

tivité extrême se manifestant par un œdème physiologique presque constant; entre la basale des sudoripares et le système sanguin, il y a des rapports de voisinage, presque de contiguïté, très étroits. Le revêtement épithélial et myo-épithélial de la sudoripare est tout à fait ténu, si du moins l'on admet, avec Renaut, que les cellules ne sont pas adhérentes sur leur côté. Enfin L. Torök a vu du sang dans le canal sudoripare sur des préparations de Laufenauer.

Naturellement, on est amené à comparer cette hématurie à certaines hémorragies rénales, la néphralgie hématurique de Sabatier, par exemple⁽¹⁾; c'est un nouveau point de contact entre la pathologie du rein viscéral et celle du rein cutané; mais on doit aussi la comparer à l'hémorragie hystérique du sein rencontrée par Chipault⁽²⁾ et aux différents types d'hémorragies névropathiques ou hystériques signalés par Parrot, par bon nombre de neurologistes, et dans un récent article de Lancereaux.

Pronostic et traitement. — Si on laisse de côté les « sueurs sanglantes » symptomatiques d'état infectieux, et qu'on s'en tienne uniquement à l'hématidrose telle que nous l'avons comprise, on considérera le pronostic de l'accident comme absolument bénin, et l'on pourra facilement rassurer des malades toujours terrifiés.

Quant au traitement, il est celui de l'anomalie générale fondamentale: traitement de l'état nerveux s'il y a névropathie franche, calmants, toniques, etc. Enfin, dans les cas où la relation serait évidente entre la crise d'hématidrose et les hémorragies menstruelles, on favorisera l'apparition de celles-ci par les moyens habituels.

URIDROSE

L'uridrose ou sueur d'urée constitue un accident fort intéressant, mais assez peu dermatologique. Cependant, j'en donnerai une courte description, premièrement pour me conformer à la tradition, et ensuite parce que sa connaissance nous permettra de donner une idée des modifications considérables que peut subir la sueur sous l'influence de causes générales, d'intoxications définies où le tégument ne joue aucun rôle actif. J'ai puisé à peu près tous mes renseignements dans l'excellent travail de Djouritsch⁽³⁾.

Chez quelques malades, cholériques ou urémiques, arrivés à l'agonie, on voit se produire une sueur jaune, visqueuse, parfois odorante, qui, en s'évaporant, laisse des cristaux blancs, disposés en poussières, en petits blocs, en grumeaux, à la surface de la peau. Ce givre d'urée s'observe le plus souvent à la face, au nez, aux sourcils, aux tempes, mais il peut se manifester sur tous les points du corps, sauf à la plante des pieds, et à la paume des mains. Les

⁽¹⁾ A. MALHERBE et F. LEGUEU, Sur les hématuries essentielles. *Assoc. franç. d'urolog.*, 1855.

⁽²⁾ CHIPAULT, *Presse médicale*, 1896, p. 405.

⁽³⁾ DJORITSCH, *Thèse de Paris*, 1895.

cristaux sont accolés à la base des poils ou des cheveux quand il en existe dans la région. On les a vus disposés en petites squames à l'orifice des sudorifères. Ils sont très adhérents. Simultanément, Drasche a observé des cristaux semblables sur la muqueuse buccale et pharyngée.

L'examen de ces cristaux les a montrés composés tantôt d'urée pure, tantôt d'urée mélangé à du sel, à de la graisse, à des débris épidermiques, à des poils follets. Rien ne permet d'affirmer que cette élimination s'opère exclusivement par l'intermédiaire des sudorifères, et que les sébacées n'y jouent pas un rôle plus ou moins important.

Cependant, on sait depuis longtemps qu'il y a de l'urée dans la sueur normale, et aussi de l'acide urique, de l'oxalate de chaux, etc., dans des circonstances anormales plus ou moins variées.

Il est donc très légitime d'admettre que l'uridrose traduit l'effort des sudoripares pour suppléer à l'insuffisance de l'élimination rénale. En dehors des épidémies cholériques, c'est constamment le brightisme, ou des processus avancés de néphrite qui déterminent l'apparition du phénomène. Il n'est pas extrêmement rare, puisque, en 1895, Dieulafoy l'avait rencontré une dizaine de fois; j'en ai vu un exemple typique.

L'uridrose ne comporte pas de traitement; c'est un accident agonique, préterminal. Sur 48 cas réunis par Djouritsch, 47 se sont terminés par la mort; la survie n'a jamais dépassé 5 jours; habituellement, elle ne dure guère que vingt-quatre ou quarante-huit heures.

II. — Lésions des glandes sudoripares.

On doit les diviser en *primatives* et *secondaires*, suivant que l'appareil sudoripare représente le foyer initial, exclusif ou non de la maladie, ou qu'au contraire il est frappé d'une manière plus ou moins directe, plus ou moins intense au cours de processus pathologiques apparus au voisinage.

Des *lésions secondaires*, nous n'avons guère à nous occuper ici; elles ont été signalées en temps et lieu, c'est-à-dire au fur et à mesure qu'ont été décrites les maladies qu'elles accompagnent. En fait, il est facile de comprendre comment et pourquoi l'appareil sudoripare est atteint au cours des inflammations de voisinage, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse de tuberculose, de lèpre, de staphylococcie, ou de tout autre processus encore mal déterminé, comme le lupus érythémateux, etc.

D'une manière générale, il peut y avoir participation du glomérule à toutes les inflammations cutanées; mais cette participation est extrêmement variable d'un malade à un autre, ou même, simplement, d'une préparation à une autre, l'une et l'autre étant empruntées à la même lésion. Ce sont des altérations qu'on peut qualifier d'inflammatoires elles-mêmes, et elles ont naturellement pour théâtre habituel le tissu conjonctif périglomérulaire. Normale-

ment, ce tissu conjonctif présente des signes d'activité variables, mais presque constants, et qui relèvent simplement d'un mécanisme de sécrétion glandulaire; nous savons, en effet, que l'œdème constitue un état physiologique pour peu que la glande soit en activité. L'activité circulatoire sanguine, l'intensité des échanges sont autant de raisons qui le déterminent; par suite, une inflammation diffuse dans le derme y trouve un excellent terrain. Si cette inflammation est intense ou prolongée, des altérations se produiront bientôt et très énergiquement dans la glande elle-même, et il peut devenir impossible de savoir si la lésion que l'on examine est primitivement ou secondairement une idrosadénite. De cela, on a un excellent exemple dans l'histoire des « tuberculides » qui ont été longtemps décrites comme des idradénites primitives; il est, au contraire, très vraisemblable que l'adulteration initiale, tuberculeuse ou autre, a son siège dans le système sanguin du voisinage (thrombo-phlébite de Philipson). Ce n'est là qu'un simple exemple, et si nous voulions décrire les lésions que les sudoripares peuvent subir du fait des altérations développées au voisinage, nous ferions une besogne tout à fait inutile ici, et stérile.

Les lésions primitives des glandes sudoripares sont, au contraire, vraisemblablement assez exceptionnelles, beaucoup plus qu'on ne l'a cru jusqu'à présent. Et même parmi celles qu'on doit considérer et décrire comme telles, plusieurs sont bien moins déterminées qu'on ne le pense. Il est même fort probable que leur nombre est très petit, parce que la plupart traduisent des processus de rétention ou de congestion de voisinage.

A ma grande surprise, je me suis aperçu que, à consulter la série des auteurs qui s'en sont occupés, on se trouve plongé dans l'obscurité la plus complète, car, manifestement, les auteurs décrivent sous le même nom des maladies différentes; une classification purement anatomique, telle que celle de Pollitzer, ne peut être utilisée ici, d'autant plus qu'elle réunit des troubles tout à fait différents les uns des autres; de plus, les notions histologiques que nous possédons à leur sujet sont encore incomplètes.

L'inflammation, dont le point de départ se trouve dans les sudoripares, les idrosadénites, en un mot, devraient, semble-t-il, constituer la première partie de ce stade. Il n'en est rien, et elles ne figureront même pas ici. En effet, on a déjà vu que les idrosadénites, idradénites disséminées, ont été étudiées ailleurs. D'autre part, les idrosadénites phlegmoneuses de Verneuil, le fameux abcès tubéreux de l'aisselle ou du conduit auditif externe, relèvent exclusivement des traités de chirurgie; j'ajoute même incidemment que leur point de départ intrasudoripare a encore besoin d'être démontré, car je n'en ai pas trouvé une seule preuve convaincante. Sans doute, parmi les « furoncles » ou les soi-disant « folliculites », il en est peut-être dont l'origine a été une idradénite; mais nous manquons de renseignements précis. J'ai décrit comme d'origine sudoripare une curieuse éruption papuleuse et suppurée que R. Winternitz a montré être particulière aux laitiers. Mais elle ne mérite pas de nous arrêter plus longtemps.

En fait, les lésions qui nous occuperont sont presque uniquement des lésions de rétention ou, du moins, passent pour telles en tout ou en partie. Pour les systématiser, nous aurons recours non pas à leur histologie, mais simplement aux données fournies par l'observation étiologique et clinique. Ce seront successivement :

- 1° La miliaire cristalline;
- 2° Les sudamina;
- 3° Les miliaires d'été.

L'idrocystome sera mieux à sa place parmi les tumeurs.

1. — MILIAIRE CRISTALLINE

On donne le nom de miliaire cristalline aux éléments de l'éruption vésiculeuse claire que l'on voit survenir indépendamment de tout phénomène inflammatoire connexe chez les individus atteints d'infections générales graves, à la période pré-agonique, le plus souvent.

Description clinique. — Chez un certain nombre de malades atteints de pyrexie ou d'infection grave : septicémie, infection puerpérale, fièvre typhoïde, endocardite, scarlatine, rhumatisme articulaire, etc., on voit se produire brusquement, sans aucun symptôme prémonitoire, sans prurit, une éruption souvent très étendue, formée par des vésicules remplies de liquide clair. Ces vésicules ont, en général, les dimensions d'un grain de semoule; elles peuvent, du reste, s'étendre un peu, se réunir par leurs bords, et constituer ainsi de petites phlyctènes. Le liquide est acide d'après Lallier; Neumann l'aurait rencontré alcalin. Ces vésicules sont indolentes; leur contenu reste toujours limpide. Elles se dessèchent, desquamant et ne laissent aucune trace.

La miliaire cristalline occupe principalement les flancs, le thorax, le bas-ventre et le côté de la flexion des membres; elle apparaît en poussées uniques ou successives. On ne l'observe guère qu'au cours des infections très graves, et elle est ordinairement considérée comme un phénomène pré-agonique. Elle présente ce caractère tout spécial de persister après la mort sans modification apparente. La miliaire cristalline n'a aucun intérêt clinique; exceptionnellement elle peut se produire au cours de pyrexies intenses, mais susceptibles de guérison.

Sur l'étiologie de la maladie, nous savons peu de choses. On peut admettre que la miliaire cristalline est consécutive à des sueurs déterminées soit par l'infection même, soit par une hyperthermie considérable. Il me semble pourtant que nous la rencontrons beaucoup moins souvent que nos prédécesseurs; il est permis de supposer que si le fait est vrai, cela tient aux modifications profondes que l'emploi des bains froids et des médicaments hypothermisants ont apportés dans la thérapeutique des affections au cours desquelles on observait habituellement les sudamina.

Anatomie pathologique. — La confusion maintenue longtemps entre les différentes espèces de miliaire fait que l'on peut difficilement se fier aux examens histologiques antérieurs à ces dernières années. Cependant la miliaire cristalline vraie a été étudiée par Torök⁽¹⁾, par Unna. Ils ont vu que la vésicule était constituée par une cavité logée dans l'épaisseur de la couche cornée, qu'elle contenait un liquide limpide et acide, et que la lésion ne s'accompagnait d'aucun phénomène inflammatoire ou congestif dans le reste de l'ectoderme ou dans le corps papillaire. Le canal sudorifère débouche au milieu du plancher de la collection. Unna pense qu'au début la lésion se manifeste comme un « porokyste » sudoral, puis que celui-ci s'étend en décollant les strates cornées. On ne donne pas de renseignements sur l'état du glomérule.

Il n'y a pas lieu d'insister sur le traitement de la miliaire cristalline.

2. — SUDAMINA

Par *sudamina*, on entend les petites vésicules disséminées, plus ou moins nombreuses, que l'on voit survenir sur le tégument du tronc et de la face antérieure des membres chez certains malades atteints de pyrexies, exanthématiques ou non, très hyperthermisantes, telle que la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, la scarlatine.

Ces éléments diffèrent de la miliaire cristalline en ce qu'ils ne sont pas aussi nombreux; leur volume est habituellement moindre; ils n'ont pas la même signification pronostique; tantôt ils disparaissent après une desquamation fine, tantôt leur contenu devient louche, et ils peuvent s'entourer d'une rougeur légère et fugitive.

En soi, le sudamina est un phénomène clinique sans importance, car il ne se complique jamais; mais il sert de transition entre la miliaire cristalline et la miliaire d'été. On peut admettre que, parmi les cas étudiés comme miliaire rouge et blanche, quelques-uns font partie de ce que nous appelons ici sudamina.

Anatomie pathologique et pathogénie. — J. Renaut considère le sudamen comme une petite phlycténule, c'est-à-dire qu'elle résulte d'un soulèvement des couches cornées au niveau de la couche granuleuse; il ajoute que le canal excréteur de la glande sudoripare s'ouvre sur le plancher de cette phlycténule, « dont la cavité prend ainsi l'aspect d'un entonnoir cordiforme qui semble n'être que l'excessive dilatation du canal sudorifère dans son trajet à travers le corps muqueux ». Il ajoute que le liquide peut se troubler par l'arrivée des globules blancs, et il explique ainsi pourquoi Neumann a trouvé alcalin le liquide dont Lallier avait constaté l'acidité. Il admet, en somme,

(1) TÖRÖK, *Histopathologie der Hautkrankheiten* de Unna et article cité de Torök.

que les sudamina sont formés mécaniquement sous l'influence d'un véritable *coup de sécrétion sudorale* (1). On ne manquera pas de rapprocher cette description de celle sensiblement postérieure de Torök et de Unna, à propos de la miliaire cristalline. On peut dès lors se demander si cette dernière est autre chose qu'une éruption confluyente de sudamina, dont le liquide n'arrive pas à la transformation purulente, parce que la mort ou toute autre cause interrompt leur évolution normale.

En fait, déjà Renaut note la présence autour du glomérule de signes nets d'œdème et de congestion. Coets (2), examinant des sudamina provenant d'un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, conclut qu'ils sont formés par une dilatation de l'excréteur sudoripare dont l'orifice extérieur est obstrué par des collections de cellules lymphatiques; mais la présence de ces leucocytes ne résulte-t-elle pas simplement des modifications apportées par une infection secondaire?

Thérapeutique. — Mêmes réflexions qu'à propos de la miliaire cristalline. Les sudamina ont encore moins d'importance en ce sens qu'ils n'ont pas même une signification pronostique.

5. — MILIAIRE D'ÉTÉ

Nous étudierons ici les altérations cutanées qui peuvent survenir sous l'influence de la chaleur extérieure, sans nous occuper de celles qui résultent de l'action de la lumière solaire, ou électrique, etc.

On peut leur conserver le nom de miliaire d'été, parce que, en effet, les vésicules dites miliaires y surviennent souvent; mais il ne faudrait pas croire qu'elles y soient constantes.

Étiologie. — Elles sont très fréquentes, il n'est nullement nécessaire d'habiter les climats tropicaux pour les observer; nous voyons par les études des dermatologistes américains qu'elles sont fréquentes dans les zones septentrionales des États-Unis. C'est le *Priekly heat* des Anglais; les *calori* des Italiens; je puis dire qu'on les rencontre fort bien à Toulouse; un de mes collègues, qui a été longtemps médecin de la marine de l'État, m'a déclaré qu'elles étaient tout à fait semblables aux bourbouilles. C'est la gale *bédouine* des Algériens, le lichen *tropicus* de Willan, etc.

Manifestement, cette éruption apparaît sous l'influence de la chaleur saisonnière, et elle cesse aussitôt que la température s'abaisse. Mais la chaleur n'est pas un élément suffisant; il faut aussi l'*humidité*. Mondot dit qu'on ne les observe guère, en Algérie, que dans la zone côtière. Elles sont assurément beaucoup mieux développées aux bords de la mer; c'est peut-être la raison pour laquelle les créoles antilliens en souffrent presque tous. Je ne sais pas si

(1) J. RENAUT, art. *Dermatoses* du *Dictionnaire de Dechambre*, t. XXVIII, p. 227.

(2) COETS, Cité par Jarisch.

on les observe dans les régions désertiques; mais elles y sont certainement plus rares.

La chaleur et l'humidité en sont les seuls facteurs réellement actifs; mais d'autres conditions peuvent sinon les faire apparaître, du moins les modifier et les compliquer: ainsi la misère, la malpropreté, etc. On verra que les médecins de marine ont signalé l'infection des bourbouilles sur les bateaux qui revenaient de la conquête de Madagascar; et sans aller aussi loin, Perrin a décrit les pyodermes sudorales qu'il observe journallement en été sur les enfants pauvres et sales de Marseille. Il est probable que les Européens, et en particulier les non acclimatés sont particulièrement aptes à être atteints. Je n'ai du reste aucun renseignement sur la manière dont se comportent à cet égard les races de couleur. Enfin, tout le monde sait que les enfants y sont spécialement exposés.

Symptomatologie. — Nous considérons donc comme appartenant aux miliaires estivales une série de manifestations qu'on en sépare parfois bien inutilement; et la plupart des miliaires rouges et blanches classiques y rentrent aussi bien que le prickly heat ou les pyodermes sudorales. Il paraît utile, toutefois, de distinguer:

- 1° Les formes congestives;
- 2° Les formes papuleuses;
- 3° Les variétés suppuratives.

1° *Formes congestives.* — Ce sont celles que l'on rencontre même dans les climats tempérés, celles que nous observons couramment, et qui existent aussi bien à Vienne et partout ailleurs. Elles comprennent la miliaire rouge et blanche, et probablement la plus grande partie des cas que les médecins de langue anglaise appellent prickly heat.

L'élément typique est représenté par la fine vésicule de miliaire limpide coiffant une tache rouge limitée, très légèrement saillante; il est difficile de savoir si la vésicule précède la tache congestive, ou si elle la suit; très probablement, elle en est à peu près contemporaine. Mais, très souvent, la tache rouge ne se coiffe d'aucune miliaire. Tantôt ces points congestifs sont disséminés, tantôt ils sont si nombreux qu'ils se réunissent en territoires d'un rouge vif, veloutés, chauds au toucher, un peu saillants, sur lesquels on aperçoit quelques vésicules brunes limpides, d'autres blanchâtres, d'autres desséchées.

On les observe un peu partout, beaucoup sur les membres dans le sens de la flexion, dans les plis; ils surviennent avec une rapidité extrême et disparaissent de même aussitôt que la température ambiante baisse. Leur apparition s'accompagne habituellement de prurit; mais, dans les formes légères, les démangeaisons peuvent faire défaut complètement. Bien entendu, le grattage peut leur apporter les modifications et les complications habituelles.

2° Les *formes papuleuses* ne sont que l'exagération des précédentes; elles se réalisent quand la chaleur persiste ininterrompue et vive. Ce sont celles que

l'on observe dans les pays chauds; elles répondent à la gale bédouine, aux bourbouilles, etc. La rougeur s'accompagne donc d'un certain degré d'infiltration limitée, en forme de papule plus ou moins exsudative; l'élément miliaire y devient beaucoup moins appréciable, peut-être parce que le grattage, violent et constant, le détruit aussitôt. Comme les formes simples, congestives, elles disparaissent spontanément aussitôt que la chaleur diminue, ou même, simplement, lorsque le malade peut se soustraire à l'influence d'une atmosphère humide, marine ou non.

3° Les *variétés suppuratives* résultent évidemment d'infections secondaires greffées sur les vésicules, ou peut-être sur les papules; Tribondeau a signalé sur les Européens qui revenaient de Madagascar, et qui franchissaient la mer Rouge, de véritables petits lacs de pus superficiels: Perrin⁽¹⁾ a rencontré ces variétés pustuleuses, à Marseille, surtout chez les enfants de cinq à dix ans et chez les femmes; elles coexistent avec de simples lésions de miliaire congestive. Elles peuvent aboutir à la formation d'indurations nodulaires dont quelques-unes arrivent à la suppuration; parfois ces papulo-pustules s'entourent de dermatite, et elles laissent après elles des cicatrices.

Anatomie pathologique. — Haight⁽²⁾ en a donné un dessin où la lésion est représentée comme résultant d'un soulèvement de la couche cornée au niveau de l'orifice d'un sudoripare; la maladie serait donc déterminée par l'accumulation de la sueur à ce niveau, et non par son action irritante. On a vu plus haut la structure des vésicules miliaires cristallines et aussi celle des sudamina, et on peut les comparer à celles décrites par Haight, et les auteurs suivants.

Török a trouvé que les vésicules de miliaire rouge répondaient à des vésicules inflammatoires logées dans l'épaisseur de l'épiderme et sans rapport avec les canaux sudorifères⁽³⁾. Unna confirme sa manière de voir; d'après lui, elles se développent dans les couches cornées inférieures, comme dans le cheiro-pompholyx. La cavité est creusée entre les couches cornées et les cellules épineuses refoulées et comprimées. Le contenu n'est pas fibrineux; il offre des leucocytes mono et polynucléaires, des cellules épithéliales, etc. Ces vésicules peuvent se mettre secondairement en rapport avec des excréteurs des sudoripares.

Voici donc une seconde manière de voir exactement contraire à celle de Haight. Pour Pollitzer⁽⁴⁾ il partage les différentes miliaires en trois classes: la *miliaire superficielle* qui est la miliaire cristalline et qui est due à une obstruction du canal sudorifère dans les couches supérieures du stratum corneum; — la *miliaire moyenne rouge*, celle qui nous intéresse actuellement; — et la *miliaire profonde* qui est l'idrocystome.

(1) PERRIN, *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1897, p. 1086.

(2) HAIGHT, Cité par Kaposi.

(3) TÖRÖK, Cité par Unna.

(4) POLLITZER, The miliaria group. *New York med. Journal*, janvier 1894, p. 12.

De la miliaire moyenne, il admet que les éléments vésiculaires peuvent parfois se produire par un processus d'épidermite inflammatoire tel que Torök l'a décrit; mais d'autres fois il s'agit de véritable porokyste sudorifère. Les phénomènes d'inflammation et de leucocytose y sont réduits au minimum. Habituellement, la cavité est creusée entre la couche épineuse et les strates cornées. Ce serait par la tuméfaction des cellules qui forment la couche cornée que les sudorifères seraient obstrués.

Enfin, Jarisch, qui étudie et figure une préparation d'Eppinger, constate l'existence d'une vésicule inflammatoire dans la couche cornée et au-dessous d'elle, creusée aux dépens de l'élargissement des espaces inter-cellulaires⁽¹⁾.

Tout cela montre qu'en réalité les lésions sont variables et souvent mixtes : tantôt il s'agit de vésicules vraies, tantôt il s'agit de porokystes, les uns et les autres susceptibles de s'infecter et de s'accompagner de phénomènes inflammatoires dermiques.

Quant aux pyodermites sudorales, Pillet en a donné à Perrin une description bien incomplète; toutefois, il signale des glomérules entourés d'une zone de diapédèse violente. Le glomérule même peut être morcelé par cette infiltration lymphatique au point qu'il perd complètement son aspect normal. Le nodule inflammatoire ainsi constitué, aboutit, dans son centre, à la nécrose, puis à une suppuration qui paraît en somme y être limitée.

Pathogénie. — Il paraît probable que la maladie résulte d'une hyper-sécrétion sudorale qui s'accompagne d'une part de phénomènes congestifs péri-glomérulaires, à moins qu'elle ne leur soit consécutive. Quant aux vésicules, les unes sont engendrées par un mécanisme de rétention de la sueur arrêtée au niveau du pore extérieur; les autres traduisent des processus inflammatoires secondaires développés sur un épiderme débilité soit par l'hyperidrose, soit par les changements immédiats dus à la chaleur.

Traitement. — Il faut apporter le plus grand soin à la propreté générale du lésionné, et pour cela le tenir constamment poudré avec des poudres inertes et aseptiques abondantes. On donnera des bains fréquents, mais très peu prolongés; les douches froides seront du reste préférables; on proscriera rigoureusement le port immédiat des vêtements de flanelle sur la peau. Joly a traité les bourbouilles avec succès en les badigeonnant avec de l'acide chromique à 5 pour 100 et en donnant à l'intérieur du bicarbonate de soude et de l'arsenic. D'autres ont conseillé les lotions avec une solution d'acétate de plomb à 2 pour 1000, etc. Par-dessus tout, il faut attacher de l'importance à l'exécution des règles élémentaires de l'hygiène des pays chauds.

⁽¹⁾ JARISCH, *Hautkrankheiten*, p. 560. — La pièce provient d'un malade atteint de « fièvre miliaire » (Schweiss-Friesel).

SUEURS COLORÉES. — Syn. : chromidrose.

Les sueurs colorées sont caractérisées par ce fait que le produit de sécrétion des glandes sudoripares est diversement coloré en jaune, bleu, vert, noir ou rouge par des sels minéraux, des parasites végétaux, de l'hémoglobine, etc.

Voir l'article : *Sudoripares (Maladies des glandes)*, t. IV, p. 402.

SYCOSIS. — Étym. : de *σῦκον*, figue, à cause de l'analogie que présente parfois l'état grenu des folliculites pileaires agminées, avec la coupe ou la surface de déchirure d'une figue.

Les médecins grecs nommaient sycosis des nodules inflammatoires siégeant sur les régions à poils forts et aboutissant à la suppuration. Mais ils en ignoraient les causes, la nature et le traitement.

Depuis Bazin on définit le sycosis une folliculite et le plus ordinairement une périfolliculite pileaire des régions qui contiennent des poils à développement complet. Cependant l'usage réserve le nom de sycosis aux folliculites de la face, à l'exclusion de celles des fosses nasales, du creux de l'aisselle, du mont de Vénus et du cuir chevelu. La mentagre n'est qu'un sycosis mentonnier.

On distingue deux grandes variétés de sycosis : le sycosis vrai et le sycosis trichophytique. Le premier est décrit avec les folliculites (t. II), le second est étudié au chapitre *Trichophytie* (t. IV).

SYPHILOÏDES POST-ÉROSIVES. — Nom donné par L. Jacquet⁽¹⁾ à des

pseudo-papules qui, dans l'érythème simple infantile, se forment souvent au niveau des érosions post-vésiculaires. Ces pseudo-papules, qui se forment par bourgeonnement dermique, peuvent être lenticulaires, arrondies, lisses, ou à bords un peu surélevés, à centre déprimé et suintant : elles peuvent donc simuler les principaux aspects des syphilides papuleuses. Le terme de syphiloïdes post-érosives, qui rappelle à la fois leur aspect et leur origine, est préférable à la dénomination d'*érythème papuleux fessier post-érosif*, proposé tout d'abord, puis abandonné, par Jacquet.

Voir les articles : *Dermites infantiles*, t. I, et *Pyodermites*, t. IV, p. 175.

SYRINGO-CYSTADÉNOME. — Étym. : *σῦριξ*, canal, *κύστις*, vessie, poche, et *ἀθήρωμα*, de *ἀθήνη*, glande.

Nom donné par Török à l'hydradénome éruptif de Jacquet et Darier, ou épithéliome kystique bénin.

Voir l'article : *Adénome*, t. I, p. 285.

SYRINGOMYÉLIE. — Étym. : *σῦριξ*, canal, et *μυελός*, moelle.

On donne ce nom à une maladie nerveuse caractérisée anatomiquement par une excavation médullaire d'origine variable et qui se traduit, entre

⁽¹⁾ JACQUET, Des syphiloïdes post-érosives. *Thèse de Paris*, 1888.