

Dans les lésions de l'acné nécrotique, on trouve des staphylocoques et un petit microcoque en amas zoogléliques (Dubreuilh), mais la nature de son agent pathogène n'est pas encore déterminée.

**Diagnostic.** — Le diagnostic de l'acné nécrotique est presque toujours d'une grande facilité.

Elle se distingue de l'*impétigo* par son évolution moins rapide, par les dimensions plus restreintes des croûtes jaunes, par la localisation au niveau des régions pilaires, sans tendance à se disséminer au delà d'une zone limitée.

Elle diffère des *syphilides papuleuses* et *papulo-tuberculeuses ulcérées*, avec lesquelles elle est très souvent confondue, par sa localisation à certaines régions de prédilection, sans envahissement des parties adjacentes non pourvues de poils et sans tendance à la disposition circinée, par la constance de cicatrices également limitées aux régions pourvues de poils, par les dimensions moins considérables des éléments et l'absence d'infiltration et d'induration de leur base, par la coloration moins foncée et plus rosée de cette base, par la guérison rapide sous l'influence de médicaments simples et sans intervention du traitement spécifique.

Au cuir chevelu, la confusion pourrait être faite avec l'*eczéma croûteux disséminé*; mais, dans celui-ci, les éléments sont plus nombreux, plus rapprochés, les croûtes sont plus grasses et plus molles, et, après leur ablation, il se produit une exsudation séreuse qui se concrète ou non en nouvelles croûtes.

**Traitement.** — Il est facile de faire disparaître les croûtes et d'amener rapidement la cicatrisation des éléments de l'acné nécrotique, si abondants et si disséminés qu'ils soient. Il suffit de faire tomber les croûtes au moyen de cataplasmes de fécule de pommes de terre ou de pulvérisations tièdes et de laver avec des solutions antiseptiques, de sublimé de préférence. L'emploi des pomades soufrées à 10 pour 100 et l'usage prolongé de solutions de sublimé en lavages semblent retarder ou empêcher la production de poussées éruptives et arrêter la marche de celles qui se sont produites.

Dans les formes graves, incessamment récidivantes, que l'on observe parfois au visage, la destruction ignée des éléments au fur et à mesure de leur développement semble être le seul moyen d'entraver la marche de la maladie; encore demande-t-elle, pour donner des résultats favorables, une régularité absolue et une grande persévérance.

On devra, en outre, combattre les troubles digestifs concomitants et recourir à l'usage des alcalins à dose suffisante pour agir sur l'état constitutionnel des sujets.

#### PSOROSPERMOSE FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE

Darier a proposé le nom de psorospermo folliculaire végétante pour désigner une affection caractérisée par le développement en certaines régions d'élection de saillies correspondant aux follicules pilaires et dans les lésions de laquelle il a rencontré les figures qui ont été considérées comme des psorospermies<sup>(1)</sup>. Bien que, actuellement, la nature parasitaire de cette lésion ne semble

<sup>(1)</sup> J. DARIER. De la psorospermo folliculaire végétante. *Annales de Dermatologie*, 1889, p. 597. — A. THIBAUT, Observations cliniques pour servir à l'histoire de la psorospermo folliculaire végétante de Darier. *Thèse de Paris*, mai 1889.

guère probable, nous lui conservons le nom qui lui a été donné par Darier, les autres dénominations proposées, celle d'acné cornée en particulier, n'ayant pas été acceptées par la généralité des dermatologistes.

**Description clinique.** — Dans une première période, la lésion élémentaire de la psorospermo folliculaire est caractérisée par une petite papule surmontée d'une croûte d'un brun noirâtre ou grisâtre; cette croûte est dure et sèche au toucher, fortement adhérente, et constitue une véritable petite corne enchâssée dans la peau par une extrémité conique ou cylindrique d'un blanc sale et de consistance demi-molle; elle est reçue dans une dépression en forme d'entonnoir, à bords un peu saillants, correspondant à l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé; dans les points où les lésions sont confluentes, la peau est recouverte d'une couche brunâtre ou terreuse, plus ou moins grasse au toucher, avec une série de saillies irrégulières très serrées donnant à la main la sensation d'une râpe; au-dessous de cette couche la peau est inégale et rugueuse, criblée de petits orifices en entonnoir.

Dans une deuxième période, les éléments prennent un grand développement et se transforment en végétations rougeâtres, de la dimension d'une lentille au plus, de forme irrégulière; le sommet présente une dépression, pertuis cratéri-forme circonscrit par un bord annulaire épais, lisse; en certains points, ce bord est dépourvu de son épiderme et apparaît exulcéré; la pression sur cette masse fait sourdre par l'orifice de la matière sébacée pure ou mélangée de pus; les éléments, en se groupant et devenant confluent, forment des masses volumineuses, de véritables tumeurs; dans les plis, la surface de ces tumeurs est humide, constamment baignée par la sécrétion séro-purulente et très fétide qui s'écoule des orifices et des points exulcérés.

Les lésions peuvent s'étendre à presque toute la surface cutanée; mais elles présentent leur maximum d'intensité au cuir chevelu, au niveau de la ceinture, à la région mammaire, aux creux axillaires et dans les plis inguinaux.

Cette affection est essentiellement persistante et progressive. Sa marche est très lente et sa durée est de plusieurs années.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions sont constituées par une kératinisation des follicules pilo-sébacés. Si on dissocie dans la potasse les bouchons cornés qui oblitèrent les follicules, on trouve, ainsi que l'a montré Darier, dans la partie profonde de ces bouchons, des corps ronds, avec une mince membrane kystique et une masse nucléaire; ces corps sont libres ou contenus dans les cellules épithéliales dont elles refoulent le noyau. Darier a considéré ces corps ronds comme de nature parasitaire et semblables aux psorospermies, opinion sur laquelle il est revenu depuis. Il semble que ces corps sont le produit d'une dégénérescence particulière des cellules.

Les glandes sébacées sont le siège de lésions très prononcées, de dilatations considérables avec transformation kystique et production d'excroissances sur les parois de la cavité kystique.

**Etiologie.** — Les causes de cette affection sont absolument inconnues. On sait seulement qu'elle s'observe chez l'adulte, plus souvent chez l'homme que chez la femme.

**Diagnostic.** — Le diagnostic en est très facile. Le *molluscum contagiosum*,

qui prêterait seul à la confusion, se distingue par la limitation de ses lésions qui ne sont jamais étendues à des surfaces considérables.

**Traitement.** — Le seul traitement consiste dans l'emploi des bains, des cataplasmes ou des applications de savon et d'acide salicylique pour ramollir les végétations et faciliter leur chute, et dans les applications de poudres absorbantes dans les régions qui sont le siège de suintement.

## XII

## AFFECTIONS DU SYSTÈME PILAIRE

## LES ALOPÉCIES

On donne le nom d'alopecie à l'absence totale ou partielle, définitive ou temporaire, des poils.

Les alopecies occupent le plus souvent le cuir chevelu, mais peuvent porter également, en même temps que sur le cuir chevelu ou isolément, sur les poils des autres régions : barbe, cils, sourcils, région axillaire, région pubienne. C'est l'alopecie du cuir chevelu que nous aurons en vue dans ce chapitre de séméiologie.

Les alopecies peuvent reconnaître des causes très variées, qui se prêtent mal à une classification rationnelle.

On peut cependant distinguer :

- a) Les alopecies congénitales;
- b) Les alopecies acquises dues à des causes locales;
- c) Les alopecies acquises dues à des causes générales.

Les alopecies congénitales peuvent être générales, liées à l'absence de développement de l'appareil pileaire, ou partielles, liées soit à la présence d'un nævus sur lequel les poils ne se sont pas développés, soit à une ectopie, en raison de laquelle une partie du cuir chevelu est recouverte de téguments ayant l'aspect et la structure du tégument des parties glabres, soit peut-être encore à des adhérences aux membranes fœtales ayant laissé à leur place une sorte de cicatrice.

Les alopecies acquises produites par des causes générales, des intoxications comme l'hydrargyrie, le saturnisme, des maladies infectieuses comme la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, la syphilis, la tuberculose, des causes qui troublent la santé générale comme la grossesse, l'allaitement, le myxœdème, le cancer, l'arthritisme, etc., si elles reconnaissent pour cause première des perturbations de la nutrition générale, ont souvent aussi pour mode instrumental une altération des follicules pileaires produite par une infection locale. Un grand nombre des alopecies se développant dans la convalescence des maladies infectieuses sont, en effet, liées à une séborrhée passagère, qui a été favorisée par la maladie première : or, la séborrhée semble n'être que le résultat d'une infection locale (voir le chapitre SÉBORRHÉES, p. 550).

L'alopecie des sujets âgés, l'alopecie prématurée, que l'on observe surtout

chez les sujets arthritiques et qui constitue l'un des attributs de l'arthritisme, sont liées aussi à l'existence de la séborrhée, dont elles représentent le terme ultime, et rentreraient par suite dans le groupe des alopecies de cause locale.

Les alopecies acquises de cause locale constituent, et par leur variété et par leur fréquence, le groupe le plus important des alopecies. Elles peuvent être produites par des parasites végétaux (trichophytos, microsporon), ou microbiens (microbactérie de la séborrhée, streptocoque, staphylocoque, etc.), ou par les localisations sur les régions pileuses des dermatoses relevant des causes les plus variées.

Les lésions provoquées par ces parasites ou caractérisant ces dermatoses peuvent occuper le poil lui-même, comme dans les trichophyties non suppuratives et la microsporie, ou le follicule pileaire, soit au niveau de son orifice comme dans la xérodémie pileaire, soit plus profondément comme dans la séborrhée ou dans l'ichthyose. Elles peuvent aussi avoir pour siège, non le follicule, mais les tissus périfolliculaires, comme dans les périfolliculites décalvantes, ou ne présenter aucune localisation élective et atteindre en totalité le derme, dont elles provoquent la suppuration comme l'ecthyma, ou la transformation scléreuse comme la sclérodémie.

Nous ne voulons pas décrire ici les caractères cliniques des diverses alopecies, ni même chercher à rappeler les signes qui permettent de les distinguer les unes des autres; nous résumerons seulement d'une façon très schématique les caractères grossiers qui permettent de circonscrire les recherches de la cause de l'alopecie dans un cas donné; et on trouvera, dans les chapitres consacrés à chacune des affections susceptibles de la produire, les éléments d'un diagnostic différentiel.

Les alopecies généralisées, ou tout au moins diffuses et étendues à des surfaces sans limites précises, reconnaissent ordinairement pour causes des maladies générales, ou la séborrhée, ou encore la pelade décalvante; dans ces cas, elles ne s'accompagnent et n'ont été précédées d'aucune altération appréciable du cuir chevelu, à l'exception d'une desquamation séborrhéique plus ou moins accusée.

Les alopecies généralisées ou diffuses dues à l'eczéma, au psoriasis, à l'érysipèle, à la dermatite exfoliatrice, au pityriasis rubra, aux herpétides exfoliatrices, ont au contraire été précédées ou s'accompagnent de lésions nettement appréciables du cuir chevelu, dont elles constituent un symptôme secondaire et accessoire.

Les alopecies localisées affectent la forme de zones arrondies, d'étendue variable, isolées ou réunies les unes aux autres, ou celle de plaques irrégulières, uniques ou disséminées sur différents points du cuir chevelu. La chute des cheveux peut en constituer tantôt le seul symptôme, tantôt un des symptômes capitaux, tantôt un phénomène tout à fait accessoire.

Dans les pelades, la chute des cheveux est le symptôme capital, le cuir chevelu semble normal ou tout au plus légèrement œdématié avec des orifices folliculaires plus apparents qu'à l'état sain, mais il ne présente aucune trace de squames; il en est de même dans les alopecies congénitales.

Le cuir chevelu offre l'aspect brillant propre aux cicatrices dans les alopecies consécutives à des traumatismes avec suppuration, à des pustules d'impétigo mal soigné, à l'ecthyma, au favus, aux folliculites décalvantes.

Le groupe des alopecies localisées dans lesquelles la chute des cheveux con-