

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

AFFECTIIONS 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, microsporion), 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 microsporidie, 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-

stitue *un des symptômes capitaux* de l'affection comprend : les diverses trichophyties non suppuratives, la microsporie, dans lesquelles on voit des squames plus ou moins apparentes, et des fragments de cheveux plus ou moins longs, et augmentés de volume; le favus, où l'alopecie s'accompagne de la présence de godets faviques ou de placards squameux épais; la forme de séborrhée sèche désignée sous le nom de teigne amiantacée, où les squames forment des plaques épaisses; la xérodémie pileaire, dans laquelle les cheveux présentent à leur base un cône corné plus ou moins apparent; les folliculites décalvantes dans lesquelles on voit des croûtes, des pustulettes ou de simples taches érythémateuses arrondies de petites dimensions et légèrement saillantes à la base des poils; le lupus érythémateux dans lequel on constate, outre des dépressions cicatricielles, des squames sèches et adhérentes reposant sur des surfaces érythémateuses; la sclérodémie en plaques dans laquelle le cuir chevelu est lisse, brillant, de consistance scléreuse.

Dans d'autres affections, l'alopecie n'est qu'un *symptôme accessoire*, surajouté à un ensemble clinique plus ou moins complexe, disparaissant au milieu de lésions telles que des ulcérations, des croûtes, des squames; la reconnaissance de sa cause ne présente pas de difficultés.

Pour compléter ce sommaire de la séméiologie des alopecies, il convient de signaler ici les *pseudo-alopecies provoquées par des traumatismes* qui brisent ou arrachent les poils; chez les nouveau-nés, à la suite de frottements répétés contre les oreillers, on peut voir à la nuque et à l'occiput les cheveux se rompre au niveau du cuir chevelu, simulant une tonsure dont la localisation indique la cause. Le port de coiffures lourdes, le port du chignon et l'usage des peignes et des aiguilles à chapeaux provoquent parfois l'arrachement de cheveux, et cet accident, en se répétant sur une série de poils voisins, peut amener la production d'une véritable plaque de décalvation.

De ces pseudo-alopecies doivent être rapprochées celles qui résultent, plus souvent à la barbe qu'au cuir chevelu, de la trichomanie (Besnier) ou trichotilomanie (Hallopeau), sorte de névrose dans laquelle les malades s'arrachent des poils, soit pour constater s'ils ne sont pas malades, soit pour calmer un prurit des régions velues, soit simplement pour obéir à une impulsion.

LES PELADES

Définition. — On donne le nom de pelades à des affections du système pileux caractérisées par la chute des poils sous forme de taches ou d'aires généralement arrondies, chute précédée de l'atrophie du poil, sans altérations épidermiques macroscopiquement apparentes.

La dénomination d'Area Celsi et celle d'alopecie en aires, usitée en Allemagne pour désigner les pelades, n'est pas exactement synonyme, car il existe des alopecies sous forme de plaques ou d'aires qui relèvent de causes diverses, succèdent à des lésions macroscopiquement très évidentes du cuir chevelu et ne doivent pas être confondues avec la pelade.

Même avec la signification restreinte qu'on lui donne en France, le nom de pelade s'applique à des alopecies de forme clinique, d'évolution et de nature extrêmement différentes. Il ne répond pas à une maladie du système pileux, mais à un groupe symptomatique complexe.

Bazin rangeait la pelade dans les teignes et la croyait causée par la présence de champignons; à la faveur d'une fausse interprétation clinique de Gruby, il l'attribua d'abord au *Microsporon Audouini*; plus tard, ayant reconnu l'erreur de Gruby, il lui assigna comme cause un champignon, le *Trichophyton decalvans* qu'aucun de ses successeurs n'a pu retrouver.

L'impossibilité de découvrir le parasite de la pelade fit émettre par Bärensprung, Hebra, etc., l'opinion que cette affection n'avait pas une cause parasitaire, mais une cause nerveuse. Cette opinion, accréditée en Allemagne, a été soutenue en France par Olivier et Gaucher, qui se basaient sur la difficulté de constater la contagion de la pelade dans la plupart des cas et sur le développement, à la suite de troubles nerveux et d'émotions vives, d'alopecies plus ou moins étendues, ayant les caractères de la pelade.

Se basant, d'autre part, sur la transmission indubitable par contagion d'alopecies présentant les caractères morphologiques identiques, la plupart des dermatologistes français, avec Besnier, Brocq, Thibierge, admirent qu'il existait deux grandes classes de pelades, les unes d'origine parasitaire, les autres d'origine nerveuse, mais sans tracer un tableau précis des symptômes propres à chacune de ces classes.

La division en pelade achromateuse ou vulgaire et pelade décalvante, admise depuis Bazin, répond à des différences d'aspect clinique et d'évolution plutôt que de causes.

Dans une série de recherches récentes, Sabouraud⁽¹⁾ a repris l'étude des pelades, a montré dans les lésions de certaines d'entre elles la présence d'un parasite microbien ayant tous les caractères du microbacille de la séborrhée et de l'acné et dans d'autres l'absence de ce parasite. Il distingue, en se basant sur ces caractères bactériologiques et sur des caractères cliniques différents, deux espèces de pelades, la pelade parasitaire ou séborrhéique, qui s'observe chez l'adulte, et la pelade essentielle, non séborrhéique, qui appartient à l'enfant. Se reportant aux descriptions des anciens auteurs, Sabouraud a fait observer que ces deux types avaient déjà été cliniquement décrits avec une précision remarquable, la première par Bateman, la seconde par Celse sous le nom d'ophiasie; aussi donne-t-il à la pelade séborrhéique de l'adulte le nom de pelade de Bateman, et à la pelade essentielle de l'enfant le nom de pelade ophiasique ou pelade de Celse, ou d'Area Celsi vraie.

Ces types ne comprennent certainement pas la totalité des affections rentrant dans la définition des pelades. Le travail de classification de ces affections est loin d'être achevé et la description que nous en donnerons est une description d'attente.

Pour en faciliter l'exposé, nous étudierons d'abord les caractères cliniques généraux des pelades, puis nous décrirons les types aujourd'hui différenciés.

CARACTÈRES CLINIQUES GÉNÉRAUX DES PELADES

Les pelades se traduisent d'une façon constante par des taches alopeciques, de forme presque toujours arrondie, de dimensions variables, tantôt uniques,

⁽¹⁾ SABOURAUD. Étude clinique et expérimentale sur les origines de la pelade. *Annales de Dermatologie*, 1896, p. 253, 460, 677, 824. — SABOURAUD. Sur la nature, la cause et le mécanisme de la calvitie vulgaire. *Annales de Dermatologie*, 1897, p. 257. — SABOURAUD, Article Pelade du *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, Comby, Marfan, t. V, p. 570.

tantôt multiples, occupant des points variables des régions pilaires, particulièrement du cuir chevelu. Au niveau de ces taches alopeciques, le tégument est presque constamment lisse, uni, sans trace de desquamation, sauf le cas de coïncidence avec des lésions séborrhéiques prononcées; même dans ce cas, les squames n'ont pas sur les plaques alopeciques l'abondance et l'étendue qu'elles présentent sur les plaques trichophytiques.

Le derme, au niveau des aires alopeciques, est d'aspect variable: souvent lisse, brillant, légèrement décoloré et comme œdématié, avec les orifices folliculaires peu apparents, il est d'autres fois déprimé à la partie centrale des taches; d'autres fois, on voit les plis normaux de l'épiderme et les saillies folliculaires très nettes.

Les plaques peladiques sont, à leur période d'état, complètement dépourvues de poils sur leur partie centrale. Avant d'avoir atteint cette période, on peut voir persister à leur surface quelques poils d'apparence normale. En outre, tant que l'extension périphérique de la plaque n'est pas arrêtée, on voit à leur surface et surtout à leur bordure des poils présentant des altérations caractéristiques: ces poils, connus sous le nom de poils peladiques, sont cassés à une distance de la peau variant entre 5 à 4 et 12 à 15 millimètres; leur extrémité libre, quelquefois fendue en fourche ou en balai, est plus souvent sectionnée franchement; elle a le diamètre et la coloration des poils sains du voisinage; mais, à mesure qu'il se rapproche de son insertion, le poil s'amincit, se décolore, se réduit à un filament incolore qui pénètre dans la peau. Lorsqu'on cherche à arracher ces poils, ils viennent facilement à la traction, et, contrairement aux poils trichophytiques qui se rompent bien au-dessus de leur insertion, ils peuvent être enlevés en totalité: leur extrémité profonde est amincie, effilée, quelquefois recourbée en crosse, rarement terminée par un mince renflement. Ainsi conformé, à la fois aminci et dépigmenté, le poil peladique ressemble à un point d'exclamation [!] d'imprimerie; il diffère profondément des poils des autres alopecies. Examiné au microscope, on constate tantôt qu'il s'amincit régulièrement, tantôt qu'il présente une série de renflements et d'étranglements plus ou moins prononcés; à sa partie profonde, le pigment fait défaut ou est réparti en amas fusiformes allongés suivant l'axe du poil dont ils occupent le centre (Lailler); on constate en outre une infiltration de bulles d'air (Behrend, Juhel-Rénoy) plus considérable que dans les poils normaux ou dans les autres alopecies.

Les poils peladiques, que l'on n'observe avec leurs caractères nets qu'au niveau du cuir chevelu, peuvent se voir sur une zone d'étendue variable autour de l'aire déglabrée et leur présence indique que l'extension de celle-ci n'est pas arrêtée.

Dans quelques cas, auxquels Bazin donnait le nom de pseudo-pelade et qu'il vaut mieux désigner sous le nom de pelade pseudo-tondante (Lailler) ou de pelade à cheveux fragiles (E. Besnier), les poils peladiques peuvent persister sur toute l'étendue de la plaque alopecique et simuler au premier abord certaines formes de trichophytie.

Lorsque l'extension de la maladie est complètement arrêtée, on ne trouve plus sur les plaques peladiques aucun poil présentant les caractères que nous venons de décrire, mais on peut encore y trouver des poils minces, décolorés, plus ou moins longs, ressemblant à des follets. C'est en effet sous cette forme que se fait la repousse des poils à son début.

Au fur et à mesure que la guérison s'avance, on voit les poils devenir plus nombreux, plus épais et se colorer davantage; souvent cependant les poils de repousse restent longtemps décolorés et la place des zones alopeciques est, chez certains sujets, marquée pendant un temps variable par des bouquets de poils blancs.

Les plaques de pelade s'étendent généralement d'une façon régulière par leur périphérie. Elles peuvent se réunir entre elles pour former des surfaces alopeciques irrégulières. Leur extension dure pendant un temps variable, puis elles restent stationnaires, mais sont sujettes à des exacerbations plus ou moins répétées; en outre, des plaques nouvelles peuvent se développer avant ou après la guérison des plaques précédentes. En un mot, la marche des pelades est extrêmement irrégulière.

L'affection peut être constituée par une seule plaque, guérissant au bout de quelques semaines, ou restant unique pendant plusieurs mois. Elle peut, inversement, se manifester par des plaques multiples qui s'étendent, se confondent par leurs bords, et envahissent des territoires très étendus: ces pelades extensives, qui arrivent parfois à se généraliser à tout le cuir chevelu, parfois même à la totalité des poils du corps, portent le nom de pelade décalvante.

Les pelades ont, en effet, pour siège le plus fréquent le cuir chevelu, mais peuvent également atteindre les autres régions pileuses: la barbe, où elles sont en général particulièrement rebelles, et où elles peuvent exister en coïncidence ou indépendamment de lésions du cuir chevelu; les cils, les sourcils, les poils du pubis, des aisselles, etc., ne sont généralement pas atteints sans altération concomitante du cuir chevelu.

Dans certains cas de pelade, les ongles sont le siège de lésions se traduisant par leur atrophie en masse ou sous forme de ponctuation ou de stries transversales, parfois par leur décollement et leur chute.

Le développement des plaques peladiques ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel, d'aucune douleur, d'aucun prurit: tout au plus, quelques malades éprouvent-ils, lorsqu'ils passent le peigne sur leur surface, une sensibilité particulière de frôlement désagréable; elles sont, en général, découvertes d'une façon accidentelle.

PELADE SÉBORRHÉIQUE, PELADE DE BATEMAN

La pelade séborrhéique a, d'après les descriptions de Sabouraud, pour caractères cliniques de débiter par des plaques d'étendue variable, occupant un point quelconque du cuir chevelu. Ces plaques sont ordinairement peu nombreuses et peu étendues. A leur surface, la peau est blanche, d'aspect gras et luisant, les orifices folliculaires sont dilatés, apparents et la pression en fait sortir de nombreux bouchons graisseux dont nous verrons plus loin l'aspect microscopique. Les poils altérés que l'on observe sur les plaques ont l'aspect typique du poil peladique en point d'exclamation, leur extrémité libre est sectionnée franchement et en biseau, non en balai. Après leur chute, la plaque reste glabre, sans repousse de follets.

La pelade séborrhéique reste souvent à l'état de plaques alopeciques isolées, s'étendant excentriquement par leur périphérie, susceptibles d'une guérison rapide dans l'espace de quelques semaines, mais susceptibles aussi de récurrences plus ou moins nombreuses. Mais elle peut aussi se propager à des surfaces

étendues, arriver à produire la décalvation complète et constituer la plus grave des pelades décalvantes. La pelade décalvante séborrhéique a parfois une marche extrêmement rapide et peut en quelques semaines produire la chute de totalité des poils du corps; d'autres fois, elle évolue lentement, irrégulièrement, par poussées échelonnées sur un grand nombre d'années.

La marche de la pelade séborrhéique est, d'une façon générale, plus grave chez l'adulte que chez les jeunes sujets; elle est d'autant plus tenace et a d'autant plus de chances de s'étendre qu'il existe des lésions séborrhéiques plus apparentes : cette remarque avait été faite par Lailler et par Besnier avant que ne fût soupçonnée sa relation intime avec la séborrhée.

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomiques de la pelade séborrhéique consistent en une folliculite pileaire, avec infiltration, autour du follicule et surtout autour de la papille et des vaisseaux folliculaires, de cellules migratrices qui sont surtout des lymphocytes et des mastzellen; cette folliculite a pour conséquence une atrophie de la papille, qui produit un poil mince et dépourvu de pigment bientôt expulsé. Après la chute du poil, une nouvelle papille peut se former au fond du follicule et donner naissance à un nouveau poil : la reproduction de la papille n'a lieu qu'après la disparition de l'infiltration cellulaire péripapillaire.

Ces lésions folliculaires, qui avaient déjà été en partie décrites par Giovannini, ont été surtout précisées par Sabouraud qui a montré de plus la présence, dans les follicules ainsi atteints, d'amas microbiens auxquels il donne le nom d'utricule peladique ou de cocon séborrhéique. Ces amas sont formés du même microbacille que celui de la séborrhée, avec une gangue de cellules épidermiques et de graisse. Ils occupent au début le tiers supérieur du follicule, entre l'orifice pileaire et l'abouchement de la glande sébacée.

Ces cocons séborrhéiques peuvent être observés facilement dans le produit de raclage des plaques peladiques au moyen d'une lame de verre : ils sont formés de strates épidermiques emboîtés, contenant à leur centre, comme une larve en son cocon, des pelotons microbiens compacts. Après dégraissage par l'éther et coloration avec la thionine phéniquée ou le bleu polychrome ou mieux encore par la méthode de Gram, on peut voir dans ces cocons un bacille renflé en forme de barillet, 10 fois plus petit que le bacille court de la diphtérie, plus court et plus fin que le bacille de l'influenza de Pfeiffer; dans l'utricule peladique, ce bacille n'est ordinairement pas agminé en chaînes, il est sous forme de diplobacille, plus rarement en chaînes de 5 ou 4.

La présence constante des cocons séborrhéiques dans les follicules habités par des poils peladiques ou laissés libres par la chute de ceux-ci est, pour Sabouraud, la preuve de la relation de la pelade avec le microbacille qu'ils contiennent.

Étiologie. — La pelade séborrhéique s'observe aussi souvent chez l'homme que chez la femme.

Elle ne s'observerait jamais, d'après Sabouraud, avant 10 ou 12 ans, serait rare jusqu'à 14 ou 15 ans; elle se rencontre fréquemment chez l'adulte, dont elle constitue la pelade commune.

Cette affection, dont la fréquence varie suivant les pays, semble se confondre avec la pelade contagieuse, dont la transmission a été admise depuis longtemps

par les dermatologistes français. On la voit se propager dans des milieux divers : de mari à femme (E. Besnier), entre employés d'un même bureau (Hillairet), dans les écoles, les pensions, les régiments, dans toutes les agglomérations; elle est particulièrement fréquente chez les médecins attachés aux services de dermatologie (E. Besnier).

La transmission de la pelade peut se faire et se fait plus fréquemment encore par les objets de coiffure et de toilette, par les instruments des coiffeurs, en particulier par la tondeuse, par les mains du coiffeur, etc.

Elle ne se fait cependant pas forcément, aussi les épidémies de pelade sont-elles plus limitées que les épidémies de trichophytie. Même des contacts prolongés ne suffisent pas à transmettre la pelade séborrhéique : dans les familles, il n'est pas rare de voir des peladiques, malades depuis des années, ne pas faire foyer autour d'eux.

On peut donc dire que la contagiosité de la pelade, tout en étant indiscutable, est relativement faible.

Pour la mettre en œuvre, il faut sans doute des conditions spéciales qui favorisent l'action des germes peladogènes : les causes morales, les émotions violentes, la dépression nerveuse prolongée qui ont été invoquées comme causes de la pelade en général, agissent peut-être comme causes prédisposantes et on s'expliquerait ainsi comment les pelades généralisées décalvantes ont pu être considérées comme liées indubitablement à des troubles nerveux, tandis qu'elles peuvent, ou tout au moins que certaines d'entre elles peuvent servir, mieux encore que les pelades localisées, à soutenir la théorie parasitaire de la pelade séborrhéique.

Nous reviendrons plus loin sur la théorie névropathique de certaines formes de pelade.

La théorie parasitaire de certaines pelades avait été, avant les recherches de Sabouraud, appuyée sur des arguments cliniques, tirés de la contagiosité de ces affections, et avait été l'occasion de nombreuses recherches microscopiques : on avait décrit des parasites divers occupant les poils ou plus exactement leur surface. Nous avons plus haut signalé les recherches de Gruby sur le microsporion Audouini, qu'il avait, par une erreur de diagnostic, attribué à la pelade et les assertions de Bazin sur un prétendu *trichophyton decalvans*. Malassez, en 1874, constata dans les parties les plus superficielles de l'épiderme, chez les sujets atteints de pelade, un champignon en forme de bissac, qui fut retrouvé par Eichhorst, Majocchi, Pellizzari, mais dont le rôle pathogène n'a pas tardé à être nié, lorsque Nyström, Horand, Bizzozzero l'eurent retrouvé sur des objets inanimés et sur la peau normale, et eurent montré qu'il s'agit d'un parasite banal. Von Sehlen a décrit en 1885, dans la portion intra-épidermique du poil, un microcoque qu'il considérait comme pathogène et caractéristique, et dont les cultures inoculées aux animaux avaient produit des plaques alopeciques comparables à celles de la pelade; mais Thin, Bizzozzero, Michelson, Bordoni-Uffreduzzi, Bender avaient montré que l'organisme de von Sehlen n'a rien de spécifique et se retrouve sur les cheveux normaux. Vaillard et Vincent avaient trouvé dans la pelade pseudo-tondante un microcoque occupant les follicules pileux et lui avaient attribué le développement de la maladie; mais il s'agissait encore d'un parasite banal comme ceux de Malassez et de von Sehlen et comme un organisme décrit par Robinson.

Les recherches de Sabouraud, conduites avec une grande prudence, lui ont