

énergie dès son début, vu la gravité de la maladie, la tendance aux réinoculations, la durée infinie.

Dans les formes bénignes, initiales, les poils seront coupés court aux ciseaux; les croûtes seront enlevées par des pulvérisations d'eau boriquée ou par des cataplasmes de fécule; l'asepsie de la surface sera assurée par des pansements humides: on recouvrira les lésions de compresses trempées dans l'eau boriquée additionnée de bicarbonate ou de biborate de soude.

Mais, si la maladie s'étend, et même si elle ne cède pas aux modes de traitement simples, l'épilation réitérée s'impose: elle doit être faite tous les quinze jours au moins.

S'il existe des nodules volumineux, on devra, avant tout traitement ultérieur, ouvrir les pustules, comme des furoncles, au galvanocautère; on pénétrera profondément dans le derme enflammé. Parfois, il est nécessaire de curetter les éléments avec un très petit instrument.

En l'absence de nodules, ou lorsque les nodules ont été détruits de la manière que nous venons d'indiquer, on appliquera des pommades, soit au calomel (vaseline, 20; oxyde de zinc, 5; calomel, 0,80); soit au turbith minéral (vaseline, 20; dermatol, 5; turbith minéral, 0,80), soit à l'huile de cade, à 10, 20, 50 p. 100:

Glycérolé d'amidon.....	50 grammes.
Huile de cade.....	10 —
Extrait de panama.....	Q. S.

à l'acide pyrogallique ou au lénigallo à 5-10 p. 100, le savon noir en applications prolongées, le styrax additionné de 2 parties d'huile ou la pommade au soufre et au tannin (à 1/20).

Lorsqu'on emploie des pommades très irritantes, il convient de ne les appliquer que tous les trois jours; dans l'intervalle, on calme l'irritation par des cataplasmes de fécule. Nous n'avons pas eu, en pareils cas, à nous louer des emplâtres.

Si les pommades n'amènent pas une amélioration suffisante, les scarifications réitérées deviennent indispensables: pratiquées de bonne heure, elle amènent la guérison presque à coup sûr.

Il est nécessaire de soumettre les malades à un régime sévère, de combattre les fermentations gastriques et intestinales. Lorsque le malade n'est pas dyspeptique, on peut lui donner de l'arsenic sous la forme, par exemple, de liqueur de Fowler (6 à 12 gouttes par jour).

Enfin, on peut essayer l'effet des cures minérales, en particulier des sources sulfureuses, telles que celles de Luchon, de Barèges, d'Uriage ou de Marlioz. (L.)

III. — FOLLICULITES CICATRICIELLES

Il existe des folliculites, bien distinctes du sycosis, qui aboutissent plus facilement que cette affection à des cicatrices durables, tout en paraissant beaucoup plus superficielles (1). On en observe plusieurs formes.

1° FOLLICULITES CICATRICIELLES SIMPLES DU CUIR CHEVELU. — Synon.: *Alopécie peladiforme*. — Elles sont caractérisées, d'après Brocq, par de petits points blanchâtres, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui occupent la place du follicule pileux; elles semblent en relation avec la kératose pileaire; dans la *pseudo-pelade* du même auteur, chaque poil est d'abord entouré d'une tache rouge, de telle sorte que les plaques en activité présentent un piqueté rouge-bistre: ce sont vraisemblablement deux stades d'un même processus.

2° FOLLICULITES CICATRICIELLES DÉCALVANTES. — D'après les observations de l'un de nous (H.), cette maladie est caractérisée par la chute partielle des cheveux en plaques multiples, dont l'aspect rappelle, au premier abord, celui de la pelade.

Elles sont assez régulièrement arrondies; leurs dimensions atteignent le plus souvent, et ne dépassent guère, celles d'une pièce de cinquante centimes; leur surface est glabre; on ne voit pas de cheveux malades à leur périphérie.

On remarque, dans leur partie centrale, rarement une pustulette, quelquefois une croûte, habituellement une dépression cicatricielle du volume d'un grain de chènevis, tantôt pigmentée, tantôt décolorée. Il s'agit, en toute évidence, d'une maladie infectieuse, mais tous les efforts tentés pour déterminer la nature du parasite dont l'action nocive en est la condition prochaine ont échoué jusqu'ici. Cette action est complexe: elle détermine, dans un point central qui correspond à la pénétration et au développement des microbes, un petit foyer de suppuration suivi d'une perte de substance (cicatrice centrale) et, tout autour, une zone d'alopécie que l'on doit rapporter, selon toute vraisemblance, au trouble provoqué dans la nutrition des follicules pileux par les toxines qu'engendre la culture du parasite. Les caractères indiqués ci-dessus, et particulièrement l'uniformité du diamètre des plaques, ainsi que les cicatrices centrales, différencient aisément cette dermatose des alopecies syphilitiques ainsi que des pelades; de plus, on y chercherait en vain les cheveux massués.

3° FOLLICULITES DE L'ALOPÉCIE CICATRICIELLE INNOMINÉE DE BESNIER. — Les plaques alopeciques y sont de dimensions inégales et de formes irrégulières; leurs contours, serpigneux et mal limités, se continuent

(1) BESNIER et DOYON, Notes de Kaposi.

sans ligne de démarcation limitée avec des îlots sains; leur centre est déprimé, lisse, éburné, glabre; au pourtour des plaques, le cuir chevelu est rouge; on y voit des poils cassés et de petits lacs purulents dont chacun répond à un infundibulum pileaire.

4° FOLLICULITE DESTRUCTIVE DE QUINQUAUD. — Les plaques y sont également irrégulières, lisses, décolorées, d'apparence pseudo-cicatricielle, grandes comme des pièces de un franc; on voit, à leur périphérie, des pustules péri-pilaires multiples, nettement séparées les unes des autres; suivant Quinquaud, on y trouverait un micrococcus spécial. Elles laissent des cicatrices qui, d'abord légèrement rouges, deviennent ensuite blanches; leur forme est irrégulière; elles sont déprimées; leur surface est lisse et polie. Tout autour, quand le processus est en activité, on constate des pustules. Ces plaques cicatricielles sont habituellement disséminées, mais, parfois, elles présentent un certain groupement. L'affection peut durer très longtemps: elle évolue par poussées successives. La formation de chaque plaque cicatricielle est assez rapide. Suivant Quinquaud, on pourrait observer à la barbe et même au pubis, ainsi que dans les aisselles, des lésions cicatricielles identiques, dans leur mode de formation, à celles que nous venons de décrire.

5° FOLLICULITES CICATRICIELLES SIMPLES DE LA BARBE (ACNÉ PILAIRE CICATRICIELLE DÉPILANTE DE BESNIER). — L'affection se développe de préférence dans les régions latérales de la barbe. On observe d'abord des élevures rouges de la peau; puis des pustules péri-pilaires; les poils tombent; ces lésions se groupent en îlots, symétriques ou non, qui s'étendent plus ou moins rapidement et présentent des contours serpigneux; les pustules se dessèchent en croûtelles blanchâtres, d'apparence cornée; l'aire des îlots ainsi envahis devient le siège d'une desquamation pityriasiforme; on voit enfin des cicatrices qui se forment, tandis que les lésions initiales réapparaissent à la périphérie des foyers primitifs; de nouveaux foyers se développent ainsi: la maladie peut durer plusieurs années. Les cicatrices sont souvent irrégulières et chéloïdiennes.

Parfois, la maladie s'étend au cuir chevelu, par contiguïté.

6° FOLLICULITES CICATRICIELLES NÉCROSQUES. — Ces folliculites débutent sur les régions glabres de la face, surtout auprès des régions pileaires, puis envahissent celles-ci par extension et se terminent par des cicatrices souvent varioliformes. Elles ont été décrites par Devergie (*impétigo rodens*), Bazin (*acné pileaire*), Hebra et Kaposi (*acné varioliforme*), Bulkley (*acné lupoides*), Vidal (*acné rodens*), Besnier et Doyon (*acné à cicatrices déprimées*), Bœck (*acné nécrosique*).

Nous ne pouvons, à l'heure actuelle, distinguer sur des bases certaines les formes qu'on peut soupçonner dans ce groupe.

SYMPTÔMES. — A la lisière du front et du cuir chevelu de préférence, apparaissent des élevures dont le volume varie de celui d'un grain de

millet à celui du plus gros pois (Besnier et Doyon); on voit souvent, dans leur partie centrale, un poil follet ou adulte. Leur couleur est rouge ou violacée; on y observe parfois de petites hémorragies (Bœck), en taches multiples et punctiformes; leur consistance est ferme; elles sont indolentes.

Bientôt, ces éléments se couronnent de pustules; chacune d'elles aboutit à la formation d'une croûte adhérente, un peu déformée, recouvrant une ulcération; ou bien la croûte se forme sans pustule comme une petite escarre; une teinte brune, foncée, apparaît au sommet de la papule; la sensibilité devient nulle à son niveau: suivant Touton (1), la cause prochaine de ces escarres est la thrombose de l'artère. Au-dessous de la croûte ou de l'escarre compacte et dure, existe une ulcération cupuliforme que recouvre un exsudat visqueux et jaunâtre; la chute spontanée de l'escarre est lente; lorsqu'elle tombe, on trouve une cicatrice étroite et profonde, d'abord rouge, puis d'une coloration pâle.

Pour Besnier, les deux formes qu'on a essayé de séparer suivant la lésion de surface, pustule et cavité impétigineuse, ou escarre, sont des variétés d'une même affection: ce qui est essentiel, c'est l'ulcération et la cicatrisation qu'elle détermine. Dans les deux types, la topographie des lésions et l'évolution de la maladie sont les mêmes, il n'est pas rare de voir l'ulcération s'étendre en surface et en profondeur; la perte de substance est alors considérable; il en est de même nécessairement de la cicatrice déprimée qui lui fait suite; l'un de nous (H.) l'a vu atteindre plus d'un centimètre de diamètre.

Dans ses formes étendues, la maladie envahit une grande partie de la face, la région de la barbe, la lisière du cuir chevelu et de la région crânienne, surtout lorsqu'elle est dépilée plus ou moins complètement (Besnier et Doyon), les ailes du nez, les sillons nasogéniens, même les faces antérieure et postérieure du tronc.

Les lésions gagnent de proche en proche, et, comme elles sont essentiellement récidivantes et rebelles, les parties atteintes se trouvent profondément altérées dans leur aspect par les dépressions cicatricielles. La durée de cette éruption peut être indéfinie. Unna a trouvé les mêmes microorganismes que dans l'acné (Voy. cet article); seulement, les diplocoques, au lieu de rester limités à la surface des follicules pileux enflammés, pénètrent dans leur profondeur.

ÉTIOLOGIE. — L'homme est plus souvent atteint que la femme de cette dermatose. Elle débute en général entre trente et quarante ans (Brocq).

Les conditions de terrain qui favorisent les folliculites nécrosiques ne sont pas beaucoup mieux connues que les microbes qui produisent les lésions.

(1) Touton, *Congress der deutscher dermatol. Gesellsch.*, 1898.

Besnier insiste sur le rôle des troubles gastriques, intestinaux, hépatiques. Il est fort possible que les malades soient des dyspeptiques comme les acnéiques vulgaires.

TRAITEMENT DES FOLLICULITES CICATRICIELLES. — La première indication, dans toutes les formes, est de faire tomber les croûtes. On coupe les cheveux ou la barbe et on applique des cataplasmes de fécule ou des pansements humides. Dans les formes bénignes, les lavages avec une solution bicarbonatée sodique forte (10-15 p. 100) peuvent suffire; ou bien, on emploie, soit le sublimé, soit le cyanure d'hydrargyre en solution à 1 p. 5 000, ou même 1 p. 1 000 dans l'alcool à 70 degrés.

Lorsque les lésions résistent à ce traitement, on les attaque par des pommades soufrées, à 5, 10 p. 100 sous la forme suivante :

Résorbine.....	20 grammes.
Oxyde de zinc.....	5 —
Soufre précipité.....	2 —

Quelquefois, le soufre détermine une certaine irritation des téguments et il faut y renoncer : on peut alors essayer le calomel ou l'oxyde jaune d'hydrargyre à 1 p. 50, le naphthol et l'acide salicylique.

Naphtol β.....	3 grammes.
Acide salicylique.....	1 ^{sr} ,50
Vaseline.....	20 grammes.
Talc.....	10 —

Les folliculites nécrosiques ne sont justiciables que d'un traitement énergique; on doit cautériser les pustules, dès l'époque de leur apparition, au galvanocautère; lorsqu'il existe de petites escarres, on les rugine avec une petite curette (Besnier). On peut quelquefois obtenir des succès avec des moyens moins radicaux par l'emploi de solutions antiseptiques : on fait tomber les croûtes, par l'application de cataplasmes arrosés d'huile phéniquée; puis, on applique, soit des compresses imprégnées d'une solution de sublimé au cinq-millième, soit des rondelles d'emplâtre rouge au minium, et assez souvent on obtient ainsi la guérison de cette dermatose.

On a recommandé, à tort suivant nous, l'emploi de l'iode de potassium à la dose de 1-3 grammes par jour. Nous employons avec avantage les pulvérisations prolongées d'eau sulfureuse : à ce titre, les cures minérales d'Uriage, de Marlioz et de Luchon peuvent rendre de réels services.

ABCÈS CUTANÉS MULTIPLES RÉCIDIVANTS

Ces abcès ont été étudiés dans ces dernières années par Escherich, H. Roger, l'un de nous (H.), Hulot et J. Renault (1).

Ils peuvent se présenter dans des conditions très différentes; dans certains cas, ils ne sont que la localisation cutanée d'une pyémie : nous ne ferons que les mentionner, car ils n'intéressent que secondairement la dermatologie; l'un de nous (H.) les a vus survenir dans un cas d'infection puerpérale.

Lorsqu'ils sont limités au tégument et aux parties sous-jacentes, ils peuvent être *primitifs* ou *secondaires*.

Ceux-ci peuvent survenir à la suite d'une dermatose qui en est le point de départ.

Cette dermatose initiale peut être un exanthème, tel qu'une rougeole ou une scarlatine.

Plus souvent, c'est une maladie primitive de la peau : nous mentionnerons la gale, la phtiriasse, l'impétigo, la varicelle, le pemphigus des nouveau-nés; l'un de nous a vu des suppurations acnéiques en être l'origine (H.).

D'autres fois, ces abcès se manifestent d'emblée dans l'épaisseur du tégument, qui paraît sain à tout autre égard; on invoque comme causes prédisposantes toutes celles qui peuvent affaiblir l'organisme et diminuer ainsi la résistance vitale du tégument : à cet égard, comme l'a bien montré J. Renault, le rachitisme et la gastro-entérite chronique doivent être placés au premier rang.

Ces abcès s'observent surtout chez les enfants; on peut cependant les rencontrer aussi chez l'adulte : l'un de nous (H.) en a publié un exemple.

Ils semblent reconnaître pour cause exclusive la pénétration de staphylocoques dans le tégument; ces parasites peuvent provenir d'une autre affection suppurative de la peau, telle que la dermite galeuse; ils peuvent provenir de la peau saine qui leur offre un habitat chez presque tous les individus : par le fait de circonstances indéterminées, leur virulence, d'ordinaire minime, augmente, et, s'ils pénètrent dans la peau, soit par un traumatisme accidentel, soit par un orifice glandulaire, le plus souvent celui d'une glande pilo-sébacée, ils s'y multiplient et y engendrent la suppuration.

Chez les nourrissons, la dermite connue sous le nom d'érythème fessier en est fréquemment la porte d'entrée; ils peuvent être égale-

(1) ESCHERICH, *Étiologie des abcès multiples du nourrisson* (Münch. med. Woch., 1886). — ROGER, *Gaz. hebdomadaire*, 1892. — HALLOPEAU, *S. F. D. Réunion Lyonnaise*, 1894. — HULOT, *Infections d'origine cutanée*. Th. de Paris, 1895. — J. RENAULT, *Traité des mal. de l'enf.*, 1898.