est une tumeur inflammatoire, de volume variable, qui débute dans l'appareil glandulaire pilo-sébacé, s'étend au derme périphérique et au tissu cellulaire sous-jacent, détermine la mortification d'une partie de ce tissu, et s'accompagne de symptômes généraux souvent graves. »

L'étude anatomo-pathologique et pathogénique ayant été réunie à celle du furoncle, nous n'avons à nous occuper ici que de la partie clinique du sujet.

Étiologie. — Le *sexe* masculin est plus exposé à l'anthrax. L'*âge* aussi a de l'importance : c'est une affection rare dans l'enfance, fréquente chez le vieillard. Les *irritations locales* jouent un rôle : nous n'avons qu'à renvoyer à ce que nous avons dit du furoncle. De même pour la contagion, pour l'épidémicité, et, dans ces conditions, le furoncle s'associe souvent à l'anthrax, tout comme, d'ailleurs, lorsqu'une altération de l'état général est en cause.

L'*état général* a une influence majeure. Toutes les cachexies prédisposent à l'anthrax, et on signale l'inanition, les fatigues, les excès, les convalescences, etc. Mais c'est surtout sur le diabète qu'il convient d'insister.

C'est d'abord en Angleterre que l'attention a été attirée sur ce rôle du *diabète*, par Cheselden, Duncan, Carmichael, Adams, Prout. Mais ces faits n'étaient guère connus de nous avant les travaux de Marchal de Calvi. A partir de cette époque, les recherches se sont multipliées dans tous les pays, dues à Fauconneau-Dufresne, Wagner, Griesinger, Fritz, Trousseau, Charcot, M. Raynaud, etc.

Il a d'abord été reconnu que la glycosurie est relativement fréquente chez les individus atteints d'éruption furonculeuse et d'anthrax. C'est surtout au début du diabète, ou dans sa période d'état, que cette complication survient, et Lécorché montre bien que l'intensité du diabète n'a pas grande influence. Souvent c'est à l'occasion de la lésion cutanée que les urines sont examinées pour la première fois, et il paraît qu'au Brésil, d'après Jordao, le diagnostic du diabète est fréquemment posé de la sorte.

Ainsi, il est des cas indiscutables où un anthrax — ou une éruption furonculeuse — évolue sur des sujets glycosuriques à l'avance et le restant pendant et après la phlegmasie cutanée. Mais il y a des faits d'un autre ordre : Cheselden, Wagner, Philippeaux et Vulpian ont recueilli des observations où la glycosurie, constatée pendant qu'évoluait l'anthrax, a cessé une fois la cicatrisation obtenue. On en a conclu que, dans bien des cas, on a exagéré l'influence causale du diabète et qu'il fallait admettre, tout au contraire, la possibilité d'une glycosurie passagère engendrée par l'anthrax. Cette opinion, après avoir eu quelque faveur, n'est plus guère admise aujourd'hui que l'on est mieux au courant des allures si volontiers intermittentes du diabète au début. On ne compte plus les cas où la glycosurie, passagère, apparaît à chaque contrariété morale. Pourquoi un anthrax ne pourrait-il pas avoir une influence analogue? On objectera sans doute que, dans l'anthrax manifestement diabétique, le sucre disparaît parfois pendant que l'anthrax suit son cours, et reparaît ensuite. Mais Lécorché pense que cette modification des urines a simplement son origine dans la fièvre : on peut la noter dans tous les états fébriles. Il est même des auteurs qui contestent que la glycosurie puisse être ainsi influencée.

En somme, on ne doute plus guère de la réalité des anthrax diabétiques. Il reste à déterminer : 1° quelle est la fréquence de l'anthrax chez les diabétiques; 2° quelle est la fréquence du diabète chez les sujets atteints d'anthrax. On a

bien établi sur ce point quelques statistiques, mais elles sont encore trop peu concordantes pour que je croie devoir m'y arrêter.

J'ai insisté sur le diabète. Mais il ne faudrait pas croire que, de toutes les cachexies, il soit seul à agir, et on doit mentionner l'action analogue, quoique certainement moins efficace, de l'albuminurie, du diabète phosphatique.

Siège. — Nombre. — Les anthrax dus à des irritations extérieures ont des sièges quelconques. Ils sont ordinairement peu importants. Les anthrax de cause interne, par diabète surtout, ont une prédilection marquée pour la nuque et le haut du dos; mais ils peuvent occuper n'importe quelle autre région. Je ne reviendrai pas sur l'anthrax de la face.

L'anthrax est ordinairement unique, mais il s'accompagne assez souvent d'une éruption furonculeuse plus ou moins abondante.

Symptômes. — La lésion locale est fréquemment précédée de *prodromes généraux*. Il y a du malaise, de la courbature, un peu de céphalalgie, un léger mouvement fébrile, des phénomènes dyspeptiques souvent accentués.

Puis survient, en une région fixe du tégument, une sensation de chaleur, puis bientôt une douleur vive, exaspérée par la pression; en ce point une rougeur se déclare, et bientôt les *symptômes locaux* se dessinent avec netteté.

C'est d'abord une tuméfaction de la peau, d'étendue limitée, mais augmentant peu à peu. Elle est dure au toucher, d'un rouge foncé au centre. Souvent cet état persiste pendant quelques jours. Puis la tumeur s'accroît, devient plus saillante et son sommet aplati, d'abord d'une teinte lie de vin, se soulève en une ou plusieurs phlyctènes sanguinolentes. A la périphérie, on voit décroître, en se diffusant, la rougeur et la tuméfaction, tandis qu'à la dureté du centre fait suite, vers la circonférence, une consistance œdémateuse. Bientôt les phlyctènes se rompent, et sous leurs lambeaux d'épiderme apparaît, à nu, le derme parsemé de points jaunâtres plus ou moins nombreux qui, s'agrandissant, se transforment en vrais cratères par lesquels font issue et du pus sanguinolent et des bourbillons. L'aspect est alors celui d'une écumoire, d'un guêpier.

Tout en reste là dans les petits anthrax dont, en somme, le processus est identique à celui du furoncle, et l'aspect est celui de furoncles coalescents. Pour les volumineux, autre chose s'ajoute. La tension est très intense, entre les cratères la peau s'ulcère, se gangrène, et de là de vastes orifices par lesquels les bourbillons ordinaires ne sont plus seuls à sortir; ils sont accompagnés de vastes lambeaux de tissu cellulaire mortifié.

A part la réaction générale, dont nous parlerons dans un instant, la *douleur* est le seul symptôme fonctionnel à noter. D'abord prurigineuse, puis lancinante, elle augmente avec la tuméfaction et devient, au bout de quelque temps, extrêmement pénible à supporter. Jusqu'à l'ouverture du guêpier, elle s'aggrave, et même après elle persiste, si la tumeur inflammatoire continue à s'étendre. Cette douleur est capable d'entraver le sommeil et de concourir ainsi, dans une large mesure, à l'affaiblissement des malades. Elle n'est pas constante, mais elle est fréquente, et, à un degré notable, elle est la source d'indications thérapeutiques importantes. Une fois l'envahissement arrêté, la douleur diminue, n'est plus réveillée que par la pression, puis elle cesse.

De la douleur dérivent quelques *troubles fonctionnels spéciaux à certaines régions*. L'anthrax de la paroi abdominale s'oppose aux efforts et entrave la

défécation; celui du thorax gêne la respiration, celui du cou peut comprimer les vaisseaux de la région. Ces accidents sont pénibles plutôt que graves, mais ils ne sont pas négligeables et ils peuvent, surtout si les déterminations cutanées sont multiples, rendre sérieux un anthrax ou des furoncles qui, sans cela, eussent été d'une grande bénignité.

Évolution. — État général. — Il y a deux types bien distincts : l'anthrax circonscrit et l'anthrax diffus.

L'*anthrax circonscrit* est d'abord gros comme une noisette, comme une forte amande. Graduellement la rougeur et le gonflement s'étendent et au bout de six à dix jours la tumeur peut parvenir au volume d'un œuf, d'une petite pomme. Ce n'est donc plus là un petit anthrax, mais l'inflammation est circonscrite, c'est tout au plus si quelques furoncles vulgaires s'égrènent autour de son bord bien limité, reposant sur une peau d'un rouge jaunâtre, sans doute phlegmasiée, infiltrée, mais relativement souple. Puis, lorsque les cratères se sont établis, les bourbillons s'éliminent, accompagnés de peu de tissu cellulaire mortifié; la rougeur, la tension ne tardent pas à diminuer et il reste une plaie rose, bourgeonnante, suppurant franchement et se recouvrant bientôt d'une cicatrice semblable, aux dimensions près, à celle du furoncle. Pendant cette évolution locale, la fièvre et le malaise du début se sont accentués tant que la tumeur s'accroissait, mais en restant toujours modérés, et leur chute est rapide une fois l'anthrax spontanément ouvert.

L'*anthrax diffus* est d'une tout autre gravité, locale et générale. C'est l'anthrax vrai d'Alphonse Guérin, par opposition à l'anthrax furonculeux dont nous venons d'esquisser les traits. Ici, le bord de la plaque enflammée n'a aucune tendance à se limiter. Toujours il gagne, dur, violacé, douloureux, et présente l'évolution caractéristique de l'anthrax. La tumeur s'étend ainsi jusqu'à acquérir des dimensions parfois énormes, jusqu'à 25, 30 centimètres de diamètre. On cite des cas où elle occupait toute la hauteur de la nuque et toute sa largeur, d'un acromion à l'autre; ailleurs, tout le dos, toute la région lombaire, toute la face postérieure d'une cuisse, sont envahis. Ces anthrax, en effet, sont ceux qui ont une prédilection marquée pour les régions postérieures du corps. Dans ces tumeurs, qui jusqu'à l'établissement de la suppuration sont souvent d'une dureté ligneuse, l'envahissement continue parfois après que la masse morbide est largement ouverte par ulcération spontanée, ou par incision chirurgicale, alors que la partie centrale tend à se déterger. C'est dans ces anthrax diffus que le sphacèle du tissu conjonctif prend une grande importance.

Les *phénomènes généraux* sont en relation avec ces désordres locaux. La fièvre est grave, ardente; on observe des alternatives d'agitation et de collapsus, de délire et de coma; ou bien un état continu de somnolence, avec respiration profonde et anxieuse. Il y a de la diarrhée, le facies est jaune. Souvent alors la mort ne tarde point, quelquefois avec tout le cortège de la pyohémie. Pourtant la marche peut être enrayée, lorsque les accidents sont déjà d'une gravité extrême. L'état général s'améliore et l'envahissement local s'arrête, tandis que la détersion des surfaces déjà atteintes commence à s'effectuer. Il est vrai qu'il est possible, dans ces conditions, de voir les malades succomber lentement, incapables de subir une suppuration abondante.

C'est que, dans les cas favorables, la guérison est toujours lente. A. Guérin n'exagère pas en évaluant à deux mois le temps moyen qu'elle exige. Il faut longtemps pour que se détachent les bourbillons, les eschares. Puis il reste

une ulcération à bords amincis, irréguliers, déchiquetés, qui parfois se roulent sur eux-mêmes, d'où une gêne de la cicatrisation; qui ailleurs sont flottants et ne tendent guère à se recoller, qui même peuvent être détruits par une gangrène tardive. Si toutefois le malade survit, on est ordinairement frappé de la petitesse relative de la cicatrice, lorsque toute tuméfaction inflammatoire a disparu et lorsque a agi la rétraction inodulaire.

C'est parmi les anthrax diffus que se range souvent l'*anthrax diabétique*, dont la marche spéciale doit être rapidement ébauchée. Le début est lent, insidieux, sans la tuméfaction franchement inflammatoire de l'anthrax simple. La douleur est souvent médiocre, même quand la tumeur est volumineuse, et la fièvre est à l'ordinaire modérée. L'ulcération a lieu dans les délais usuels, mais la réparation est lente et quelquefois même, au Brésil, d'après Jordao, l'ulcère deviendrait persistant. Les complications de phlegmon, de gangrène sont fréquentes : le furoncle et l'anthrax, dit Marchal de Calvi, ouvrent la série des accidents gangréneux du diabète. Même sans cela la mort n'est pas rare, le malade ne pouvant faire les frais de la cicatrisation.

Complications. — Certaines complications ne sont que l'exagération des phénomènes de destruction qu'engendre tout anthrax. Cette destruction, en effet, ne dépasse que rarement la peau et le plan sous-cutané; mais quelquefois elle met à nu l'aponévrose d'enveloppe, la perfore même. C'est ainsi que P. Broca a vu un anthrax atteindre la protubérance occipitale et causer une phlébite du sinus latéral; un autre a ouvert le canal vertébral et le sujet est mort de méningite. Sur une femme observée par Schlieter, la paroi abdominale perforée a livré passage à une anse intestinale.

Parmi ces anthrax remarquables par leur tendance à la destruction, il faut accorder une mention spéciale aux *anthrax gangréneux*, diabétiques surtout, dans lesquels les phénomènes de mortification ont une rapidité et une intensité particulières. L'état général est grave, adynamique, et la mort est la règle.

Ailleurs, les *phénomènes phlegmoneux* proprement dits prennent un développement inusité, et un véritable abcès se forme sous l'anthrax, mais indépendant de lui et ne se vidant qu'au bout de quelques jours. Ou bien ces abcès siègent autour de l'anthrax et non directement sous sa base.

Cela nous conduit à signaler les *abcès lointains*, observés surtout à la période de déclin et comparés par Trélat à ceux de la convalescence des fièvres graves. Avec la théorie parasitaire, ces faits deviennent faciles à comprendre : il y a une infection générale légère, et ces abcès sont comme le premier degré de la *pyohémie* franche qui vient parfois emporter les malades. Verneuil a attiré l'attention sur ces faits et a fait voir que ces abcès lointains peuvent survenir lorsque l'anthrax initial est cicatrisé. Dans un cas, Gilbert a constaté que le pus de l'abcès secondaire contenait le microbe de l'anthrax, le *Staphylococcus pyogenes aureus*, et, depuis, cette constatation a été faite plusieurs fois [1].

L'*érysipèle* n'a rien de spécial. La *phlébite* a été rattachée au furoncle.

Pronostic. — Le pronostic de l'*anthrax circonscrit*, comme celui du furoncle, dépend des complications. Pour l'*anthrax diffus*, il n'en est plus de même. Aussi

[1] Verneuil, Des abcès profonds et lointains consécutifs à l'anthrax. *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1888, t. CVI, p. 112. — Brossard, *Poitou médical*, 1887, d'après *France méd.*, 1888, t. I, p. 329. — Ledru, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 572. — Ricard, *Gazette des hôp.* Paris, 1894, p. 1126. — Bougan, Th. de Paris, 1891-1892, n° 257.

ne saurait-on établir un pronostic d'ensemble, et cela d'autant plus qu'il est souvent impossible de reconnaître au début si un anthrax sera ou non diffus. C'est un point sur lequel Paul Broca, Trélat, Boinet ont insisté en 1865, devant la Société de chirurgie, dans une discussion où l'on a bien mis en relief cette *variabilité de pronostic*. De là les divergences d'auteurs tels que Velpeau, Denucé, Nélaton. Pour Nélaton, l'anthrax est une affection bénigne, qui ne mérite pas un traitement énergique; et Velpeau affirme n'avoir perdu que 14 malades sur 184. Mais Denucé en a vu succomber 6 sur 21, et l'on conçoit qu'il se soit demandé s'il n'existe pas, dans le Bordelais, une *forme maligne* de l'anthrax : hypothèse qui n'a d'ailleurs pas souri à la majorité des chirurgiens.

Ainsi, il est très délicat de porter le pronostic d'un anthrax. Il faut analyser avec grand soin les phénomènes locaux et généraux, l'âge, l'état constitutionnel et dyscrasique du malade.

Diagnostic. — Le diagnostic, presque toujours évident, ne mérite pas qu'on s'y arrête bien longtemps. La confusion avec le *furoncle* est une erreur de pronostic plutôt que de diagnostic; le tout est de ne pas faire prévoir la bénignité absolue d'un furoncle un peu gros tant que le mal n'est pas absolument limité, surtout si l'état général est défectueux.

Le *phlegmon* est sous-cutané et non pas cutané; à son niveau, la peau ne présente pas les points multiples, jaunes ou bruns, auxquels succéderont autant de perforations du derme.

Certains anthrax torpides ressemblent aux *périfolliculites agminées*, qui seront décrites plus loin.

L'anthrax est quelquefois pris pour une *pustule maligne*, erreur dans laquelle la frayeur joue un grand rôle, car les caractères distinctifs, exposés au diagnostic du furoncle, sont nettement tranchés. Cette erreur conduit à une thérapeutique trop active, sans doute, mais non point à une abstention aisément néfaste, comme quand on confond avec un vulgaire furoncle un début, bénin en apparence, de pustule maligne.

Traitement. — Le traitement de l'anthrax doit être général et local.

Le *traitement général* s'adresse à plusieurs indications. Au début, la santé générale étant préalablement bonne, on a conseillé de combattre l'état gastrique par un éméto-cathartique, aujourd'hui peu en faveur. Si les douleurs sont vives, causent de l'agitation, de l'insomnie, on administrera les opiacés. Pendant les périodes de suppuration et de cicatrisation, on insistera sur une alimentation abondante, sur la médication tonique : on voit ainsi se fermer des plaies jusque-là de mauvais aspect; la suralimentation à l'aide de la poudre de viande peut être indiquée. Une fois la guérison obtenue, on prescrira le traitement de la furonculose, pour tâcher d'éviter les récidives. Si le sujet est glucosurique, on instituera le traitement spécial du diabète.

Le *traitement local* comprend des moyens non sanglants et des méthodes chirurgicales proprement dites. Ces deux thérapeutiques ont chacune leurs indications particulières.

Les *topiques abortifs* n'ont pas ici la même efficacité que pour le furoncle. Malgré Marjolin, on a renoncé aux applications réfrigérantes; et les emplâtres compressifs divers ne sont plus guère employés. D'autre part, comme pour le furoncle, le *cataplasme* est aujourd'hui proscrit.

Les émollients sont cependant utiles et l'on ne saurait leur refuser une action sédative sur la douleur. Aussi a-t-on cherché, de nos jours, à utiliser l'humidité antiseptique et l'on a recommandé d'appliquer sur la région malade des compresses recouvertes d'une toile imperméable. Verneuil [1] a spécialement insisté sur les effets remarquables que, même dans des cas graves, il a obtenus par des séances répétées de pulvérisation antiseptique.

Le *traitement opératoire* de l'anthrax comprend d'abord quelques méthodes tout à fait abandonnées : la discision sous-cutanée, la destruction par les caustiques chimiques n'ont plus leur raison d'être depuis que nous savons nous mettre à l'abri des complications septiques des plaies. L'intérêt de toutes ces tentatives est devenu purement historique, malgré une tentative de Polaillon [2], par exemple, pour réhabiliter les flèches de chlorure de zinc.

La seule méthode actuellement recommandable est l'*incision large*. Pour un petit anthrax, on peut se contenter de le fendre dans toute son épaisseur, selon un seul de ses diamètres, mais il vaut mieux ériger en principe que l'incision sera radiée, simplement cruciale si l'anthrax est petit, à branches multiples, de nombre variable, s'il est volumineux. Les rayons doivent aller jusqu'à la limite des parties indurées et ils doivent, d'autre part, en comprendre toute l'épaisseur. Ils seront en nombre suffisant pour n'être pas, à la périphérie, distants de plus de 3 à 4 centimètres.

Les chirurgiens ne sont pas tous d'accord sur l'instrument auquel il faut donner la préférence pour pratiquer ces larges débridements : les uns préconisent le bistouri, les autres le thermocautère. Je ne crois pas qu'il faille être exclusif et, dans bien des cas, le mieux semble être d'associer les deux.

Le bistouri a l'inconvénient de créer des plaies qui saignent, qui sont aptes à absorber pendant quelques heures les produits infectieux accumulés dans l'anthrax; il a surtout le défaut de ne pas avoir, à distance, une action stérilisante comparable à celle que possède la chaleur dégagée par le fer rouge. Malgré les appréhensions de Verneuil qui, selon sa tendance générale, expliquait volontiers, ici comme ailleurs, par l'auto-inoculation traumatique des revers dus en réalité à une insuffisance d'antisepsie, malgré ces appréhensions, le bistouri n'est pas dangereux : il est seulement, dans certains cas tout au moins, d'une efficacité inférieure à celle du fer rouge. Mais, d'autre part, fendre au thermocautère un vaste anthrax est une opération parfois longue et laborieuse, capable de nécessiter une anesthésie prolongée. Il sera donc souvent indiqué de faire rapidement au bistouri les grandes tranchées, dans lesquelles on portera ensuite le couteau incandescent; puis à la périphérie, dans l'aire des secteurs enflammés et jusque dans la zone œdémateuse, on enfoncera des pointes de feu profondes.

Après ces larges débridements, on appliquera, bien entendu, des pansements humides à l'acide phénique ou au sublimé; si la région s'y prête, on fera précéder leur renouvellement, deux fois par jour, d'un bain antiseptique à 45 ou 50 degrés; mais la plupart du temps, vu le siège ordinaire des anthrax, cette balnéation sera impossible et on la remplacera par les pulvérisations phéniquées.

Pour aller plus vite en besogne, on a essayé l'ablation complète du mal, soit comme complément de l'incision, soit comme extirpation proprement dite. Par une ou plusieurs incisions intéressant toute l'épaisseur des tissus enflammés,

[1] VERNEUIL, *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1888, 2e série, t. XIX, p. 57.
[2] J. DUBOUT, Thèse de doct. de Paris, 1888-1889, n° 381. — BOUGAN, Thèse de doct. de Paris, 1891-1892, n° 257.

on peut exciser aux ciseaux toutes les parties malades. Il y a longtemps que cette opération a été faite par Blakley. En 1881, Le Fort a raconté à la Société de chirurgie qu'il avait vu des chirurgiens russes enlever l'anthrax à la curette après l'avoir incisé; lui-même s'était bien trouvé de cette pratique. L'extirpation proprement dite, pratiquée comme celle d'une tumeur, a été proposée par Paul Broca à la Société de chirurgie en 1865, et elle a été adoptée en principe par U. Trélat pour certains anthrax rapidement envahissants. En 1881, L. Labbé en a précisé une indication, pour les anthrax ligneux, trop durs pour être bien incisés au bistouri; l'incision n'atteint qu'à grand'peine la limite profonde du mal, et de plus, une fois qu'elle est pratiquée, elle n'a aucune tendance à bâiller, et ne donne issue à aucune parcelle purulente ou bourbillonneuse.

Tels sont les méthodes et procédés auxquels on a eu recours. Il reste à établir quelles sont les indications respectives de chacun, et sur ce sujet les discussions sont anciennes et nombreuses. Cette question a occupé l'Académie de médecine en 1866 et 1888, la Société de chirurgie en 1865 et en 1881, à ne parler que des débats importants devant les Sociétés françaises. De ces discussions ressort une notion capitale, sur laquelle, à diverses époques, ont insisté Velpeau, Michon, Trélat, Nicaise, Tillaux. Pas plus pour la thérapeutique que pour le pronostic il n'y a un anthrax : c'est des anthrax qu'on doit s'occuper. Il en est de grands et de petits, de douloureux et d'indolents, de circonscrits et de diffus. Avec les uns, l'état général est bon; avec d'autres, il est assez grave pour dominer la situation et exiger une désinfection immédiate et totale du foyer septique. On n'incisera pas les anthrax petits, circonscrits, des sujets jeunes et en bon état, si la vivacité des souffrances n'est une indication au débridement. On évacuera les collections purulentes, s'il s'en forme sous l'anthrax ou à côté de lui. On surveillera, pour les fendre à la première alerte, les petits anthrax de la face et du cou. Inversement, on doit sans tarder recourir aux incisions profondes et multiples dans les vastes anthrax diffus, à marche envahissante. Il semble, sans doute, que les pulvérisations antiseptiques puissent éviter l'intervention sanglante dans certains cas qui naguère relevaient à peu près sans conteste du bistouri ou du fer rouge; souvent, en effet, elle calme la douleur et limite l'envahissement; malgré cela, on ne saurait prétendre que tous les anthrax doivent s'ouvrir d'eux-mêmes et se déterger spontanément sous le spray phéniqué. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, depuis quelques années, *lorsqu'il n'y a pas tendance à la diffusion*, on cherche à étendre le domaine des simples applications antiseptiques et à restreindre celui de la chirurgie sanglante. Mais on se gardera des exagérations abstentionnistes de Verneuil.

II

PÉRIFOLLICULITES PILAIRES

Les périfolliculites pilaires doivent être divisées en *agminées* et *isolées*. Les agminées seules ont quelque intérêt chirurgical.

Les périfolliculites agminées, à leur tour, offrent dans les diverses régions du corps des différences qui semblent tenir avant tout au degré de développement auquel parvient le follicule pileux. Les *périfolliculites des poils complètement développés* du cuir chevelu sont encore assez peu décrites. Celles des poils de la barbe constituent le *sycosis*, affection dont la connaissance est des plus anciennes. Pour les dermatologistes, cette variété est la plus importante, et pendant longtemps on ne s'occupait guère que d'elle, en ajoutant, toutefois, qu'une lésion analogue pouvait se déclarer en d'autres régions du corps. Depuis quelques années, on s'est attaché davantage à l'étude des *périfolliculites agminées des régions à poils de duvet*, et c'est même parmi elles que le chirurgien trouvera, presque exclusivement, les périfolliculites dont il aura à connaître.

Hébra, *Traité des maladies de la peau*, trad. Doyon. Paris, 1869, t. I, p. 735. — Kaposi, *Leçons sur les maladies de la peau*, trad. Besnier et Doyon. Paris, 1881, t. I, p. 5, et t. II, p. 12, 31, 395, 406, 424, 440. — Duhring, *Traité pratique des maladies de la peau*, trad. Barthélemy et Colson. Paris, 1883, p. 324, 716, 741. — Bazin, art. Mentagre du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1873. — Barthélemy, Sur un cas de sycosis non paras. généralisé, etc. *Annales de dermat.*, 1880, p. 525. — E. Besnier, art. Sycosis du *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1884. — H. Leloir, Sur une variété nouvelle de périfolliculites suppurées, etc. *Bull. de la Soc. anat.*, 1884, p. 364, et *Ann. de dermat.*, 1884, p. 437. — Poncet (de Lyon), Impétigo sycosiforme du pouce, etc. *Ann. de dermat.*, 1887, p. 435. — Petersen, Ueber eitrige durchlöchernde Hautentzündung. *Arch. für klin. Chir.*, 1888, t. XXXVII, p. 666. — J. Pallier, Des périfolliculites agminées en plaques. Thèse de Paris, 1888-1889, n° 87 (bibliogr.).

1° *SYCOSIS DE LA BARBE*

Le sycosis de la barbe est caractérisé, à la période d'état, par des pustules acuminées, situées à la base des poils et, consécutivement, par la production d'indurations tuberculeuses cutanées et sous-cutanées.

On trouve dans les auteurs anciens, Pline, Celse, Galien, Paul d'Égine, Aétius, des descriptions qui se rapportent certainement au sycosis, parasitaire ou non, quoiqu'il y ait cependant des confusions évidentes avec d'autres lésions, syphilitiques peut-être, de la peau. Les premiers dermatologistes ont discuté sur son *élément* : tubercule pour Bateman, S. Plumbe; pustule d'après Biett. Ces distinctions n'ont plus d'intérêt depuis que Cazenave a montré qu'il s'agit d'une inflammation des follicules pileux; le sycosis est pustuleux si le seul conduit excréteur est enflammé; il est tuberculeux si la lésion atteint la profondeur du cul-de-sac.

Si l'on considère au sycosis des degrés suivant la profondeur où s'étend l'inflammation du derme, on peut donc dire que le début a lieu par une pustule un peu prurigineuse, acuminée, traversée par un poil. Un liquide blanchâtre soulève l'épiderme. La lésion s'arrête parfois à ce stade. Mais souvent il survient dans la peau des nouures arrondies, des tubercules, pouvant arriver au volume d'une cerise et devenant alors un peu dépressibles. Ces tubercules sont isolés dans le sycosis noueux; petits et confluents, ils constituent le sycosis anthracoïde, à surface granitée, montrant la série agminée des orifices pilaires et laissant sourdre, à la pression latérale, autant de gouttes de pus qu'il y a de follicules altérés. Il y a quelquefois de l'induration hyperplasique autour des follicules enflammés, et de là la variété rare dite sycosis chéloïdien. Au dernier degré enfin, les tubercules s'exulcèrent, se recouvrent de croûtes, tandis que, dans la profondeur, l'inflammation s'étend sous forme de furoncles, d'abcès intra ou sous-dermiques. Les lésions coexistent souvent aux divers états, elles évoluent par poussées successives et leur durée est indéterminée. La maladie est très