une nuance orangée; par l'acide osmique, elle devient noire, mais d'un noir fauve; les colorants nucléaires, tels que l'hématoxyline ou le carmin aluné,

y décèlent des noyaux très abondants; enfin, sur des coupes après l'action prolongée des bichromates, les cellules qui la composent ne se gonflent pas et leur ensemble n'a pas l'aspect réticulé. Ce sont là des réactions qui ne permettent pas de confondre cette matière avec la substance cornée ordinaire.

A la partie profonde du bouchon, là où il prend son origine sur l'épithélium de l'entonnoir folliculaire dilaté, au niveau des papilles que j'ai dit exister le plus souvent en ce point, on ne trouve pas un *stratum granulosum* et un corps muqueux de Malpighi réguliers. Les cellules, loin d'être unies, comme d'ordinaire, par des filaments d'union, y sont comme désagrégées. Un grand nombre d'entre elles ont l'aspect de corps tout à fait ronds, entourés d'une membrane réfringente à double contour très évident, ce qui leur donne un peu l'apparence qu'ont les cellules de cartilage renfermées dans leur capsule. Cette membrane contient un protoplasma granuleux, qui souvent la remplit incomplètement et au milieu duquel on aperçoit généralement un noyau bien limité et muni de nucléoles. Ces caractères et l'absence de filaments d'union permettent de distinguer facilement ces corps ronds au milieu des cellules épidermiques. On en trouve indifféremment à toute hauteur de la couche de Malpighi, et cela même au niveau de la première rangée de cellules cylindriques. A la hauteur de la couche cornée, ces corps ronds subissent une sorte de condensation, deviennent moins facilement colorables et se transforment en grains réfringents dont l'accumulation constitue le bouchon de matière pseudo-cornée. Fréquemment on trouve, au sein du bouchon, un ou plusieurs globes épidermiques.

J'ai laissé pressentir, ci-dessus, que les lésions n'étaient pas strictement bornées aux orifices folliculaires. Et, en effet, j'ai trouvé parfois, au voisinage d'un follicule atteint, une petite masse de substance pseudo-cornée correspondant à l'orifice d'une glande sudoripare, ou simplement au-dessus d'un bourgeon interpapillaire un peu large. Toujours j'ai pu retrouver, dans le corps muqueux, au-dessous de cette masse, les mêmes corps ronds avec les caractères que j'ai indiqués.

Les préparations obtenues par dissociation donnent des résultats non moins caractéristiques. Il suffit d'extirper un bouchon folliculaire et de le dissocier dans la potasse, ou mieux de le ramollir par un séjour dans de l'ammoniaque diluée et de colorer ensuite par une solution d'iode ioduré ou d'hématoxyline, pour avoir sous les yeux une quantité innombrable de corps ronds et de grains. Dans la partie profonde, plus molle, du bouchon, on trouve des corps ronds avec une membrane réfringente plus ou moins épaisse, un noyau plus ou moins net, et l'on constate avec la plus grande facilité que ces corps sont compris dans l'intérieur de cellules épithéliales dont ils refoulent latéralement le noyau. Sur des cellules isolées qui nagent et roulent dans le liquide, on se convainc de la réalité de ce siège intracellulaire qui a la plus grande importance au point de vue de l'interprétation de ces corps. La partie dure, externe, du bouchon est entièrement composée de grains réfringents, plus petits que les corps ronds, au milieu de chacun desquels les matières colorantes permettent de décèler un noyau. Les grains ne sont plus, généralement, contenus dans des cellules; mais entre eux il existe des cellules, imparfaitement kératinisées, puisqu'elles contiennent un noyau, qui portent en croix l'empreinte des grains.

De quelle nature sont ces corps ronds et ces grains? On ne pouvait, en aucune façon, y voir des éléments épithéliaux ayant subi l'une des dégénérescences connues ou même une dégénérescence spéciale. Leurs caractères franchés sans forme de transition avec les cellules normales, leur membrane épaisse et réfringente qui n'appartient à aucune cellule des vertébrés supé-

rieurs, sauf aux cellules de cartilage, leur distribution en apparence fortuite au sein de la couche de Malpighi où on les trouve soit isolés, soit groupés à n'importe quelle hauteur, enfin et surtout leur siège *intracellulaire*, conduisent forcément à y voir des corps étrangers à l'organisme, des parasites en d'autres termes. Telle a été d'emblée, au vu de mes préparations, l'impression de mon maître, M. Malassez, et celle de M. Balbiani, professeur au Collège de France. Tous deux m'ont affirmé qu'ils reconnaissaient dans ces corps des psorospermies ou coccidies bien caractérisées, c'est-à-dire des organismes de la classe des sporozoaires.

Pour achever la description des lésions de la psorospermo folliculaire végétante, il me reste à parler de la structure des tumeurs volumineuses qui siègeaient à la région inguinale de l'un de nos malades :

Sur les coupes de celle que j'ai excisée (fig. 6), j'ai trouvé le col d'un follicule pileux dilaté au point de former une cavité kystique, communiquant avec l'extérieur par un orifice étroit. Dans le fond de la cavité, s'abouche le follicule proprement dit, qui est relativement peu altéré; des parties latérales du kyste partent de larges diverticules qui plongent profondément dans le derme en entourant le follicule comme un manchon. Ces diverticules sont remplis de végétations ramifiées en tous sens et renflées en chou-fleur, qui ne laissent entre elles que des lacunes anfractueuses peu étendues. Chaque végétation est formée d'un axe conjonctif muni de larges capillaires, et tapissée extérieurement d'un épithélium irrégulier, à une ou plusieurs rangées de cellules. Dans les parois du diverticule, à la base des végétations, se voient des cylindres épithéliaux qui pénètrent dans le tissu conjonctif voisin et qui, manifestement, l'envahissent de proche en proche. Un observateur non prévenu à qui l'on montrerait ces végétations et ces cylindres épithéliaux ne manquerait pas de diagnostiquer un épithéliome à point de départ folliculaire. Un examen minutieux, à l'aide de grossissements suffisants, permet de reconnaître, au milieu des cellules épithéliales qui recouvrent les végétations, un nombre colossal de psorospermies. Souvent on voit les cellules se disposer concentriquement et en plusieurs couches autour d'un ou de plusieurs parasites, et constituer ainsi un globe épidermique des plus caractéristiques. Les lacunes intermédiaires aux végétations, ainsi que la cavité dilatée du col folliculaire, sont remplies de psorospermies, à l'état de corps ronds enkystés ou de grains réfringents, et de globes épidermiques abondants; on y trouve, en outre, des cellules épithéliales plus ou moins altérées, des globules de pus et des bactéries de toute forme. C'est d'un mélange de ces divers éléments qu'est composée la matière d'apparence sébacée et d'odeur fétide que l'on peut extraire des tumeurs par la pression.

L'interprétation de ces tumeurs aurait été fort délicate à donner si l'on n'avait eu, pour se guider, la connaissance des degrés moins avancés de la lésion. Quand on compare notre figure 6 avec le stade de la figure 2, il est facile de comprendre que la tumeur en dérive directement par l'accroissement démesuré des papilles et des bourgeons épithéliaux qui ont pris naissance au col du follicule.

Tout le processus pathologique qui caractérise la maladie que nous étudions, et dans lequel on voit, à la simple accumulation d'une matière spéciale dans le col folliculaire, succéder un bourgeonnement papillomateux conduisant à la formation d'une tumeur analogue à un épithéliome, serait donc la conséquence de psorospermies qui ont envahi le follicule pileux.

## III

Il est aisé de comprendre quelle lumière imprévue projettent sur ces kératoses folliculaires les découvertes de DARIER; mais il ne faudrait pas croire que la question soit épuisée; il reste à savoir où l'homme a puisé l'élément psorospermique et comment il s'implante. Il reste à rechercher pourquoi les coccidies se multiplient symétriquement, avec une solidité et une sûreté si remarquables, chez un sujet déterminé, sans que cette véritable colonisation du tégument entier se transmette par contagion, même à la femme de l'un des patients, après des années entières de lit commun, et sans qu'aucune des expériences d'inoculation déjà tentées aient été couronnées du plus léger succès. — Mais ces difficultés et ces apparentes incohérences ne sauraient étonner ceux qui ont réellement étudié les questions de transmissibilité des maladies les plus certainement microphytiques ou parasitaires; elles ne doivent avoir d'autre résultat que d'exciter le zèle des chercheurs.

La *marche* de la psorosperme folliculaire est progressive, selon un développement régulièrement *symétrique*, qui étonnerait à bon droit si l'on n'était préparé à cette surprise en voyant d'autres affections de tout ordre être soumises à cette loi. En même temps que les premiers éléments s'accroissent, il s'en produit incessamment de nouveaux, et les colonies progressent en tout sens.

Aucun *trouble fonctionnel* important ne semble attaché à cette invasion de la presque totalité de la surface au corps par les coccidies; la mort du malade de LUTZ-BAZIN paraît être indépendante de la lésion cutanée. Seuls, la ténacité des altérations, leur généralisation, l'insuccès des moyens de traitement usités jusqu'à présent, rendent le *pronostic* sévère.

Il est superflu, en présence de la caractéristique bactériologique de la psorosperme, de discourir sur le *diagnostic différentiel*. La recherche facile des psorospermies s'impose à présent dans tous les cas de folliculite séborrhéique ou autre; et cette affection sera, à présent, aisément reconnue et trouvée partout.

Cliniquement, elle est facile à distinguer du molluscum contagieux de Bateman. Même dans ses formes généralisées ou déformées, on trouve toujours, quelque part, un *élément perlé* typique, sec, superficiel, énucléable sans difficulté dans sa totalité. Il n'y a vraiment pas matière à confusion, même cliniquement, nous le répétons, et alors même que l'on n'aurait pas le secours de la comparaison histologique des coccidies propres à chacune des deux affections.

Il n'y a que de grossières analogies entre la kérato-folliculite psorospermique et l'*acné cornée*. Dans la première, l'aspect corné du bouchon folliculaire est presque exclusivement composé de psorospermes à l'état de grains, et repose sur une couche épidermique dont les éléments sont désagrégés et remplis de parasites enkystés — DARIER. — Dans la seconde, l'acné cornée, la substance qui obstrue l'orifice du follicule est réellement et uniquement composée de cellules épidermiques kératinisées, ou en voie de kératinisation et encore vivaces (?). Ces cellules reposent sur une couche granuleuse, épaisse,

parfaitement continue, — elle est irrégulière et interrompue par places dans la psorosperme, — et notablement plus riche en éléidine qu'à l'état normal — DARIER. — C'est une kératose vraie, une angiokératose folliculaire simple. — Comparez la figure I du mémoire de DARIER, *loc. cit.*, avec figure IV de LELOIR et VIDAL, *loc. cit.*

Dans les premiers stades, le traitement est déjà difficile. Nous n'avons jamais pu arriver, même chez la malade de l'observation I de la thèse de Thibault, qui en était alors aux préliminaires, à éteindre la prolifération des colonies, ni par la rugination, ni par le savon, ni par le mercure.

Chez le malade de l'observation II, notre insuccès a été persistant. Nous arrivions bien à modérer la prolifération psorospermique à la surface par des applications mercurielles grasses, ou par les emplâtres, mais l'absorption, très active à la surface de ces efflorescences, amenait rapidement des accidents buccaux qui obligeaient à tout interrompre. Aucun des autres agents que nous avons employés, acide phénique, acide salicylique, soufre, goudron, etc., n'a eu d'action.

Enfin, il aurait fallu, pour détruire chirurgicalement les éléments végétants des régions ano et abdomino-génitales, avoir recours à des mesures d'une telle gravité, que nous n'avons pas cru devoir les proposer.

## VI

## Folliculites et périfolliculites agminées.

Il faut entendre par ces mots des affections inflammatoires aiguës, subaiguës, ou prolongées, ayant pour siège anatomique essentiel l'atmosphère connective du follicule pileaire, et, par extension, du diverticule sébacé annexe, pouvant reconnaître des causes diverses et revêtir des formes individualisées.

Ces affections, étudiées depuis dix ans avec un soin particulier, à l'aide de la biopsie et de la bactériologie, ont été vivement éclairées par les travaux des auteurs que nous allons indiquer, mais elles n'étaient pas « méconnues » et, personnellement, nous les déterminions cliniquement avec assez de précision pour qu'il eût pu être tenu meilleur compte de ce que nous avions observé et de ce que nous enseignions couramment.

Le type ancien de ces affections était le sycosis trichophytique en plaques, classiquement connu, dont la nature et le siège étaient absolument déterminés; de plus, sous le nom de dermite anthracôïde, on reconnaissait les cas aigus non trichophytiques des parties non velues.

Ce n'est pas tout, ayant rencontré souvent des dermatites anthracôïdes en plaques, certainement non trichophytiques, nous les appelions *idradénites* ou *folliculites* et *périfolliculites*. — BARTHÉLEMY, dans un travail intitulé: Sur un cas de sycosis non parasitaire généralisé, etc., in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2<sup>e</sup> série, t. II, 1881, a bien voulu rappeler que notre diagnostic, quand il nous présenta son malade en 1880, avait été « péri-

*adénite folliculaire ou folliculite*; et LEOIR — *Soc. anat.*, févr. 1881 — a bien voulu également écrire que nous avons rejeté chez sa malade le diagnostic de sycosis, et considéré l'affection en litige comme une *idradénite suppurée conglomérée*. PALLIER — Des périfolliculaires suppurées, agminées, en plaques, *Thèse de Paris*, 1889 — n'eût rien retranché au mérite de son travail important, en faisant plus explicitement ces constatations.

Cela dit, déclarons de suite que le groupe n'a réellement pris corps que depuis la publication du mémoire de LEOIR sur une variété nouvelle de périfolliculites suppurées et conglomérées en placards — *Annales de Dermatologie*, 1884, 2<sup>e</sup> série, t. V, p. 437. Après quelques observations isolées, se place la thèse de PALLIER, citée tout à l'heure, faite sous la direction et dans le laboratoire de QUINQUAUD. Aux formes vulgaires de LEOIR, PALLIER ajoute une variété subaiguë rebelle et plus virulente, dont une observation avait déjà été publiée sous le nom d'*impétigo sycosiforme*, par A. PONCET (de Lyon) — Impétigo sycosiforme du pouce et de la face dorsale de la main droite, in *Ann. de Dermat.*, 2<sup>e</sup> série, t. VIII, 1887, p. 435. — Voyez aussi QUINQUAUD, Folliculites agminées, serpiginieuses à marche lente. — *Réunion heb. des méd. de St-Louis*, janvier 1889.

Si nous n'étions limités par l'espace, nous aurions à discuter la constance du siège anatomique et la question des péri-adénites sudoripares canaliculaires — à établir qu'il y a des formes irritatives vulgaires, banales, simples, à irritant variable, de cause externe simple — Voy. LEOIR, De la folliculite et de la périfolliculite des fileurs et des rattachés (bouton d'huile), *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2<sup>e</sup> série, t. X, 1889, p. 672, et E. WARGNIER, De la folliculite et périfoll. chez les fileurs, etc., *Thèse de Lille*, 1889 —; des variétés toxidermiques, bromopotassiques particulièrement, etc.

Mais nous jugeons plus utile pour le lecteur de mettre sous ses yeux les conclusions textuelles de la *Thèse* de PALLIER, en le renvoyant, pour la lecture des observations et les détails, à la monographie importante de cet auteur et aux publications de LEOIR, citées ci-dessus.

Les périfolliculites suppurées agminées en plaques des parties glabres de la peau constituent maintenant une entité morbide bien définie, qui doit prendre place dans le cadre nosologique des maladies cutanées.

Dans la classification, sa place est marquée auprès du sycosis non parasitaire, avec lequel elle a des rapports anatomiques très étroits. Au point de vue microbien, on la rangera entre le furoncle et le clou de Biskra.

Un seul placard plus ou moins étendu est la manifestation ordinaire de cette lésion; il en existe quelquefois deux, rarement trois; la multiplicité des plaques est exceptionnelle.

L'affection est rigoureusement cantonnée dans la partie du derme atteinte par l'inflammation; la peau est libre sur les parties profondes: pas de retentissement de voisinage dans les lymphatiques et les ganglions; pas de douleurs vives, un peu de gêne, quelques démangeaisons ou élancements pendant la nuit.

Elle siège surtout sur les parties découvertes, et particulièrement sur le dos des mains et sur les avant-bras, jamais dans la paume des mains ou à la plante des pieds. Elle évolue indépendante de l'état général du sujet, de son âge ou de son sexe.

A la période d'état, le placard caractéristique est bien circonscrit, nettement délimité, à bords curvilignes arrondis et non géographiques; intégrité de la peau tout autour; surface mamelonnée, anfractueuse, boursoufflée, inégale, irrégulière, souvent recouverte de croûtes ou de pus.

D'un point initial gros comme une lentille ou un petit pois, l'inflammation s'étend excentriquement et progressivement ou avance par poussées successives circonférentielles.

Sur la surface enflammée, orifices multiples qui donnent à la lésion l'aspect d'une véritable écumeoire; dans l'intervalle, petits amas jaunâtres sous-épidermiques, correspondant aux glandes folliculo-sébacées dilatées. Par la pression, on fait sourdre des gouttelettes de pus des boudins vermicelliformes. Aspect d'une pomme d'arrosoir, qui est pathognomonique.

Cinq variétés cliniques: 1<sup>o</sup> forme *commune* de Leloir, qui atteint sa période d'état en dix ou douze jours, suppure franchement et évolue en six semaines; — 2<sup>o</sup> forme *phlegmoneuse* ou *anthracoidé*, complication surajoutée et passagère de la précédente, constituant un retard dans la régression; — 3<sup>o</sup> forme *papillomateuse*, d'une durée beaucoup plus longue, avec exubérance et anfractuosités plus grandes de la surface; — 4<sup>o</sup> forme *pseudo-ulcéreuse*, plus tenace, récidivante, suppurant plus longtemps et sans tendance à la guérison; — 5<sup>o</sup> forme *serpiginieuse* et *virulente*, qui peut apparaître d'emblée ou être une transformation des premières; caractérisée par des poussées successives, sans ordre et sans méthode, sur les limites du placard; durée indéterminée de plusieurs mois.

Au point de vue anatomopathologique, c'est une inflammation et suppuration des glandes folliculo-sébacées avec infiltration du derme par des cellules embryonnaires et hyperkératinisation de l'épiderme.

L'examen bactériologique nous a montré, dans le pus et dans les tissus envahis, de nombreux monocoques et diplocoques en grains inégaux, disséminés entre les cellules et dans leur intérieur, avec quelques éléments de chaînettes: microbes pathogènes ou indifférents de la suppuration. Les cultures et les inoculations ne nous ont pas permis de voir d'autres bactéries. Le staphylococcus pyogenes albus de Rosenbach nous a paru être toujours présent en quantité considérable dans nos préparations.

C'est donc une lésion d'origine microbienne, dans laquelle la bactérie pathogène, à l'état latent sur la peau, pénètre par effraction dans les glandes et trouve, dans les tissus prédisposés, un milieu de culture très favorable.

Cette prédisposition des tissus cutanés est due en grande partie à l'exposition à l'air vicié par les poussières, au contact persistant de liquides malpropres ou irritants, à la stagnation momentanée ou continue de tous ces détritiques à la surface de la peau, aux traumatismes et aux inflammations ordinaires des parties exposées. La lésion n'est pas contagieuse d'individu à individu, ni sur le même sujet, quand la partie de la peau inoculée n'est pas dans des conditions favorables de réceptivité.

L'affection se rencontre le plus ordinairement chez les ouvriers touchant des matériaux malpropres; chez les sujets peu soigneux, en contact continu ou passager avec des liquides contaminés; chez ceux qui soignent habituellement des animaux ou chez les cultivateurs qui, dans leurs occupations diverses, sont exposés plus que les autres à la contamination.

Le diagnostic est à faire principalement avec la trichophytie, l'acné agminée, l'anthrax, le clou de Biskra, l'épithélioma, le tubercule anatomique, l'eczéma, le lupus et la syphilis à ses différentes périodes.

Dans le pronostic, très réservé au point de vue de la durée et du degré de