

surtout deviendront plus nombreuses; des cellules chargées d'hémoglobine apparaîtront. Les lésions de l'épiderme, évidemment consécutives à ces lésions profondes, sont des plus simples: il existe une dépigmentation complète des couches basales, où on observe des noyaux en karyokinèse plus nombreux que dans la peau normale.

Mais ce qui est important, c'est l'étude des appareils pilo-sébacés. Or, il n'existe pas à leur niveau trace de lésion inflammatoire; tout révèle une modification nutritive, un trouble trophique excessif.

Dans la profondeur du derme, le follicule s'atrophie d'abord de bas en haut, le poil n'atteint plus la papille et naît par un bulbe plein. A ce stade correspond le poil peladique que nous avons décrit.

Plus tard, on trouve des follicules jeunes, vides de cheveux, nombreux et difformes, bourgeonnant irrégulièrement en tous sens. La plupart n'ont pas de papille.

Au-dessus de l'abouchement aux follicules des glandes sébacées hypertrophiées, on trouve des cavités larges, séparées du derme par une mince couche de cellules épithéliales; elles s'ouvrent à la surface par un orifice étroit.

Ces cavités sont remplies de lamelles cornées et bourrées d'un véritable feutrage microbien, formé par les bacilles que Sabouraud considère, sans preuves, suivant l'un de nous (H.), comme les agents de la pelade.

A la période d'état de la maladie, les utricules disparaissent, ainsi que les bacilles. Les follicules sont vides de cheveux et atrophiés; les glandes sébacées hypertrophiées.

Enfin, la période de reformation des cheveux correspond à la pénétration, dans le derme, de bourgeons partis du corps de Malpighi; quant aux follicules anciens, ils ont tout à fait disparu. Les néo-follicules donnent d'abord des follets, puis peu à peu de véritables poils qui ont, en fin de compte, une papille bien formée, des poils à bulbe creux.

2° Pelade décalvante. — Dans la pelade décalvante, le fait principal est l'agglomération des follicules pileux les uns auprès des autres, par le fait d'une sclérose intense; ces follicules sont tout à fait atrophiés; beaucoup contiennent des follets embryonnaires; follets et follicules sont annexés à des glandes sébacées énormes, conglomérées également. Le tout débouche dans un cratère commun où des follets imperceptibles s'accroissent en un seul, revêtu d'une gaine cornée commune.

Les autres lésions diffèrent peu de celles de la pelade vulgaire.

Dans la pelade vulgaire, les parasites disparaissent dès le stade initial; les lésions dermiques évoluent vers la guérison; — dans la pelade décalvante, au contraire, les bacilles sont toujours présents: on les trouve, à toute période de la maladie, en nombre fabuleux. le long des follets (Sabouraud); ils diminuent un peu de nombre à la période qui précède la guérison.

Le parasite décrit par Sabouraud est le plus fin des bacilles connus:

il atteint au plus un μ de longueur; il est un peu renflé à sa partie moyenne et mousse à ses extrémités; parfois, il a une forme de meule. Quelquefois disposé en diplobacille, il ne forme de chaînettes que dans les cas graves.

Ce microbe se colore assez aisément et ne se décolore pas par la méthode de Gram. Coloré par le violet de gentiane, il paraît plus gros que par la thionine, ce qui indique l'existence d'une capsule.

Il est facile de l'observer, si l'on emploie la technique indiquée par Sabouraud.

On épile la région couverte de cheveux massués et la région voisine, puis on applique une couche d'acide acétique cristallisable pur. Le lendemain, on couvre la région épilée d'une couche d'un millimètre de collodion riciné. Quand elle est sèche, on l'enlève avec une grande lenteur.

La face profonde du collodion est hérissée de villosités qui proviennent des utricules peladiques ainsi vidés. Ces débris frottés sur une lame sont lavés à l'éther, puis on fait une coloration par la méthode de Gram.

On peut aussi épiler directement à la bordure des plaques. Quelques poils présentent une petite squame visible à la loupe; elle provient de l'utricule et on examine sur une lame le frottis du poil.

Le bacille se trouve sur les préparations en nombre infini.

La présence constante de ce bacille dans les lésions peladiques en évolution, l'absence habituelle de tout autre microbe visible, le développement extraordinaire de ces colonies sont invoqués par Sabouraud en faveur de son rôle pathogénique. Ce bacille est le même suivant Sabouraud, que celui que Unna, Engman, Menahem Hodara ont vu dans le comédon de l'acné et qui serait en réalité le parasite de la séborrhée grasse (*hyperidrose huileuse, acné oleosa*). De là, toute une pathogénie de la pelade: cette maladie serait de même nature que la séborrhée grasse et due à l'exaltation de la virulence du microbe de cette affection. La pelade serait une séborrhée aiguë circonscrite.

Dans la pelade, la toxine microbienne amènerait l'atrophie et la chute du poil. Le phénomène de la séborrhée associée serait dû à l'oblitération de l'ouverture de la glande sébacée par le cocon séborrhéique, d'où l'hypertrophie de la glande.

Le bacille de la séborrhée grasse a été cultivé par Sabouraud dans le milieu suivant:

Peptone	20 grammes.
Glycérine	20 —
Acide acétique.....	V gouttes.
Gélose.....	13 grammes.
Eau.....	1000 —

Le filtrat détermine chez le lapin des alopecies apyrétiques et durables.

L'un de nous (H.) a exposé (1) les arguments qui, suivant lui, doivent faire repousser la théorie formulée par Sabouraud; ils peuvent être résumés ainsi qu'il suit: 1° l'inoculation du fin bacille d'Unna-Sabouraud n'a pu jusqu'ici engendrer la pelade: on n'a donc pas la preuve expérimentale qu'il en soit la cause prochaine; 2° ce bacille peut exister, comme l'a montré Darier (2), en quantité prodigieuse dans le cuir chevelu, et n'y déterminer que l'alopecie séborrhéique; 3° la présence de ce bacille dans toutes les séborrhées, même dans celles qui résultent d'un trouble initial dans la fonction des glandes pilo-sébacées, tend à prouver qu'il s'y développe secondairement; 4° il existe une alopecie séborrhéique et une alopecie peladique absolument différentes par le caractère des altérations capillaires que l'on y constate, ainsi que par leurs caractères cliniques et leur évolution; 5° les toxines les plus diverses provoquent, comme l'a vu Jacquet (3), l'alopecie chez le cobaye. Suivant l'un de nous (H.), l'agent infectieux qui donne lieu au développement de la pelade est encore à déterminer; si c'est le bacille de Sabouraud, on peut affirmer, d'après les faits qui viennent d'être exposés, que, conformément à la supposition de Brocq (4), il a été confondu à tort avec celui de la séborrhée.

SYMPTÔMES. — 1° **Pelade en aires.** — La plaque peladique débute en un point quelconque du cuir chevelu; quand on la reconnaît, elle est déjà assez étendue, car aucun phénomène subjectif n'attire l'attention du malade; tout au plus a-t-on signalé dans quelques cas un léger prurit se poursuivant pendant la durée de la maladie (E. Besnier).

Souvent, le cuir chevelu offre un état séborrhéique, mais cet état est tellement banal qu'on ne peut lui attribuer une signification.

Ainsi, c'est par hasard que le malade découvre une plaque alopecique régulièrement ronde, blanche, sans altérations importantes de la peau. Au premier aspect, le médecin ne reconnaît pas d'autres altérations, mais, à la loupe, il trouve quelques follets à la périphérie et, en petit nombre, les cheveux massués que nous avons déjà décrits; en outre, tout autour de la plaque, les cheveux qui paraissent sains viennent à la pince sans résistance et sans douleur.

Lorsque la plaque a plusieurs centimètres de diamètre, on peut reconnaître les altérations cutanées qui accompagnent l'alopecie. La principale est l'achromie; en outre, la région peut être légèrement déprimée au-dessous du tégument voisin; la surface est tout à fait lisse, habituellement grasse; il n'y a ni desquamation, ni rougeur, et, quand on prend le tégument entre les doigts, on peut y reconnaître un léger empâtement. Tous ces symptômes répondent aux faits histolo-

(1) HALLOPEAU, *Discussion sur la séborrhée et les alopecies* (S. F. D., 1896).

(2) DARIER, *eod. loc.*

(3) JACQUET, *eod. loc.*

(4) BROCCQ, *eod. loc.*

giques décrits par Sabouraud (dépigmentation de l'épiderme, hypertrophie des glandes sébacées, sclérose du derme). Les orifices glandulaires sont à peine visibles.

Une plaque unique peut s'étendre presque indéfiniment; son accroissement n'est soumis à aucune loi; il est lent ou rapide, régulier ou irrégulier. Lorsqu'il se fait rapidement, on trouve à la périphérie de la plaque un grand nombre de poils massués.

Mais, très souvent, il existe des plaques multiples; leur nombre peut être considérable. Sur le cuir chevelu, elles arrivent à fusionner et dessinent alors des aires alopeciques polycycliques.

On peut arriver ainsi à la déglabration totale de la pelade décalvante. Celle-ci survient très rapidement après une période où des plaques isolées ont grandi lentement; en quelques jours, tous les cheveux tombent.

Les caractères cliniques des plaques peladiques sont les mêmes dans toutes les régions pilaires et toutes peuvent être atteintes, sourcils, cils, moustache, barbe, aisselles et pubis.

La croissance de la plaque peladique s'arrête: à ce moment, les cheveux de la bordure sont adhérents et ont leurs caractères normaux; la présence de cheveux massués est rare. Des follets apparaissent sur la plaque, d'abord très fins et non adhérents, puis plus solides et plus épais, mais restent blancs.

La récurrence *in situ* est commune: les follets tombent; plus tard seulement, des poils normaux apparaissent et la guérison complète, définitive, se produit.

Une forme un peu différente au point de vue objectif est décrite par Besnier sous le nom de pelade à cheveux fragiles. La régularité des aires est moins parfaite, parce que sur les plaques il reste des cheveux pigmentés, cassés à peu de distance de la peau. Ce sont des poils morts, restés en place, qui n'ont aucune adhérence; si on a coupé les cheveux, ceux qui sont ainsi compris sur la plaque ne repoussent plus.

Besnier a signalé l'intérêt qu'offrent certaines localisations de la pelade. Par exemple, à la nuque, on observe une forme presque serpiginieuse; elle envahit la lisière du cuir chevelu et dessine sur ce trajet une aire alopecique de plusieurs centimètres de large s'étendant d'une oreille à l'autre; les pelades qui affectent ce siège sont particulièrement longues (Besnier): ce sont-elles que, plus récemment, Sabouraud a qualifiées d'*ophiasiques*.

2° **Pelade décalvante.** — Sous le nom de pelade décalvante, on ne comprend pas seulement la pelade généralisée; il existe des pelades décalvantes limitées, par exemple, celle du cuir chevelu. Elles résultent, dans tous les cas, de la fusion des aires peladiques entre elles avec alopecie totale.

Dans les cas généralisés, qui ne sont pas rares à l'hôpital Saint-Louis, il ne reste plus de poils sur toute la surface du corps, ou

l'on y trouve seulement quelques bouquets pileux, blancs en général.

La peau est, dans les régions pilaires, dépigmentée, blanchâtre.

Sabouraud décrit deux stades dans cette évolution : la pelade décalvante à tégument gras, la pelade décalvante à tégument sec.

Dans la pelade à tégument gras, la peau est épaissie, molle et rénitente. Sa surface est brillante ; au doigt, elle donne une sensation grasse ; elle est parsemée d'orifices très nombreux ; quand on presse la peau de chaque orifice, il sort un peu de sébum.

A cette période, il existe peu de follets et chacun est formé de 10-15 petits cheveux imperceptibles réunis dans une gaine cornée.

Dans la pelade à tégument sec, on trouve sur la peau qui est sèche, squameuse, des follets incurvés, très fins, très nombreux. Quand on presse la peau, on observe de nombreux orifices dilatés comme dans la « peau de mandarine » ; il sort de la sueur, non du sébum.

La sécheresse du tégument indique des lésions moins avancées que dans l'état gras, et toute pelade décalvante doit, pour guérir, passer par la période de tégument sec (Sabouraud).

Cette guérison est rare ; parfois des poils presque normaux repaissent, puis tombent de nouveau : les récurrences sont fréquentes.

PRONOSTIC. — Dans la pelade vulgaire, la guérison, par un traitement approprié, est de règle, mais la durée, qui, le plus souvent, ne dépasse pas de trois à six mois, peut, exceptionnellement, atteindre des années. La guérison peut être promise au malade lorsqu'on ne trouve plus autour des plaques des cheveux venant sans résistance au doigt (Besnier).

La pelade décalvante détermine souvent l'alopecie définitive ; quand elle guérit, ce n'est qu'après de longues années ; c'est donc une maladie des plus pénibles au point de vue de l'esthétique.

DIAGNOSTIC. — Les teignes du cuir chevelu, sauf le favus, ne donnent pas lieu, par elles-mêmes à de l'alopecie ; celle-ci survient comme complication due à des abcès, à de la dermite, etc., et présente les caractères des alopecies cicatricielles sur lesquels nous allons revenir. Même s'il y a des cicatrices alopeciques, on trouve des cheveux trichophytiques bien distincts des follets peladiques, non atrophiés à leur racine, courts, décolorés, mais réguliers dans le type Gruby-Sabouraud, — gros, s'écrasant entre les mors de la pince, n'atteignant pas la surface de l'épiderme, dans la trichophytie à grosses spores. Il faut, bien entendu, si l'on hésite, faire l'examen des poils à la loupe, puis au microscope.

Parmi les maladies qui peuvent être confondues plus aisément avec la pelade, nous distinguerons deux classes :

Les alopecies non cicatricielles.

Les alopecies cicatricielles.

Parmi les alopecies non cicatricielles d'origine toxi-infectieuse, la plus commune est l'alopecie syphilitique. Les aires alopeciques sont

mal limitées, disséminées en clairières sur toute la surface du cuir chevelu ; en dehors d'elles, tous les cheveux viennent sans résistance à la traction. Dans d'autres infections telles que l'érysipèle à sa dernière période et certaines formes de tuberculose à leur début (Leredde), les poils tombent irrégulièrement, sans formation de plaques déglabrées. Il en est de même dans les alopecies liées à la séborrhée chronique ; chez l'homme, elles débutent par le sommet du crâne et les tempes, et s'étendent peu à peu en arrière.

Les cicatrices anciennes du cuir chevelu, dues à des blessures ou des lésions infectieuses locales telles que des furoncles, des abcès ou des pustules d'impétigo, n'ont pas de forme arrondie ; elles sont linéaires, parfois angulaires ; leurs bords sont gaufrés, les cheveux voisins sont solides.

Le *lupus érythémateux* du cuir chevelu se distingue facilement des pelades vraies ; on y trouve des taches blanches, alopeciques, mais de surface et de contours irréguliers ; elles sont bordées de lésions lupiques en évolution d'une couleur rouge foncé, à surface squameuse avec dilatation des orifices glandulaires.

Les cicatrices du favus sont irrégulières, et l'on y trouve des cheveux dont les altérations sont très différentes de celles du poil peladique, ou bien, si la maladie est arrêtée, des cheveux sains.

Il existe une série de *maladies inflammatoires, parasitaires* du cuir chevelu, qui donnent lieu à une alopecie en aire, étendue autour du foyer d'infection : tantôt, cette alopecie est passagère (impétigo avec dermite, folliculites staphylococciques banales) ; tantôt, elle est persistante, parfois définitive (pseudo-pelades, alopecies peladiformes). Lorsqu'on trouve des lésions inflammatoires en activité, pustulettes, croûtes, rougeurs, ou des cicatrices vraies au centre des foyers alopeciques, il est facile d'éliminer la pelade ; mais, dans certaines pseudo-pelades, il n'y a d'autre phénomène apparent que l'alopecie. La maladie a une marche lente ; autour de certaines plaques, on peut trouver des poils sains ; autour d'autres, des poils à gaine vitreuse ; on ne trouve pas de cocons séborrhéiques remplis de bacilles, etc. Dans tous les cas, on tiendra compte de la multiplicité des foyers : dans la *folliculite décalvante*, en particulier, qui constitue un type clinique nettement caractérisé la macule centrale, consécutive à la chute de la croûte que l'on voit pendant longtemps au centre de la plaque dénudée, peut, à la longue, s'effacer ; on évitera une confusion avec la pelade en tenant compte des dimensions restreintes des plaques alopeciques qui ne dépassent guère celles d'une pièce de cinquante centimes, de leur état stationnaire, des caractères identiques de toutes les plaques coexistantes, de la présence dans le centre de quelques-unes d'entre elles de la folliculite initiale ou de ses vestiges, de l'absence de cheveux massués.

Le *vitiligo du cuir chevelu*, qui produit habituellement des plaques

de calvitie, peut, surtout chez l'enfant, se traduire par des aires alopéciques, peladoïdes, *complètement achromiques*. Tout autour, les cheveux sont solides; souvent, il existe une hyperpigmentation à la limite; souvent, on observe du vitiligo sur le corps.

La *pelade ophiasique* se distinguerait facilement, d'après Sabouraud, de la *pelade vulgaire*, par sa localisation symétrique, d'abord diffuse, puis totale, dans la bordure postérieure du cuir chevelu; la peau y serait mince et sèche; il n'y existerait pas de bordure de poils venant sans difficulté à la pince. Elle disparaîtrait toujours vers la quinzième année. Suivant l'un de nous (H.), ces signes ne sont rien moins que certains; il a vu, chez l'enfant, les localisations dites ophiasiques s'accompagner des altérations des cheveux qui caractérisent la pelade vulgaire et, par contre, chez l'adulte, la pelade vulgaire s'accompagner de ces mêmes localisations.

Dans l'*alopécie déterminée par l'acétate de thallium* en injections hypodermiques, l'infiltration du cuir chevelu est généralisée (Jansselme): en deux ou trois jours, les rares cheveux qui persistent n'ont pas le caractère peladique; il ne s'agit pas d'alopecie en aires.

L'énumération que nous venons de faire comprend les principales maladies peladoïdes. Il est probable que quelques autres restent à classer. Il en est ainsi de la forme généralisée en clairières avec aspect lisse du cuir chevelu, rappelant l'aspect du favus (H.), et d'autres variétés observées par Sabouraud chez l'enfant.

TRAITEMENT. — Tout malade atteint de pelade doit se servir d'instruments de toilette, brosses, peignes, etc., qui ne servent qu'à lui et sont journellement désinfectés. Cette mesure est d'une application indispensable dans les écoles, les casernes, etc.

A notre avis, les enfants atteints de pelade peuvent être admis dans les écoles, si les mesures que nous venons d'indiquer sont suivies à leur égard, s'ils ont la tête couverte d'une manière permanente et si le traitement convenable est suivi.

Chez tout peladique, des nettoyages quotidiens ou biquotidiens de la tête sont indispensables. Chez l'homme, on les fera avec de la benzine, de l'éther officinal, de l'éther de pétrole ou, de préférence, avec de l'eau de Panama à 30 grammes par litre, du savon au Panama ou du tétrachlorure de carbone purifié (H.); chez la femme, l'acétone et ce dernier produit sont d'un maniement facile. Une friction sera faite ensuite, également sur tout le cuir chevelu, avec la lotion parasiticide précédemment formulée (p. 287): ces mesures sont indispensables pour prévenir la formation de nouveaux foyers.

Le traitement local des lésions peladiques comporte, comme indications principales, l'épilation de la bordure; elle doit porter sur les follets et sur les cheveux sains; ceux-ci doivent être enlevés sur une largeur de 1 centimètre; la surface alopecique est soumise

ensuite à l'action de topiques, soit irritants, soit parasitocides; il faut avoir soin, dans ce traitement local, d'empiéter sur les parties saines, en apparence, qui entourent l'aire alopecique.

L'irritation peut être produite par l'*acide acétique*: On fait des frictions quotidiennes avec une solution de 3 à 5 grammes de ce produit dans 30 grammes d'un mélange à parties égales d'alcool et de chloroforme (Besnier).

Le sublimé peut être associé à l'acide acétique dans la proportion de 1 p. 50. Il a l'inconvénient d'être très douloureux.

L'un de nous (H.) a employé avec avantage l'*essence de Wintergreen* dissoute à parties égales dans l'éther (1).

Sabouraud recommande le traitement par la pommade cadique dans les pelades extensives où l'état séborrhéique de la tête est prononcé en dehors des plaques. On emploiera du glycérolé cadique de 1 p. 5 à 1 p. 20 en applications sur la tête, le soir. Le matin, on enlèvera le glycérolé avec de l'acétone. On peut du reste combiner ce traitement avec des frictions excitantes sur les plaques malades: on les pratiquera tous les trois jours.

Les applications de *vésicatoire liquide*, renouvelées dès que l'épiderme s'est reformé, amènent une irritation prolongée et sont un des traitements les plus actifs des plaques peladiques. Les résultats sont encore meilleurs si l'on badigeonne les surfaces dénudées avec une solution de neuf parties d'acide phénique neigeux dans une partie d'alcool à 95°; on continue cette friction, à l'aide d'ouate hydrophile, jusqu'à ce que la partie ait pris une couleur blanche; on lave alors avec un autre tampon imprégné d'alcool à 95° pour enlever l'excès de la préparation précédente; ces badigeonnages sont renouvelés tous les deux, trois ou quatre jours, suivant le degré d'irritation produite; il semble bien, d'après l'excellence des résultats obtenus, que l'acide phénique agisse en partie comme parasiticide sur le contagium peladique. Il en est de même de la chrysarobine préconisée par Unna, et expérimentée, dans certains cas, avec succès par Du Castel; l'un de nous (H.) l'emploie à plus fortes doses que ces auteurs sous forme de badigeonnages quotidiens avec un crayon contenant, suivant la formule de Galewsky (p. 293), le tiers de son poids de chrysarobine; il a également obtenu de bons résultats d'un crayon semblable à la résorcine; le premier peut avoir l'inconvénient de rougir les paupières si le malade y porte les mains; on peut, suivant Kromayer, l'éviter presque complètement si l'on substitue à ces topiques la lénirobine associée à l'eugallol à la dose de 10 à 20 p. 100 dans le chloroforme. L'action phlogogène de ces médicaments ne peut suffire à en expliquer les effets; ils ont, en toute évidence, une action spécifique sur le contagium peladique (H.).

(1) HALLOPEAU, *Traitement de la pelade par l'essence de Wintergreen* (S. F. D., 1893). — *Traitement de la pelade* (Congrès de thérapeutique, 1889.)

Dans les cas de pelade de la barbe, les poils seront coupés courts avec des ciseaux courbes; les lavages quotidiens, les applications modificatrices sur les surfaces malades, seront faites comme dans la pelade du cuir chevelu.

Jacquet a proposé de traiter la pelade par l'irritation mécanique: il pratique chaque jour, au moyen d'une brosse à soies de porc, des percussions sur la plaque; ce mode de traitement est à l'étude. (L.)

PELADE OPHIASIQUE

La pelade de l'enfant serait, d'après Sabouraud, une maladie distincte de celle de l'adulte; c'est elle qui a été vue par Celse (Area Celsi); on peut lui donner le nom de pelade ophiasique en raison de son aspect serpentiniforme.

Cette pelade se développe surtout chez des enfants de six à dix ans; elle est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune.

On constate à l'origine, à la lisière postérieure du cuir chevelu, au-dessus de la nuque, quelquefois sur ses parties latérales, une dépilation diffuse, qui affecte des surfaces limitées; plus tard seulement la dépilation devient totale. L'alopécie est presque exactement symétrique; s'il existe deux plaques latérales, elles se rejoignent, puis l'affection s'étend sur la bordure du cuir chevelu, jusqu'à la région sus-auriculaire. Quelquefois les plaques apparaissent au contraire au-dessus des oreilles et se rejoignent au niveau de la nuque.

Plus tard, l'alopécie peut s'étendre sur les tempes en restant toujours symétrique, et même sur toute la surface de la tête, soit par progression marginale, soit par apparition de plaques nouvelles qui s'unissent à l'aire principale. Sur la tête, quand la pelade de l'enfant est devenue décalvante, il reste souvent quelques bouquets de poils erratiques; les cils peuvent tomber.

Les caractères de la peau au niveau des surfaces alopeciques peuvent être, suivant Sabouraud, modifiés; elle devient sèche, légèrement dépigmentée, finement chagrinée; elle s'amincit (?); on peut y voir de fins bouquets vasculaires, et même de grosses veines apparentes.

Les aires alopeciques sont toujours limitées par des lignes courbes ou festonnées. Les cheveux du voisinage peuvent être sains, sauf ceux de la limite, qui vont tomber, et parmi lesquels on en trouve de cassés, à cassure en balai. Tous ces cheveux sont atrophiés de haut en bas près de leur insertion, et décolorés (l'un de nous [H.] y a observé les cheveux massués de la pelade vulgaire).

La pelade ophiasique a une marche lente, beaucoup moins irrégulière que celle de la pelade vulgaire. Elle guérit au plus tard à la puberté; cependant, dans quelques cas, Sabouraud a vu persister une alopecie cervicale définitive. La guérison se fait par repousse des cheveux, d'abord à la périphérie, puis au centre.

Cette pelade serait, suivant Sabouraud, la seule qu'on observe chez le jeune enfant; les observations de l'un de nous (H.) sont en contradiction avec cette manière de voir.

L'origine de la maladie est tout à fait inconnue. Elle se distingue surtout de la pelade de l'adolescent et de l'adulte par ses localisations, par l'absence du micro-bacille d'Unna-Sabouraud dans les utricules périphériques des aires glabres et par la résistance au traitement. Sont-ce là des raisons suffisantes pour l'en séparer? Ne s'agit-il pas, comme le voulait Besnier, d'une simple localisation de la pelade vulgaire? Suivant l'un de nous (H.), on peut invoquer en faveur de cette manière de voir l'identité des cheveux massués que l'on y observe avec ceux qui paraissent appartenir en propre à la pelade vulgaire, et ce fait que, chez l'adulte, la pelade vulgaire peut s'accompagner des localisations ophiasiques.

TRAITEMENT. — Cette affection sera traitée comme la pelade vulgaire. (L.)

PITYRIASIS VERSICOLOR

Le pityriasis versicolor est une affection superficielle de l'épiderme due au *Microsporon furfur* découvert par Eichstedt.

Ce champignon se développe dans la couche cornée, où l'on trouve: 1° des filaments mycéliens irrégulièrement et pauvrement ramifiés, remplis de spores de diamètre inégal, sphériques, réfringentes, séparées les unes des autres par des cloisonnements réguliers; 2° dans les intervalles du réseau formé par les filaments entrecroisés, des spores libres, à double contour, accumulées en grappes. Il ne pénètre pas dans les poils.

Il est facile d'étudier ces caractères après avoir fait agir la potasse à 20 p. 100 sur la couche cornée enlevée par raclage.

Il n'existe pas de procédé de culture certain du parasite.

Le pityriasis versicolor a pu être inoculé à l'homme (Köbner); sa germination dure au moins trois semaines. Sa contagion a été observée, mais elle est rare, les téguments de la plupart des sujets ne lui offrant pas un terrain de culture.

On rencontre de préférence la maladie chez des individus mal tenus, vêtus de flanelle. Sa fréquence chez les phthisiques des classes pauvres est un fait remarquable: l'abondance de la sueur, ses fermentations semblent jouer un rôle important dans le développement de cette dermatose. De Molènes et Costilhes accusent, sans preuves, les fermentations gastriques.

L'affection, rare chez l'enfant, ne s'observe pas chez le vieillard. Elle peut atteindre plusieurs individus d'une même famille.

SYMPTÔMES. — Ses caractères cliniques sont des plus simples. Les taches les plus petites, ponctuées, siègent à l'orifice des follicules