

permis de décrire le microbacille qu'il regarde comme le parasite, si longtemps cherché, de la pelade ou du moins d'une forme de pelade. L'identité de ce parasite avec celui de la séborrhée, et avec celui que Unna a décrit dans l'acné, a fait émettre quelques réserves au sujet de sa valeur comme agent peladogène, tant est différent le tableau clinique des pelades et celui de la séborrhée grasse, tant aussi semble nette la transmission en nature de la pelade, en opposition avec la vulgarité et la banalité de la séborrhée grasse. Pour trancher la question de manière formelle, de nouvelles recherches sont nécessaires, et l'expérimentation seule donnera une démonstration définitive : Sabouraud, en injectant aux animaux des toxines provenant des cultures du bacille séborrhéique, a bien obtenu des alopecies, mais les caractères de ces alopecies ne suffisent pas à entraîner la conviction.

PELADE OPHIASIQUE, PELADE DE CELSE

Sous le nom d'ophiasis, Celse avait donné une description remarquable d'un type clinique de pelade que Sabouraud a individualisé et a séparé nettement de la pelade séborrhéique.

Description clinique. — L'ophiasis de Celse débute presque constamment par la nuque, soit sur la ligne médiane, soit sur ses parties latérales ou encore au-dessus des oreilles; ses lésions sont le plus souvent symétriques, mais plus étendues d'un côté que de l'autre. Les plaques ne sont pas à leur début le siège d'une déglabration complète, mais d'une dépilation diffuse, et il persiste à leur surface, en plus ou en moins grand nombre, des poils sains et très adhérents.

De son siège initial, l'ophiasis s'étend soit vers l'oreille, soit vers la nuque, dégarnissant la bordure du cuir chevelu sur laquelle elle forme une bande large de deux doigts (Celse); plus tard, elle peut atteindre des points variables du cuir chevelu.

La dépilation dans l'ophiasis est rarement complète; le plus souvent elle est diffuse, et, lorsqu'elle constitue des plaques, celles-ci sont irrégulières et mal délimitées. Les poils qui persistent dans les régions atteintes sont parfois normaux, plus souvent ils s'amincissent vers leur extrémité profonde, mais sont plus adhérents que dans la pelade séborrhéique; ils peuvent, comme dans celle-ci, être cassés à une faible distance de la peau, et prennent alors la forme d'un point d'exclamation, mais leur extrémité libre, au lieu d'être cassée nettement comme dans la pelade séborrhéique, est séparée en fibrilles et a l'aspect d'un pinceau.

Des poils follets décolorés recouvrent souvent la plaque pour tomber au bout d'un temps variable.

Au niveau des plaques, la peau est sèche, légèrement ridée, amincie et décolorée, et laisse parfois voir de fines dilatations vasculaires.

La pelade ophiasique peut rester limitée à la bordure du cuir chevelu, sur laquelle elle forme des bandes alopeciques qui l'entourent complètement; mais le plus souvent elle envahit d'autres points de la surface du crâne. Elle peut revêtir la forme décalvante et envahir la totalité du cuir chevelu, atteindre même les cils.

La durée moyenne de la pelade ophiasique est de 18 mois. Elle est d'autant plus longue et la maladie d'autant plus grave qu'elle survient chez des sujets

jeunes. Dans les cas les plus rebelles, elle guérirait, d'après Sabouraud, aux approches ou à la suite de la puberté; exceptionnellement on voit persister chez l'adulte un reliquat de l'affection à la nuque. La guérison se fait par repousse de poils adultes à la périphérie des plaques qui se rétrécissent progressivement et on ne voit pas se produire des générations successives de follets de plus en plus forts comme dans la pelade séborrhéique.

Étiologie. — L'ophiasis débute ordinairement entre 6 et 10 ans. Elle est, comme il vient d'être dit, exceptionnelle chez l'adulte et s'y observe presque toujours à titre de reliquat d'une lésion semblable développée dans le jeune âge.

Ses causes sont complètement inconnues. Sabouraud a recherché en vain des éléments parasitaires analogues à ceux qu'il a constatés dans la pelade séborrhéique. Dans quelques cas, il a noté l'hérédité de l'affection; jamais il n'a pu constater sa contagion.

L'absence de recherches sur l'histologie pathologique de l'ophiasis ne permet d'ailleurs pas de discuter sur la nature de cette affection.

PELADES TROPHONEUROTQUES

On désigne sous le nom de pelades trophoneurotiques ou de peladoïdes d'origine nerveuse des alopecies affectant des ressemblances plus ou moins nettes avec la pelade et survenant ou paraissant survenir à la suite de troubles nerveux ou dans le cours d'affections du système nerveux.

L'étude de ces formes de pelades est à reprendre toute entière, en tenant compte des recherches de Sabouraud sur l'origine parasitaire de la pelade dite séborrhéique. Il convient cependant, malgré ces réserves, de les signaler ici.

Elles ont été notées à la suite de traumatismes, de plaies du cuir chevelu intéressant des filets nerveux importants, dans le cours de maladies du système nerveux, telles que le tabes, la maladie de Basedow, à la suite d'attaques épileptiques, de surmenage intellectuel prolongé, ou en coïncidence avec des dermatoses reconnaissant une origine nerveuse manifeste, telles que le vitiligo, la sclérodémie, l'hémiatrophie faciale, le lichen de Wilson.

Ces alopecies se montrent le plus souvent sous la forme de plaques arrondies, complètement déglabrées, d'étendue variable, parfois symétriquement disposées. Elles peuvent occuper la barbe et le tronc aussi bien que le cuir chevelu, parfois même être généralisées.

Leur marche est variable, liée à la nature de la cause qui les a produites.

Les expériences de Max Joseph et de Mibelli, qui par l'excision du deuxième ganglion cervical chez le chat ont produit une alopecie partielle, ont été invoquées pour expliquer ces alopecies d'origine nerveuse.

Diagnostic des pelades. — Diverses affections du système pileux peuvent être confondues avec les pelades. Il en est avec lesquelles l'hésitation ne saurait être de longue durée, tant leurs caractères sont différents; mais d'autres peuvent prêter facilement à l'erreur, en raison d'une ressemblance morphologique frappante.

Le *favus* en activité, avec ses godets jaunes et souvent épais, ne saurait être pris pour une pelade. Il n'en est plus de même lorsque la matière favique a

complètement disparu et que l'affection n'est plus représentée que par des cicatrices alopeciques plus ou moins étendues; cependant, l'aspect nettement cicatriciel du cuir chevelu, sa blancheur, la forme irrégulière des surfaces alopeciques, la présence de cheveux durs, épais et secs, permettent de reconnaître facilement qu'il ne s'agit pas de pelade.

De même les alopecies produites par les *folliculites décalvantes* se reconnaissent facilement à leur caractère cicatriciel, à la blancheur du cuir chevelu, parsemé de taches rouges et de petites squames occupant la base des poils, à la forme irrégulière des cicatrices et à la persistance de cheveux résistants souvent groupés en petits bouquets.

Dans le *lupus érythémateux* du cuir chevelu, les plaques alopeciques sont également d'aspect cicatriciel et, à moins que l'affection ne soit de date très ancienne et parvenue à la période de guérison, on trouve toujours des lésions en activité, caractérisées par des plaques ou des zones rouges et vascularisées et par des squames plus ou moins épaisses, adhérentes, pourvues à leur face interne de prolongements qui s'enfoncent dans les orifices folliculaires.

Les *cicatrices anciennes* consécutives à des traumatismes ou à des lésions suppuratives du cuir chevelu, telles que l'impétigo ou l'ecthyma, se distinguent des aires alopeciques de la pelade par l'aspect cicatriciel, lisse et brillant du cuir chevelu à leur niveau, par l'absence de poils cassés ou atrophiés à leur pourtour.

Comme *suite des lésions suppuratives du cuir chevelu*, abcès, furoncles, impétigo, etc., il n'est pas rare de voir survenir des taches alopeciques arrondies, qui offrent la plus grande ressemblance avec une plaque de pelade: cette ressemblance est encore accrue par la présence, sur la zone alopecique elle-même ou à son pourtour, de poils amincis à leur extrémité profonde, peu adhérents, quelquefois même cassés à peu de distance de la peau, offrant en somme des caractères très voisins de ceux des poils peladiques. Ces lésions sont le plus ordinairement confondues avec les pelades; la présence, au centre des plaques, d'une cicatrice même peu développée, leur coloration rouge en l'absence de toute application irritante, la coexistence en d'autres points du cuir chevelu de lésions offrant les mêmes caractères ou sur lesquelles persistent encore des croûtes, les commémoratifs permettant de retrouver l'existence antérieure de lésions suppuratives: tels sont les éléments de ce diagnostic souvent très embarrassant.

Les *teignes tondantes* trychophytique et microsporique sont faciles à distinguer des pelades pour peu qu'on y prête attention. Au niveau des plaques de tondante, l'épiderme présente presque toujours quelque lésion, une desquamation plus ou moins prononcée et apparente, qui ne fait défaut que lorsqu'elles ont été soumises à un traitement régulier et continu. Dans les teignes tondantes comme dans les pelades, on voit sur les surfaces malades des poils cassés en nombre variable; mais ceux de la pelade sont amincis et décolorés à leur extrémité profonde, la traction les arrache facilement et les amène tout entiers sans trace de gaine périphérique, tandis que ceux des teignes tondantes s'arrachent par fragments souvent friables, sont plus volumineux que les poils normaux et égaux dans toute leur longueur, enfin sont entourés dans certaines formes d'une gaine plus ou moins développée. L'examen microscopique des poils cassés n'est même pas nécessaire pour pouvoir affirmer le diagnostic. L'âge des malades peut parfois à lui seul être une présomption en faveur de la pelade, car

chez les sujets au-dessus de 20 ans on n'observe pour ainsi dire jamais les teignes tondantes et, dans les cas très exceptionnels où on les rencontre encore, elles n'affectent plus la forme de plaques.

Les *alopécies congénitales* en plaques se distinguent de la pelade par leur existence reconnue dès la naissance, par l'absence de poils cassés à leur surface ou à leur pourtour, par l'aspect du cuir chevelu qui est chagriné et a souvent le même aspect que le tégument du visage.

L'*alopécie syphilitique secondaire* affecte le plus ordinairement la forme de zones étroites, comparables à des clairières, qui ne sauraient être confondues avec les plaques de pelade. Mais parfois les zones atteignent des dimensions plus considérables et rappellent par leur forme et leurs dimensions les aires peladiques. La multiplicité de ces zones, leur développement rapide, l'absence de poils ayant les caractères des poils peladiques permettent généralement d'écarter l'idée de la pelade; les antécédents et la coïncidence de manifestations syphilitiques en activité n'apportent qu'un appoint insuffisant au diagnostic, car il n'est pas rare de voir la pelade se développer chez des sujets atteints de syphilis secondaire.

La *sclérodémie* du cuir chevelu provoque la chute des cheveux et rappelle l'aspect éburné de certaines plaques de pelade: l'absence de poils peladiques et surtout la consistance lardacée des plaques sclérodermiques ne permettent pas la confusion, qui est facilement évitée pour peu qu'on pense à la possibilité de cette affection.

Dans la barbe, il n'est pas rare de voir manquer un nombre plus ou moins considérable de poils formant des îlots arrondis ou irréguliers, qui sont d'autant plus difficiles à distinguer des pelades que le poil peladique n'a jamais dans la barbe les caractères qui permettent de le reconnaître au cuir chevelu.

Les *nævi* du cuir chevelu sont quelquefois pris pour des plaques de pelade; on les reconnaît à la pigmentation et à l'épaississement de la peau à leur niveau.

Les *diverses formes de pelades* doivent être distinguées entre elles. Nous renvoyons, à ce sujet, aux descriptions que nous avons données plus haut de la pelade séborrhéique et de la pelade ophiasique.

Traitement des pelades. — Le traitement des pelades ne peut être formulé d'une façon précise tant que ces affections ne seront pas connues et différenciées plus nettement qu'elles ne le sont actuellement.

D'une façon générale, il consiste dans l'emploi de procédés thérapeutiques susceptibles d'entretenir une irritation locale légère mais persistante du tégument peladique et d'exciter la vitalité des papilles pilaires, et dans l'emploi d'antiseptiques toutes les fois qu'on a lieu d'admettre ou de redouter la nature parasitaire de l'affection.

Dans ce dernier cas, il faut ajouter aux prescriptions précédentes l'épilation de la plaque de pelade et de sa bordure. Cette épilation doit enlever tous les poils atteints, atrophiés, peu adhérents, et une zone de 3 ou 4 millimètres au delà de chaque poil trouvé malade. Elle doit être répétée toutes les fois que l'on trouve des poils cassés: elle permet d'arrêter la marche extensive de l'affection.

Les antiseptiques qui sont employés dans les pelades contagieuses sont en premier lieu les solutions aqueuses ou alcooliques de sublimé, telles que la liqueur de Van Swieten, employée en frictions quotidiennes, et les préparations

soufrées, pommade soufrée au 10^e, ou lotions avec un alcoolé faible renfermant du soufre en suspension.

Les goudrons, goudron végétal, huile de cade, huile de bouleau, etc., sous forme de pommades ou de glycérolés, sont également indiqués dans la pelade séborrhéique.

A l'emploi des antiseptiques, il convient d'ajouter, dans la pelade séborrhéique, celui des lotions savonneuses répétées, soit avec le savon de toilette, soit avec des savons au goudron, au naphthol, etc., et des substances telles que l'éther, le xylol, etc., qui débarrassent la peau de son enduit gras et facilitent l'action des antiseptiques.

Les agents d'irritation cutanée qui sont utilisés dans les différentes pelades peuvent être rangés sous deux chefs, ceux qui provoquent une irritation rapide et intense du tégument, et ceux qui l'excitent moins énergiquement. Les premiers doivent être employés avec précaution et modération, à intervalles éloignés, tous les 8, 10 ou 12 jours, suivant l'intensité des réactions qu'ils produisent. Les deuxièmes, que l'on peut associer aux précédents pour en prolonger les effets, peuvent être employés quotidiennement.

Les substances le plus souvent utilisées pour provoquer une irritation énergique des plaques de pelade sont les vésicatoires sous forme d'emplâtre ou mieux de teinture concentrée de cantharide, les solutions concentrées d'acide phénique.

Des agents très nombreux ont été préconisés pour provoquer une irritation moins vigoureuse : teinture étendue de cantharides, acide acétique cristallisable, acide lactique, acide phénique, chloroforme, naphthol, teinture d'iode, essence de Wintergreen, etc. Dans le choix de ces substances, qu'il y a avantage à varier à plusieurs reprises dans le cours du traitement d'une pelade, et qu'on emploie le plus habituellement incorporées à l'éther ou à un alcoolé, il faut tenir compte de leurs propriétés toxiques, et en outre rejeter celles que leur odeur ou leur couleur peut rendre inapplicables à un traitement prolongé ; dans leur dosage, il faut tenir compte de l'irritation et de la douleur qu'elles provoquent et qui doivent toujours rester modérées : lorsqu'elles ont déterminé une irritation trop violente, qu'elles ont provoqué la vésication et surtout la suppuration, leur emploi doit être suspendu jusqu'à ce qu'un traitement approprié ait rétabli l'intégrité de l'épiderme.

L'électrisation faradique, les frictions énergiques au moyen de brosses dures peuvent également être employées comme moyen d'exciter la circulation des plaques peladiques.

Les procédés trop violents d'excitation, tels que les injections intradermiques de substances antiseptiques ou irritantes, les scarifications, les cautérisations ignées, etc., doivent être proscrits du traitement des pelades.

Lorsque des plaques étendues et nombreuses de pelade occupent le cuir chevelu, il est nécessaire de faire couper les cheveux courts. Les postiches peuvent être tolérés pour dissimuler l'affection, à condition qu'ils soient tenus avec une propreté rigoureuse et portés le moins longtemps possible.

Certaines pelades pouvant s'étendre et se disséminer par auto-contagion, il est nécessaire de faire tenir les coiffures et objets de toilette dans un état de propreté constante, de les faire désinfecter au moyen de préparations de sublimé.

La transmissibilité des pelades oblige à des mesures de prophylaxie générale : séparation des objets de toilette et de coiffure, servant aux peladiques, etc.

L'isolement des malades ne demande pas une rigueur aussi absolue que dans le cas de trichophytie et, à la condition que la surveillance des écoles et des divers groupements où existent des cas de pelade soit faite avec soin et intelligence, que les contacts directs et les contacts indirects, par l'intermédiaire des objets de toilette et de coiffure soient rendus impossibles, les peladiques qui se soumettent à un traitement régulier peuvent continuer à vaquer à leurs occupations et à mener la vie commune.

APLASIE MONILIFORME DES POILS

On donne le nom d'aplasie moniliforme ou de monilethrix à une altération des poils caractérisée par l'atrophie des segments plus ou moins longs séparés par des portions normales.

Description. — Les poils atteints d'aplasie moniliforme sont généralement courts, secs, minces et cassants. Sur leur longueur on voit alterner des segments minces, décolorés, d'étendue variable et des segments plus épais, de coloration plus foncée, représentant l'état normal du poil. La succession de ces parties étroites et larges rappelle l'aspect d'un chapelet à grains inégaux.

A l'examen microscopique, on peut constater que la substance médullaire du poil est atrophiée dans toute son étendue, même au niveau des nodosités.

Ces lésions peuvent porter sur tous les poils de l'économie ; c'est sur les cheveux qu'on les observe le plus fréquemment ; elles coïncident avec une alopecie plus ou moins prononcée.

Étiologie. — L'aplasie moniliforme des poils est parfois congénitale et héréditaire, comme dans les cas de Sabouraud⁽¹⁾ et de Jeanselme.

Comme l'a montré Hallopeau⁽²⁾, elle coïncide le plus ordinairement avec la xérodémie ou kératose pilaire, dont elle est la conséquence et l'un des symptômes.

Elle ne lui est cependant pas forcément liée, peut s'observer dans la pelade et traduit en réalité une atrophie incomplète de la papille pilaire avec exagération paroxystique de la dystrophie papillaire.

Diagnostic. — Cette lésion du poil est facile à reconnaître.

On ne saurait la confondre avec certains cas rares de canitie annelée dans lesquels se succèdent des segments colorés et des segments décolorés, car dans cette dernière affection les segments décolorés ont conservé le volume normal du poil.

La trichorrhéxie noueuse se distingue de l'aplasie moniliforme par la persistance de la coloration dans les parties étroites du poil, par le nombre moins considérable des segments volumineux.

⁽¹⁾ SABOURAUD, Sur les cheveux moniliformes (trichorrhéxis et monilethrix). *Annales de Dermat.*, 1892, p. 781.

⁽²⁾ HALLOPEAU, Sur une aplasie moniliforme des cheveux. *Bulletin de la Société française d' Dermat.*, 1890 p. 78 et 111.

Traitement. — Le traitement de l'aplasie moniliforme des poils se confond avec celui de la xérodémie pileuse et consiste surtout dans l'emploi des préparations soufrées et salicylées auxquelles on peut joindre les lotions excitantes avec des alcoolés additionnés de teinture de cantharides.

TRICHOORRHÉXIE NOUEUSE

Définition. — On donne le nom de trichorrhéxie noueuse à une altération des poils caractérisée par leur rupture au niveau de renflements résultant de la dissociation de leur tissu.

Description. — Les poils atteints de trichorrhéxie se rompent en un point plus ou moins éloigné de la peau, généralement à 2 ou 3 centimètres. Leur extrémité est marquée par un renflement de coloration grisâtre, ferme, rappelant quelque peu l'aspect d'un poil brûlé, mais qu'un examen attentif montre formé par une sorte de pinceau de fibrilles. Sur la longueur du poil ainsi brisé, on peut apercevoir de distance en distance des renflements arrondis, ou allongés, de coloration blanchâtre, produits par la séparation du poil en fibrilles sur une courte étendue et ressemblant, suivant la comparaison de E. Wilson, à deux brosses réunies par leurs crins. Le développement de ces renflements est précédé d'une érosion en coup d'ongle allongée dans le sens du poil et portant sur sa lame externe. C'est au niveau de ces lésions que le poil se rompt.

La trichorrhéxie noueuse peut occuper tous les poils du corps. Elle a été surtout observée à la barbe, où elle atteint généralement un grand nombre de poils du menton, et aux organes génitaux de la femme où P. Raymond⁽¹⁾ l'a rencontrée chez 40 pour 100 des femmes qu'il a examinées à ce point de vue.

Étiologie. — La trichorrhéxie noueuse a été longtemps considérée comme un trouble trophique des poils survenant sous des influences non déterminées.

P. Raymond, ayant constaté la présence au niveau des poils atteints d'un diplocoque à caractères spéciaux et ayant observé d'autre part la coexistence de la trichorrhéxie aux organes génitaux chez une femme et chez son mari, est disposé à admettre son origine parasitaire. M. Hodara⁽²⁾ a trouvé sur les cheveux atteints de trichorrhéxie un petit bacille qu'il considère comme spécifique. Spiegler⁽³⁾ a également constaté ce même bacille qu'il a pu cultiver et inoculer avec succès à des cheveux sains.

La trichorrhéxie des poils des grandes lèvres a été observée surtout chez les femmes qui prennent des soins de propreté insuffisants.

À la barbe, on ne connaît pas les causes locales de son développement.

Diagnostic. — La trichorrhéxie noueuse est facile à reconnaître. Elle se distingue facilement de l'aplasie moniliforme, dans laquelle les cheveux sont décolorés et portent des renflements plus nombreux, de la *trichoptilose*, dans

⁽¹⁾ P. RAYMOND, Recherches sur la trichorrhéxis nodosa. *Annales de Dermat.*, 1891, p. 568.

⁽²⁾ MENAHEM HODARA, Ueber die Trichorrhéxis des Kopphaares der Konstantinopeler Frauen. *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1894, p. 175.

⁽³⁾ SPIEGLER, *Verhandlungen des Deutschen Dermatologischen Congresses*, 1895.

laquelle la rupture se produit à l'extrémité des cheveux ou près de cette extrémité et sous la forme de fourche.

Traitement. — Les poils atteints de trichorrhéxie noueuse doivent être coupés ou mieux encore épilés; Besnier a obtenu de bons effets de l'application de teinture de cantharides au niveau de l'émergence des poils. L'origine parasitaire possible de l'affection rend rationnel l'emploi des parasitocides, spécialement des lotions de sublimé.

HYPERTRICHOSE

On donne le nom d'hypertrichose au développement du système pileux dans des régions qui en sont normalement dépourvues et à son développement excessif dans des régions qui, normalement, ne sont recouvertes que de poils follets.

Description. — L'hypertrichose peut être généralisée ou localisée.

L'hypertrichose généralisée est rare; elle respecte toujours certaines régions: la paume des mains, la plante des pieds, le prépuce et le gland. Elle s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme.

L'hypertrichose partielle est beaucoup plus fréquente. Elle est parfois congénitale et rentre alors dans les *nævi*.

Plus souvent elle se développe à un âge plus ou moins avancé.

L'hypertrichose peut occuper toutes les régions du corps.

Au visage, on l'observe chez l'homme sur le nez, dans les narines, dans les pavillon de l'oreille; chez la femme, à la lèvre supérieure, au menton, sur les parties latérales des joues.

Sur le tronc, elle occupe les régions médianes, assez souvent les seins, soit au niveau de l'aréole mammaire, soit dans toute leur étendue.

Sur les membres, elle atteint principalement le côté de l'extension.

L'hypertrichose constitue une difformité, et n'entraîne aucun trouble fonctionnel, sauf au niveau des orifices du nez et des oreilles, où elle favorise le développement des lésions infectieuses des follicules. Au visage, elle est chez certaines femmes un véritable supplice, engendre des troubles mélancoliques, une véritable phobie; à force d'arracher les poils, elles leur donnent plus de vigueur, et il est nécessaire d'intervenir pour les en débarrasser.

Étiologie. — L'hypertrichose acquise peut se développer spontanément ou sous l'influence de causes locales, telles que des irritations diverses et répétées des téguments par des vésicatoires par exemple, ou à la suite de l'avulsion, à la pince ou au moyen de pâtes épilatoires, des poils follets normaux d'une région.

L'hypertrichose peut se développer chez des femmes présentant des troubles utérins, mais ceux-ci sont fréquemment défaut. Elle est loin d'être l'apanage des femmes stériles, comme on l'a prétendu.

Elle est souvent héréditaire.

Traitement. — Les pâtes épilatoires, qui sont journellement employées contre l'hypertrichose, doivent être formellement proscrites, alors même qu'elles sont dépourvues de propriétés toxiques: elles irritent le tégument,