

térisent le début et qui peuvent en rester, au moins pendant longtemps, l'unique manifestation : ces télangiectasies s'exagèrent sous l'influence du froid et des causes de congestion faciale.

Une forme plus prononcée est caractérisée par la présence de placards rouges, occupant le centre des joues, l'extrémité du nez, la partie moyenne du front, et disposés symétriquement; ces placards prennent une coloration violacée sous l'influence du froid et surtout chez les sujets alcooliques.

Les formes pustuleuses de l'acné rosacée revêtent des aspects très variés : les pustules peuvent se superposer à des varicosités ou à des plaques érythémateuses et occuper une grande étendue des surfaces malades, ou bien être disséminées sur ces surfaces et en petit nombre; elles peuvent aussi se montrer en des points où les dilatations vasculaires font encore défaut, et jouer le rôle de cause d'appel au développement des lésions vasculaires.

La forme extrême de l'acné rosée est caractérisée par une tuméfaction considérable des parties atteintes, tuméfaction portant sur toute l'épaisseur du tégument, accompagnée de dilatation des orifices des glandes sébacées; le plus souvent la peau est uniformément rouge ou violacée, plus rarement de coloration normale.

Cette forme porte le nom d'*acné hypertrophique*. Elle s'observe le plus souvent sur le nez, où on lui donne le nom de *rhinophyma*. La tuméfaction peut porter également sur toute l'étendue du nez, ou l'atteindre inégalement, produisant ainsi des saillies souvent irrégulières qui déforment considérablement les traits. L'hypertrophie du nez peut, dans les cas extrêmes, atteindre des dimensions considérables : la dénomination de nez d'une livre (Pfundnase) qui lui est donnée vulgairement en Allemagne en est le témoignage. Cette forme d'acné a été parfois décrite sous les noms d'éléphantiasis ou de fibromes multiples du nez.

Quelle que soit sa forme, l'acné rosée est essentiellement chronique et persistante. Quoiqu'elle ne compromette pas la santé, elle est, par sa durée et par son siège sur les parties découvertes, une des dermatoses les plus pénibles.

Étiologie. — Les causes de l'acné rosée sont, d'une façon générale, les mêmes que celles de l'acné comédon et de l'acné vulgaire.

Elles consistent surtout en troubles des fonctions digestives et génitales; mais, d'une part, ces troubles des fonctions digestives et génitales sont un peu différents de ceux qui provoquent l'acné vulgaire et, d'autre part, il faut y joindre l'action des causes qui modifient la circulation de l'extrémité céphalique.

Les troubles digestifs qui provoquent l'acné rosée sont surtout la constipation et les gastrites ou gastropathies liées à l'alcoolisme.

Il s'en faut cependant que l'alcoolisme doive toujours être accusé de produire l'acné rosée; des sujets d'une sobriété absolue peuvent en être atteints.

Les troubles des fonctions génitales qui provoquent le plus ordinairement l'acné rosée sont la dysménorrhée, surtout celle qui se produit au voisinage de la ménopause, la ménopause elle-même. On voit également l'acné rosée se produire pendant une grossesse, et cesser ou persister après l'accouchement.

L'exposition au froid, à la chaleur excessive, au vent, le froid aux pieds habituel, les vêtements trop serrés (corsages, corsets, cols, etc.) en provoquant la congestion du visage sont des causes actives d'acné rosée.

Les lésions des fosses nasales, en déterminant des troubles circulatoires et des phénomènes réflexes, facilitent la production de cette affection.

La séborrhée du visage prédispose au développement de l'acné rosée.

Contrairement à l'acné vulgaire, qui est l'attribut des jeunes sujets, l'acné rosée ne s'observe guère avant 50 ans, et sa fréquence augmente avec l'âge.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'acné rosée portent à la fois sur les vaisseaux sanguins situés au voisinage du follicule pilo-sébacé, qui sont le siège d'une congestion intense, sur le tissu conjonctif périfolliculaire, qui est infiltré de cellules embryonnaires plus ou moins abondantes, et sur les glandes sébacées qui sont augmentées de volume et présentent des traces manifestes d'inflammation.

Pour Vidal et Leloir, les lésions vasculaires périfolliculaires sont primitives, et tiennent sous leur dépendance les lésions glandulaires; la suppuration du tissu cellulaire précède celle des glandes dans lesquelles l'abcès périfolliculaire pénètre ultérieurement.

Dans les formes hypertrophiques, l'hypertrophie des glandes sébacées atteint des proportions considérables; le tissu conjonctif périglandulaire prolifère, forme des bandes scléreuses dans lesquelles sont creusées les glandes; les vaisseaux lymphatiques contenus dans ce tissu sont considérablement dilatés.

Unna a trouvé dans les glandes sébacées des régions atteintes de couperose les mêmes micro-organismes que dans la séborrhée.

Diagnostic. — Les différentes formes d'acné rosée peuvent exposer à des erreurs de diagnostic nombreuses.

Le *lupus érythémateux* diffère des formes congestives par sa configuration plus nettement arrêtée, par l'absence de varicosités capillaires ramifiées, par la présence de croûtes ou de squames adhérentes poussant des prolongements dans les glandes sébacées, par l'existence de cicatrices en un point quelconque des surfaces malades; en outre, il donne souvent lieu à des lésions de la région pré-auriculaire, du pavillon des oreilles ou du cuir chevelu, qui font défaut dans l'acné rosée.

La *xérodémie pilaire* érythémateuse diffère de l'acné rosée congestive par ses localisations, par l'existence de petits cônes cornés ou de cicatricules correspondant à des follicules pilaires.

Les *eczémas* se différencient de l'acné rosée par la présence de vésicules ou de squames, les *eczémas* séborrhéiques par la présence de croûtes grasses. Il est néanmoins des cas où la distinction est des plus embarrassantes.

Les *engelures* du nez et des joues rappellent parfois de très près l'acné rosée, elles s'en distinguent cependant par leur développement plus rapide, par leur coloration plus livide, par l'algidité des plaques érythémateuses, par la coïncidence de lésions analogues sur les oreilles ou les pieds, et surtout les mains.

Les *syphilides tuberculeuses* du visage peuvent simuler l'acné rosée, surtout dans ses formes érythémato-pustuleuses. Elles en diffèrent par leur saillie, la dureté de leurs éléments, leur disposition circinée, leur siège en des points autres que ceux qui sont occupés par l'acné rosée.

L'acné hypertrophique peut également être confondue avec les syphilides tuberculeuses, qui s'en distinguent par la coexistence de lésions analogues en différents points du visage, par leur développement plus rapide.

Le *rhinosclérome* se caractérise par une tuméfaction du nez portant surtout sur le voisinage des narines, par la présence au niveau de l'orifice de celles-ci

d'une tuméfaction dure et scléreuse, par l'intégrité du revêtement cutané du nez.

Traitement. — Le traitement interne de l'acné rosée est à peu près identique à celui de l'acné vulgaire. Il doit comprendre l'emploi des antiseptiques intestinaux, des laxatifs ou des purgatifs chez les sujets qui ont une tendance à la constipation, l'usage des alcalins chez les sujets présentant de l'hyperchlorhydrie et chez ceux qui sont fortement entachés d'arthritisme, le traitement des troubles menstruels, s'il en existe; en un mot, il faut traiter tous les états locaux et généraux qui peuvent déterminer le développement ou la persistance de l'acné rosée.

L'hygiène des acnéiques doit également être réglée; ils doivent éviter l'usage de tous les aliments qui, renfermant des toxines ou des substances irritantes, peuvent provoquer des congestions cutanées; ils doivent, en général, s'abstenir de boissons alcooliques ou excitantes, telles que le thé, le café, boire du lait, de l'eau pure ou des infusions aromatiques légères; ils doivent protéger leur visage contre l'action de la chaleur, du froid, du vent, éviter le froid aux pieds, la constriction du thorax ou du cou par les vêtements.

Le **traitement local** consiste surtout dans l'emploi des préparations soufrées (lotions soufrées, pommades à base de soufre ou d'ichthyol, etc.), et est identique à celui de l'acné vulgaire.

En outre, on aura recours aux lotions avec des liquides très chauds (eau simple ou légèrement aromatisée, solutions faibles de sublimé) qui décongestionnent très nettement les téguments.

Dans la grande majorité des cas, ces moyens sont insuffisants à guérir l'acné rosée et il faut recourir à des traitements plus actifs: les scarifications linéaires répétées dans les formes érythémateuses, les cautérisations ignées ponctuées dans les formes pustuleuses.

Quant aux formes hypertrophiques, on peut obtenir la réduction partielle de leur volume par l'usage persévérant des préparations soufrées; mais, tôt ou tard, pour peu qu'elles aient atteint un certain développement, on est obligé d'en venir aux seules médications qui leur conviennent, la destruction par le fer rouge ou l'ablation par le bistouri: nous ne pouvons entrer ici dans le détail des procédés opératoires applicables dans ces cas.

ACNÉ CHELOÏDIENNE

Définition. — On donne le nom d'acné chéloïdienne, de sycosis chéloïdien ou de chéloïde acnéique, à une affection caractérisée par le développement de pustules et ultérieurement de masses de tissu fibreux analogues aux chéloïdes, affection qui siège presque exclusivement à la nuque.

Description. — Le début de l'acné chéloïdienne se fait par des pustules du volume d'une tête d'épingle, hémisphériques, entourées d'une aréole inflammatoire, généralement avec un certain degré d'induration périphérique; ces pustules siègent toujours autour d'un poil.

Au bout d'un temps variable, l'infiltration périphérique devient plus prononcée, et, arrivée à sa période d'état, l'affection est constituée par des nodosités saillantes, de surface légèrement brillante, de coloration rouge, parfois parcourue par

des varicosités capillaires; ces nodosités ont une consistance ferme et fibreuse; leurs limites sont nettement accusées et, immédiatement autour d'elles, la peau reprend son aspect normal. Ces nodosités font une saillie de 3 à 4 millimètres, elles ont une forme arrondie ou allongée et sont souvent réunies de façon à constituer une plaque transversale, de 1 à 2 ou 3 centimètres de hauteur, à bords droits ou sinueux, ou bien elles restent isolées les unes des autres.

Les poils font pour la plupart défaut sur la partie saillante de la lésion; ceux qui persistent sont durs, épais, disposés par places en bouquets, souvent entourés d'une pustule ou d'une excoriation consécutive à une pustule.

La marche de l'affection est très lente. Elle dure des années sans modification et est très rebelle à la thérapeutique.

L'acné chéloïdienne a pour siège de prédilection ou, pour mieux dire, pour siège exclusif la nuque, à quelques centimètres au dessus de la bordure du cuir chevelu. Elle débute presque toujours au niveau des plis profonds que le tégument fait dans cette région.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'acné chéloïdienne ont été l'objet de recherches nombreuses de la part de Mibelli, Dubreuilh, Unna, Mantegazza⁽¹⁾, etc. Elles ont donné lieu à des interprétations variées. Il est bien établi aujourd'hui, conformément à ce que montre la clinique, que les lésions débent par les follicules, pour atteindre secondairement les tissus avoisinants.

La folliculite initiale est caractérisée anatomiquement par une infiltration de la racine du poil et de la glande sébacée par des leucocytes; autour de ces organes, on voit s'accumuler des cellules qui pour Mibelli sont des lymphocytes et pour Unna des cellules conjonctives.

Ultérieurement se développe un tissu fibreux, feutré, condensé comme celui des chéloïdes, dépourvu de fibres élastiques, occupant la partie moyenne du derme et respectant le corps papillaire et l'hypoderme; on ne trouve plus trace des follicules pileux superficiels qui sont détruits par la néoplasie, tandis que les plus profonds subsistent; la disposition en bouquet des poils persistants tient à ce que ces follicules profonds sont précisément disposés en groupes au centre des territoires arrondis dont se compose le cuir chevelu.

Les agents pathogènes qui provoquent l'acné chéloïdienne ne sont pas exactement déterminés; il semble cependant qu'il n'y ait pas à faire intervenir le micro-bacille décrit par Unna dans l'acné vulgaire.

Étiologie. — Les causes de l'acné chéloïdienne sont complètement inconnues. Il est certain que cette affection diffère essentiellement des autres acnés, avec lesquelles la plupart des auteurs allemands⁽²⁾ se refusent à la confondre et que les causes invoquées pour expliquer le développement des acnés en général sont étrangères à la production de l'acné chéloïdienne. Contrairement aux autres acnés, l'acné chéloïdienne ne s'observe pas chez les sujets jeunes et est presque exclusivement propre au sexe masculin.

L'épaisseur des téguments au niveau de la nuque, le frottement du col de la chemise ont été invoqués pour en expliquer le développement.

⁽¹⁾ MANTEGAZZA, Del cheloide. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1897, 515 et 758.

Voir TOUTON, *loc. cit.*

Diagnostic. — L'acné chéloïdienne est généralement facile à reconnaître; par son siège très spécial, par la limitation et la consistance de ses lésions, par leur marche lente; elle se différencie de toutes les autres dermatoses.

Les *furuncles* ont une marche rapide, une allure inflammatoire que n'a pas l'acné chéloïdienne; les nodosités qui succèdent parfois aux furuncles de la nuque ne sont pas réunies en plaques, et sont moins saillantes, moins bien limitées que celles de l'acné chéloïdienne.

Les *folliculites trichophytiques* (*kerion Celsi*) occupent rarement la nuque; elles sont plus inflammatoires, plus douloureuses que les nodosités de l'acné chéloïdienne, forment une saillie arrondie, parsemée de pustules ou de cratères suppurant plus abondamment que les folliculites de l'acné chéloïdienne; la consistance de ces placards est molle, et non scléreuse comme celle des nodosités de l'acné chéloïdienne.

Les *syphtilides tuberculeuses en groupes*, localisées à la nuque, pourraient simuler l'acné chéloïdienne: elles en diffèrent par leur coloration jambonnée, par leur volume moindre, souvent par la présence de cicatrices en quelques points, par leur consistance toujours moins dure.

Traitement. — Le développement de l'acné chéloïdienne peut être entravé par le traitement des folliculites qui en marquent le début et la première phase; l'emploi des pommades soufrées, les lavages répétés au savon et avec des solutions de sublimé peuvent empêcher l'évolution de ces lésions et la production de nodosités chéloïdiennes.

Lorsque celles-ci se sont développées, le traitement devient beaucoup plus difficile; il consiste en scarifications, alternant avec des applications d'emplâtres mercuriels (emplâtres de Vigo ou de Vidal), ou d'emplâtres pyrogalliques; il faut une grande persévérance pour arriver à la guérison de cette affection, essentiellement rebelle comme le sont toutes les chéloïdes.

ACNÉ NÉCROTIQUE

Définition. — Nous décrivons sous le nom d'acné nécrotique, qui a été proposé par C. Boeck, une affection de l'appareil pilo-sébacé, caractérisée par le développement de petites eschares jaunes, de consistance molle, centrées par un poil, dont la chute met à nu une surface dermique en voie de réparation, affection laissant à sa suite des dépressions cicatricielles.

Cette affection a reçu des noms très divers: acné pileaire (Bazin), acné arthritique (Bazin), acné varioliforme (Hebra) à cause de l'aspect de ses cicatrices, acné rodens (E. Vidal); elle paraît être identique à la dermatose que Unna appelle ulérythème acnéiforme.

Description clinique. — L'acné nécrotique débute par de petites saillies aplaties, de coloration rouge ou violacée, centrées à leur début par une petite pustulette très éphémère; bientôt celle-ci est remplacée par une croûte jaune, à reflet verdâtre, de forme arrondie, centrée elle-même par un poil. La croûte jaune, de consistance molle, sèche et ne tachant pas le papier comme celle de l'impétigo, assez adhérente au début, peut cependant être détachée par le grattage qui l'enlève en entier: on constate alors qu'elle repose sur une dépression cupuliforme étalée, intéressant la partie supérieure du derme. Lorsqu'on

arrache la croûte dans les premiers jours de son développement, le derme sous-jacent saigne légèrement; mais, plus tard, on trouve au-dessous d'elle le derme déjà réparé, recouvert d'une mince cuticule, mais manifestement excavé. La dépression ainsi formée ne se comble pas et, à chaque élément d'acné, succède une cicatrice, nettement limitée, arrondie; cette cicatrice, qui rappelle les cicatrices de la variole, persiste indéfiniment; c'est uniquement dans les cas où elle est peu étendue qu'elle finit par cesser d'être perceptible. Le poil qui centrerait la croûte jaune ne se reproduit, d'ailleurs, jamais.

Les lésions de l'acné nécrotique se développent très rapidement, sous forme de poussées éruptives comprenant 10, 15, 20 éléments, situés dans une même région généralement très limitée. Ces poussées peuvent se répéter à intervalles variables, pendant un temps plus ou moins long. Il en résulte que les régions atteintes se recouvrent de cicatrices souvent très nombreuses, dont la multiplication accuse la ressemblance avec les cicatrices varioliques et que les poils de la région finissent par disparaître plus ou moins complètement.

L'acné varioliforme a pour siège de prédilection la bordure du cuir chevelu, principalement à sa partie antérieure, de chaque côté de la région frontale. Elle peut également se développer sur toute l'étendue du cuir chevelu; mais, lorsqu'ils siègent loin de la bordure, les éléments sont moins volumineux, les croûtes sont moins larges et peuvent simuler celles de l'eczéma. On peut encore observer l'acné nécrotique sur la partie saillante du front, sur le nez et la partie adjacente des joues, où elle produit des cicatrices très déprimées et très apparentes, plus rarement sur la région des joues recouvertes de barbe, qu'elle envahit de proche en proche à partir de la limite de la barbe et où elle produit des cicatrices très profondes; quelquefois aussi on l'observe sur le tronc, où ses éléments atteignent des dimensions beaucoup plus considérables que sur l'extrémité céphalique.

Étiologie. — L'acné nécrotique s'observe beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme. Elle débute généralement entre 30 et 40 ans.

Elle coïncide souvent avec la séborrhée grasse du cuir chevelu et du visage, quelquefois avec de l'acné couperosique; par contre, il est tout à fait exceptionnel de la voir coïncider avec de l'acné comédon.

Elle succède souvent à des troubles digestifs et ses poussées sont très souvent en rapport avec des exacerbations de ceux-ci. Les sujets qui en sont atteints offrent tous, à un degré plus ou moins prononcé, les attributs de l'arthritisme.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'acné nécrotique sont caractérisées par une nécrose de l'épiderme, principalement de la gaine externe des poils (C. Boeck et Pick), nécrose qui pénètre plus ou moins profondément dans le derme dont on trouve les éléments, fibres élastiques et conjonctives, dans la croûte. A la suite de cette nécrose, ainsi que l'a montré Dubreuilh⁽¹⁾, surviennent des phénomènes réactionnels diffus de congestion vasculaire et d'infiltration périvasculaire et périglandulaire. Les glandes sébacées ne semblent être atteintes que secondairement, quoique les lésions débutent toujours à leur pourtour. Aussi la dénomination d'acné n'est-elle pas absolument justifiée.

(1) W. DUBREUILH, De l'acné nécrotique. *Archives cliniques de Bordeaux*, août 1894, et *Annales de Dermatologie*, 1894, p. 956.