

l'enflamment souvent, et, si elles provoquent la chute passagère des poils, elles déterminent leur repousse ultérieure beaucoup plus active.

Actuellement, le seul procédé recommandable contre l'hypertrichose est l'électrolyse négative des poils. Cette opération est pratiquée en introduisant, le long de la tige du poil jusqu'à la papille, une aiguille métallique très fine reliée au pôle négatif d'une pile à courants continus et par laquelle on fait passer un courant de 1 à 5 milli-ampères.

L'électrolyse des poils demande, outre une certaine expérience de sa technique, une série de précautions dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici.

Cette opération donne des succès remarquables. Il faut bien savoir cependant que, comme tous les traitements qui provoquent une irritation du tégument, elle active la poussée de ceux des poils qu'elle ne détruit pas : aussi voit-on souvent, après la destruction des poils adultes d'une région, les poils follets se développer et nécessiter une intervention analogue. En outre, dans des cas rares et d'autant moins fréquents que l'opération a été conduite avec plus de prudence, l'électrolyse peut devenir le point de départ de cicatrices saillantes ou de chéloïdes. Enfin la lenteur de l'opération, qui ne peut porter à chaque séance que sur un petit nombre de poils, exige une grande patience de la part du patient et de la part du médecin.

Malgré ces inconvénients, l'électrolyse des poils doit être tentée dans les hypertrichoses dont les malades tiennent absolument à être débarrassés.

LES FOLLICULITES

L'inflammation des follicules pileux se produit sous l'influence de causes diverses et revêt des aspects cliniques très variés.

Tantôt elle donne lieu dans la gangue conjonctive périfolliculaire à une infiltration cellulaire considérable qui se révèle par la présence de nodosités plus ou moins saillantes; dans cette forme, elle est désignée sous le nom de sycosis. Tantôt elle se traduit par le développement de pustules sans réaction cliniquement apparente des tissus périfolliculaires; parfois, même, elle ne donne lieu, à sa période d'activité, qu'à des lésions peu apparentes, voire même inappréciables cliniquement, et se révèle ultérieurement par la destruction de la papille pileuse et la chute du poil qu'elle supporte.

Les folliculites peuvent occuper toutes les régions où existent des poils : c'est au cuir chevelu et surtout à la barbe qu'elles siègent le plus fréquemment et qu'elles revêtent l'aspect le plus caractéristique, mais on peut également les observer au niveau des cils, des sourcils et même des poils des membres.

La description complète de toutes les variétés de folliculites nous entraînerait trop loin, et d'ailleurs certaines d'entre elles, telles que la folliculite trichophytique, la xérodémie pileuse, ont été décrites dans des chapitres précédents.

Nous décrirons seulement ici les folliculites de la barbe et la folliculite dépilante du cuir chevelu.

FOLLICULITES DE LA BARBE

Les folliculites de la barbe peuvent revêtir l'aspect de folliculites simples ou celui du sycosis, avec inflammation périfolliculaire.

Les folliculites simples de la barbe se traduisent par le développement de pustules de la dimension d'une tête d'épingle, en moyenne, plates ou acuminées, centrées par un poil. Ces pustules peuvent être entourées d'une zone rouge, congestive, légèrement saillante; au bout de quelques jours, la pustule se rompt, son contenu se concrète en une croûte jaunâtre qui se détache rapidement, mais il persiste généralement pendant un temps variable une tache rouge et une desquamation plus ou moins prononcée; ces lésions persistantes peuvent revêtir l'aspect de l'eczéma. La folliculite simple de la barbe peut être suivie de la chute des poils et laisser une alopecie définitive.

Les folliculites simples de la barbe revêtent des aspects très variés : elles peuvent être le résultat d'une infection pyogénique banale, évoluer rapidement, sous forme d'éléments isolés, disséminés dans les régions diverses de la barbe; elles peuvent, au contraire, tout en restant isolées, affecter une marche lente, rappelant celle de l'eczéma, et occuper principalement les parties de la barbe correspondant au maxillaire inférieur. D'autres fois, elles se réunissent en plus ou moins grand nombre pour former des plaques d'étendue variable.

Les folliculites simples peuvent aussi n'être que la première phase du sycosis; celui-ci en diffère par l'intensité de l'inflammation périfolliculaire. Il se traduit par la présence de nodosités de volume variable, ordinairement de la dimension d'une petite lentille, saillantes, de coloration rouge, centrées par une pustule généralement peu persistante et à laquelle succède une croûte jaune ou brunâtre, ultérieurement une perforation plus ou moins profonde. Ces nodosités sont généralement isolées sur des surfaces d'étendue variable; il est très rare de les voir se réunir en placards d'aspect mamelonné comme ceux de la folliculite trichophytique. Les poils des follicules atteints de sycosis tombent définitivement. Le sycosis occupe généralement une grande étendue de la barbe et ne se limite presque jamais à un seul côté. La durée du sycosis est toujours très longue.

Une forme de folliculite mérite une mention particulière : c'est la folliculite sous-nasale ou mieux sous-narinaire. Très souvent comprise dans la description de l'eczéma, sous le nom d'eczéma sous-nasal récidivant, elle est constituée par des pustules péripilaires, évoluant isolément ou par groupes peu nombreux, ayant pour siège exclusif la portion de la moustache qui est sous-jacente aux narines; lorsque ces pustules existent depuis un certain temps, il n'est pas rare de les voir reposer sur une base saillante, rouge, légèrement infiltrée, qui forme une sorte de placard arrondi ou allongé situé sous une narine ou sous chacune des narines. Cette affection, essentiellement récidivante, est liée à l'existence de sécrétions nasales chargées de microbes pyogènes : que ces sécrétions soient symptomatiques d'une lésion ulcéreuse des fosses nasales ou d'un coryza chronique avec hypertrophie des cornets, ou qu'elles ne puissent être mises sur le compte d'aucune lésion nasale, il est certain que leur reproduction est suivie d'une façon presque inmanquable de la réapparition des folliculites sous-narinales; aussi voit-on celles-ci plus fréquemment en hiver, en raison de la plus grande abondance des sécrétions nasales à cette saison.

Étiologie. — Les folliculites de la barbe sont produites par la présence d'agents pyogènes. Ces agents pyogènes semblent varier suivant les cas. Unna et Tommasoli ont décrit comme des formes cliniques spéciales le sycosis coccogénique et bacillogénique.

Les folliculites succèdent parfois à l'eczéma de la barbe, mais souvent elles se développent sans lésion antérieure du tégument.

Des pansements malpropres, l'existence en d'autres points du corps de lésions pyogéniques, peuvent être l'occasion de leur développement.

Diagnostic. — Le siège des pustules au pourtour d'un poil permet de reconnaître facilement l'existence des folliculites.

Les *eczémas*, quelle que soit leur forme, ne se caractérisent jamais par des pustules ou du moins leurs lésions locales n'ont jamais d'emblée le type pustuleux.

Les *syphilides tuberculeuses* diffèrent du sycosis par la consistance ferme de leurs éléments, par l'absence de suppuration à leur centre, par leur disposition circinée.

La *folliculite trichophytique*, à laquelle Bazin donnait le nom de sycosis parasitaire, diffère des formes sycosiques de la folliculite non trichophytique par son début plus rapide, l'unilatéralité de ses lésions généralement réunies en placards à la périphérie desquels on peut trouver des poils follets cassés et entourés d'une gaine renfermant des spores trichophytiques.

Traitement. — Le traitement des folliculites de la barbe, même les plus simples et les plus bénignes en apparence, est presque toujours très laborieux.

La première mesure à prendre est de couper très court aux ciseaux ou mieux encore d'épiler les poils correspondant aux follicules malades, mais l'usage du rasoir doit être proscrit.

Les pansements avec des solutions antiseptiques peuvent suffire, dans les formes simples, à amener la guérison; mais, dans la folliculite récidivante sous-nasale et surtout dans les formes sycosiques, il faut recourir, après nettoyage des surfaces au moyen de pansements antiseptiques, à une médication plus active, dont les pommades au turbith, aux goudrons, à l'huile de cade et à l'ichthyol sont les agents les plus dignes de confiance.

FOLLICULITES DÉPILANTES DU CUIR CHEVELU

Les folliculites dépilantes du cuir chevelu sont la cause de certaines alopecies dont la description a été donnée dans ces dernières années sous les noms d'acné décalvante, d'acné dépilante du cuir chevelu, de pseudo-pelades, d'alopecie cicatricielle innominée, etc.

Description clinique. — La folliculite décalvante se traduit à son début par une plaque rouge, non saillante, de forme généralement arrondie, mesurant 2 à 5 millimètres de diamètre et située autour d'un poil; puis, précédée par une pustulette très éphémère et qui passe souvent inaperçue, se développe à la base du poil une croûte sèche, peu épaisse, très adhérente. La rougeur et la croûte persistent pendant un temps assez long; puis la rougeur s'efface; le poil, souvent augmenté d'épaisseur, sec, entouré d'une gaine vitreuse à sa partie profonde, ayant perdu son adhérence, tombe pour ne plus se reproduire; l'orifice folliculaire lui-même disparaît sans laisser de traces et la peau prend un aspect cicatriciel, s'amincit, devient blanche et comme éburnée.

Ces lésions peuvent évoluer isolément autour de poils disséminés irrégulière-

ment sur le cuir chevelu; le plus souvent, elles se réunissent en plaques d'étendue variable, de configuration très irrégulière, de sorte qu'elles forment des surfaces alopeciques, cicatricielles, à la périphérie desquelles on trouve encore, disposés irrégulièrement, des poils durs et épais, entourés d'une croûte ou d'une étroite bordure rouge ou des croûtes adhérentes correspondant à des follicules déjà déshabités.

L'évolution lente des folliculites dépilantes donne à l'affection dans son ensemble une durée très longue. L'intensité de la réaction inflammatoire, variable suivant les follicules et aux différentes périodes de la maladie, donne aux lésions des apparences très diverses; dans certains cas, elle est si peu apparente que la lésion a perdu son caractère inflammatoire et paraît constituée uniquement par la dépilation.

Les folliculites dépilantes peuvent occuper les différents points du cuir chevelu; on les observe surtout au voisinage du sommet de la tête. L'affection évolue lentement et dure plusieurs années.

Des lésions analogues peuvent s'observer dans la barbe.

Étiologie. — Les causes des folliculites dépilantes du cuir chevelu sont complètement inconnues.

Leur origine parasitaire est rendue vraisemblable par la marche extensive des lésions. Cependant, Ducrey et Stanziale (1) n'ont trouvé aucun parasite dans ses lésions, sauf le staphylocoque qu'ils n'ont rencontré que dans les folliculites contenant du pus.

Cette affection se montre ordinairement chez les adultes, le plus souvent entre 30 et 40 ans; elle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Anatomie pathologique. — Ducrey et Stanziale ont constaté dans ces folliculites des lésions inflammatoires débutant dans l'épaisseur du chorion pour s'étendre aux tissus périfolliculaires et aux glandes annexées aux poils; à la phase régressive, l'infiltration est résorbée, il y a atrophie scléreuse du tissu conjonctif du derme avec destruction complète des follicules pileux et des glandes. Ducrey et Stanziale comparent, au point de vue anatomique, ce processus à celui de l'acné chéloïdienne, dont il diffère en ce qu'il est suivi d'atrophie du derme au lieu d'aboutir à la formation d'une chéloïde.

Diagnostic. — Le caractère manifestement cicatriciel des plaques alopeciques différencie les folliculites décalvantes de la *pelade*, alors même que l'inflammation périfolliculaire est absente ou peu apparente. En outre, les plaques de *pelade* sont plus régulières que celles des folliculites décalvantes.

La confusion est beaucoup plus facile à faire avec les formes frustes de *favus*, ainsi que l'a fait observer surtout Dubreuilh: les cicatrices de *favus* sont très analogues à celles de la folliculite décalvante, et la découverte du parasite dans les petites squames péripilaires peut être très difficile. Le plus important des éléments du diagnostic est la très longue durée du *favus* et son début dans le jeune âge.

(1) DUCREY et STANZIALE, Contributo clinico, anatomo-patologico e batteriologico allo studio di alcune affezioni delle regioni pelosi (volto e cuoio capelluto) con esito in atrofia. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1892, p. 239.

Le *lupus érythémateux* peut également simuler les follicules décalvantes, et d'autant plus qu'il s'agit également d'une affection à lésions folliculaires. Cependant, dans le *lupus érythémateux*, la rougeur est plus persistante, elle se voit encore à la partie centrale des plaques longtemps après que celles-ci sont devenues complètement alopeciques; sur leur périphérie on voit une bordure généralement régulière et large de squames sèches, plus adhérentes que les croûtes des folliculites; enfin, il existe presque toujours des plaques de *lupus érythémateux* sur le visage ou sur les mains en même temps qu'au cuir chevelu.

Traitement. — La marche des folliculites décalvantes peut, dans un certain nombre de cas, être arrêtée par le traitement suivant : épilation de tous les poils qui sont situés au voisinage immédiat des follicules enflammés, lavages avec des solutions antiseptiques, en particulier avec une solution de sublimé, applications de pommades au soufre, au turbith ou à l'ichthyol. Les phénomènes inflammatoires peuvent être calmés par les préparations d'oxyde de zinc (pommades ou mieux emplâtres).

XIII

AFFECTIIONS DES ONGLES

La pathologie des ongles est un des chapitres les moins connus de la dermatologie.

Ces annexes de l'épiderme sont altérées par des causes très diverses : des traumatismes sur lesquels nous n'avons pas à insister ici, des parasites végétaux, des agents chimiques; ils peuvent subir l'action des lésions du derme sus-unguéal, et celle des troubles généraux de la nutrition; ils peuvent aussi être le siège de lésions propres, indépendantes de toute cause générale.

Les *parasites végétaux* qui peuvent atteindre l'ongle (onychomycoses) sont le trichophyton et l'achorion, dont les lésions unguéales ont été décrites au chapitre de la trichophytie et du favus.

Des *agents chimiques* peuvent modifier la coloration de l'ongle, ou former des enduits à sa surface; ces altérations ne retentissent pas profondément sur la nutrition de l'ongle et, bien qu'elles puissent avoir une importance comme stigmates de certaines professions, elles ne doivent pas nous arrêter.

Des lésions cutanées des phalanges peuvent atteindre le derme sus-unguéal et provoquer des altérations secondaires de l'ongle. Les dermatites artificielles, professionnelles surtout, déterminent des troubles de la nutrition des ongles se caractérisant par leur épaissement irrégulier, des dépressions transversales, quelquefois un état piqueté de leur surface, plus souvent un aspect rappelant celui d'une coquille de mollusque.

Dans d'autres dermatoses, les altérations unguéales se développent sous l'influence simultanée des *lésions locales du tégument des phalanges* et de la cause générale qui produit la maladie : ainsi, dans les érythrodermies, dans le pityriasis rubra pilaire, dans le pemphigus à kystes épidermiques, etc., la nutrition de l'ongle est gravement compromise et ses troubles se traduisent par la présence de profonds sillons transversaux ou même par la chute totale de l'ongle.

Certaines dermatoses, enfin, peuvent donner lieu à des altérations unguéales sans l'intermédiaire de lésions des parties adjacentes de la peau : telles sont les onychopathies de l'*eczéma* et du *psoriasis*, qui peuvent même être, pendant un temps variable, la seule manifestation de ces affections.

Toutes ces lésions unguéales ont été décrites à propos des diverses dermatoses auxquelles elles sont liées.

Les *affections du système nerveux* qui s'accompagnent de troubles trophiques cutanés retentissent sur les ongles : on observe l'atrophie ou des déformations considérables des ongles dans la sclérodermie, dans la maladie de Morvan, dans la syringomyélie; on peut voir les ongles s'atrophier ou au contraire présenter une augmentation anormale de leur épaisseur à la suite des sections nerveuses et dans diverses myélites; leur chute, sans altération préalable, s'observe dans le tabes.

L'existence de lésions unguéales dans les affections du système nerveux a fait attribuer une origine trophique à des onychopathies généralisées ou tout au moins symétriques, auxquelles on ne peut reconnaître une autre cause.

Ces *dystrophies unguéales*, dont l'étude est à peine faite, et dont l'origine nerveuse est des plus discutables, revêtent des types très variés : tantôt elles sont constituées par l'amincissement de l'ongle, son décollement plus ou moins complet, tantôt elles se traduisent par l'augmentation de son épaisseur, avec ou sans changement de sa couleur; souvent son extrémité libre se transforme en un tissu feuilleté ou prend un aspect rappelant celui de la moelle de jonc.

Un type très particulier, qui s'observe surtout chez des sujets atteints de troubles névropathiques et particulièrement de troubles mélancoliques, est constitué par un arrêt complet de la pousse des ongles, dont le tissu prend une coloration jaune rappelant celle de l'ambre, un aspect un peu terne, tandis que leur surface reste unie, mais s'incurve fortement dans le sens vertical et dans le sens transversal; cette dystrophie, qui porte simultanément sur tous les ongles des mains et des pieds, peut se compliquer d'altérations secondaires des couches profondes de l'ongle et aboutir à son décollement et à sa chute, ou se terminer au bout d'un temps variable par la reprise de la coloration et de la pousse de l'ongle.

Après un grand nombre de *maladies générales*, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc., ou plus exactement à la suite de toutes les maladies qui ont retenti sur l'état général et de toutes les causes qui ont troublé profondément la nutrition pendant un certain temps (fatigue, surmenage, etc.), on voit se produire sur les ongles, sans autre altération, des sillons transversaux; ces dépressions traduisent une diminution de l'épaisseur de l'ongle correspondant aux périodes de nutrition insuffisante : elles commencent à apparaître à la racine de l'ongle trois à quatre mois après la cause qui leur a donné naissance, et se rapprochent de l'extrémité de l'ongle à mesure que celui-ci pousse.

Les affections qui entravent l'hématose provoquent des changements de forme de l'ongle connus sous le nom d'ongle hippocratique et qui peuvent coïncider, comme dans la tuberculose, la cyanose, l'ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique, avec des déformations de la phalange elle-même.

Les *lésions propres des ongles* consistent, soit dans leur hypertrophie, soit dans le changement de leur coloration.

L'*hypertrophie* unguéale peut être congénitale; plus souvent elle est acquise, s'observe chez des sujets âgés et peu soigneux de leur personne, et siège ordi-