

XXXVI

PELADE

PAR LE D^r SABOURAUD

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DU FOLLICULE PILAIRE

Nous voulons étudier dans les pages qui vont suivre les maladies les plus communes et les plus graves du cuir chevelu de l'enfant, la pelade et les teignes cryptogamiques. De toutes les parties de la nosographie il n'y en a guère qui ait autant souffert des superstitions médicales et de l'empirisme d'autrefois. Encore aujourd'hui ce sont des affections fort mal connues parce qu'on ne les rencontre que dans la classe pauvre, et que la clientèle de ville en permet peu l'observation. Longtemps le traitement de ces maladies fut laissé aux mains des empiriques et des femmes; elles se ressentent encore du discrédit qu'elles en ont reçu.

Sauf le pityriasis versicolor, toutes les maladies que nous allons étudier sont des maladies du cuir chevelu et plus proprement des maladies du follicule pileux. Or, si l'on examine dans leur ensemble ces affections du follicule pileux, on remarque entre elles un caractère commun et singulier, c'est que leur évolution est comprise entre deux âges précis, avant et après lesquels on ne les observe plus qu'à titre exceptionnel ou seulement comme reliquat d'une affection ancienne, antérieure. Cela est vrai pour toutes. L'enfant de 10 ans, même avec une absence complète de soins, ne peut pas reconstituer sur sa tête l'enduit épithélial et sébacé surnommé *la calotte* du nourrisson. Un enfant est soumis à toutes les infections cryptogamiques possibles, ce sont les teignes tondantes, la teigne faveuse, et cependant il ne deviendra jamais chauve de la calvitie vulgaire. A la puberté une grande crise survient, après laquelle les infections cryptogamiques du poil deviennent d'une rareté excessive, et les seules qui restent possibles sont celles que les animaux nous transmettent, la cohabitation des enfants teigneux avec des adultes sains ne les contaminera plus. Le favus, il est vrai, semble d'abord faire exception à la règle, car on l'observe même chez le vieillard; mais, si l'on a suivi son évolution, il ne sera pas difficile de remarquer que, même sans traitement, cette maladie s'atténue spontanément avec l'âge, et surtout que jamais un adulte ne la contracte. L'inoculation spontanée en est facile chez l'enfant. La contagion pour l'adulte est nulle.

Mais ce n'est pas tout. Voici la puberté venue et rapidement tous les follicules pilo-sébacés s'ensemencent d'une espèce microbienne que l'enfant ne connaît pas et qui constitue l'acné juvénile. Cette crise passe ou du moins s'atténue d'ordinaire à mesure que la nubilité s'approche, mais l'infection ne fait que changer de place. C'est le cuir chevelu qui s'infecte à son

tour. Et voici la calvitie séborrhéique constituée. Elle aussi est une maladie d'âge fixe et critique. De 20 à 25 ans elle commence, rarement plus tard.

On pourrait croire encore, malgré l'ensemble que font déjà de si nombreuses entités morbides, que beaucoup font exception à la règle. La pelade, dira-t-on, est une maladie de tous les âges. Cela n'est pas vrai non plus. Elle aussi n'est pas une maladie du vieillard; passé la maturité, elle devient d'une rareté excessive. De plus, et nous le verrons, on assimile à la pelade de l'enfant mille et une dépilations de causes banales qui ne lui appartiennent à aucun degré. Si on les en sépare, il reste une alopecie en aires presque spéciale à l'enfant que l'adulte ne montre guère sinon comme récidue d'une affection née dans l'enfance. Et chez l'enfant son évolution, ses symptômes sont le plus souvent très particuliers.

Ainsi voyons-nous vérifiée, même pour les maladies qui d'abord semblent y faire exception, cette règle que nous mentionnions tout à l'heure et que la clinique vient appuyer à chaque instant: que les maladies du follicule pileux sont chacune concomitantes d'un âge spécial du patient, d'un âge pour elles critique, avant et après lequel leur survenue ne se produit qu'exceptionnellement.

LA PELADE DE L'ENFANT

Le mot *pelade*, au temps jadis, avait le sens qui s'attache aujourd'hui au mot *alopécie*. Les causes les plus disparates amènent des alopecies localisées ou diffuses, le terme générique de pelade les confondait. Bazin en reprenant ce terme oublié lui donna un sens plus précis en désignant sous ce nom la maladie qu'en tous les autres pays d'Europe on appelle: *alopécie en aires*.

On trouve surtout dans Celse une description qui se rattache évidemment à la pelade, mais l'histoire de la maladie commence vraiment avec ce siècle. C'est à Bateman qu'on en doit la description première (1815). Comme toutes les définitions destinées à devenir classiques, celle-ci est remarquable par sa brièveté et sa précision: « Cette singulière maladie est caractérisée par des taches plus ou moins circulaires, qui rendent chauve la partie sur laquelle elles ont leur siège et sur lesquelles on ne remarque aucun cheveu, tandis qu'elles sont environnées d'un aussi grand nombre de cheveux que dans l'état naturel. La surface du cuir chevelu est, dans l'étendue des taches, unie, brillante, et d'une blancheur remarquable. » Telle est en quelques mots la maladie que nous devons étudier chez l'enfant.

Tout d'abord il est nécessaire de s'entendre sur le sens des termes que l'on emploie. Bien des dermatologistes en employant un mot, celui de pelade en particulier, ne définissent pas l'acception qu'ils lui prêtent et appellent pelade toutes les alopecies limitées. Devons-nous faire de même, ou, au contraire, distinguerons-nous parmi les alopecies limitées en aires une pelade, maladie que son évolution, sa marche, ses symptômes élémentaires nous apprendront à distinguer comme spéciale? Cette question devient pressante en ce qui concerne la pelade de l'enfant. Rien n'est plus fréquent que les alopecies en aires chez l'enfant. Les causes les plus diverses peuvent

les provoquer. Les appellerons-nous toutes des pelades? A laquelle réserverons-nous ce nom? Ce qui perpétue l'obscurité c'est l'absence de définition, et la définition manque parce qu'aucune étude expérimentale n'est venue fournir un moyen de la donner. Toute catégorisation nette est impossible parce que la cause de la pelade est inconnue.

Si nous ne pouvons la donner, du moins enlevons du sujet les pelades de l'enfant dont la cause est connue et la symptomatologie tracée. Cela fait, il restera un résidu irréductible. Ce sera la pelade de cause inconnue, la pelade essentielle.

Alopécie en aires, post-impétigineuse. — Dans la classe pauvre, chez l'enfant du premier âge, la pelade essentielle ne semble pas exister; au contraire, l'alopécie en aires à la suite de l'impétigo est un syndrome que l'on rencontre tous les jours.

Il est survenu d'abord en un point du cuir chevelu un placard d'impétigo, de 1, 2, ou 3 centimètres de diamètre, d'autres placards semblables sont nés quelques jours plus tard par inoculation secondaire de voisinage. Leur nombre est variable. La poussée d'impétigo a été bénigne, les croûtes qu'il a formées ont séché vite, elles sont restées en place plus ou moins longtemps, maintenues par les cheveux qu'elles emprisonnaient.

Puis un jour, longtemps après que toute trace d'impétigo a disparu, 5 à 6 semaines plus tard, lorsque le souvenir même en a disparu de la mémoire des parents, la croûte tombe avec les cheveux qu'elle emprisonne et laisse à sa place une surface glabre. L'impétigo primitif ayant évolué en quelques jours, toutes les croûtes ont évolué du même pas, toutes ou presque toutes tombent ensemble à l'occasion d'un savonnage. Les plaques alopeciques semblent donc s'être constituées subitement. L'enfant est amené par ses parents, en raison des plaques alopeciques. On pose le diagnostic de pelade que l'extension de ce terme rend commode et l'on prescrit un traitement quelconque qui réussit. Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur le cuir chevelu, le plus souvent on trouvera, de-ci, de-là, des croûtes isolées, sèches, que l'on enlèvera d'un coup d'ongle et qui laisseront à leur place une plaque alopecique nouvelle.

Ces croûtes sont plates, grisâtres, ressemblant à du carton et sont toujours colorées par des poussières. L'incurie des parents étant sinon la cause originelle de l'impétigo, du moins la cause de la stagnation des croûtes, tout le cuir chevelu sain est noir de crasse. Et au contraire, quand une des croûtes est soulevée, elle laisse apparaître une peau jeune et rose.

Quand on examine de près chaque aire alopecique on observe que, malgré sa forme qui d'une façon générale est régulière, ovale, ses bords sont sinueux. Sur ces bords, des cheveux s'enlèvent encore entre les doigts, ils sont minces, blonds, pâles, souvent frisés finement. Leur bulbe est blanc et sec. Après quelques jours, la plaque ainsi formée ne s'agrandit plus. Elle restera atone 5 ou 6 semaines, et se recouvrira de follets. Quand on interroge la mère au sujet de la poussée d'impétigo, qui 1 mois ou 6 semaines avant a déterminé les lésions, le plus souvent elle l'a vue et s'en souvient. Quelquefois elle la nie complètement lors même qu'on retrouve tout le

cortège habituel de cette alopecie spéciale : des croûtes encore en place emprisonnant des cheveux entiers, une traînée suintante d'impétigo dans le pli rétro-auriculaire de chaque côté, et les traces d'un impétigo du visage (perlèche banale, impétigo navinaire, conjonctivite phlycténulaire, blépharite, etc.).

Lorsque les parents n'ont amené leur enfant qu'après le savonnage complet du cuir chevelu, il y a encore des moyens de reconnaître cette affection, lors même que l'impétigo n'a laissé visible aucun de ses stigmates habituels que nous énumérons à l'instant. C'est la forme ovale et la dimension des plaques qui ont de 2 à 3 centimètres de grand diamètre, très nombreuses, parmi lesquelles aucune ne se dessine avec les proportions d'une plaque maîtresse. C'est l'irrégularité de bord de chacune des aires délabrées, enfin sur les plus récentes la jeunesse et la fragilité de l'épiderme qui n'est exposé à l'air que depuis un jour ou deux. Ajoutons enfin un symptôme fréquent et très utile, c'est la permanence d'un débris de croûte quelconque resté malgré les savonnages enclavé dans les cheveux bordant une plaque alopecique.

Voilà une affection de diagnostic facile, dont la cause, la nature, l'évolution sont connues, qui n'est pas contagieuse, pas autrement du moins que l'impétigo. Il importe donc essentiellement de ne pas la méconnaître. On voit journellement des médecins refusant de donner des certificats de non-contagion pour cette alopecie en aires, si bénigne, parce qu'ils croient à de la pelade contagieuse.

Non seulement l'impétigo vulgaire peut donner lieu à des croûtes alopeciantes chez l'enfant du premier âge, mais j'ai vu chez les nourrissons des plaques de cet enduit spécial du cuir chevelu des enfants, que l'on désigne sous le nom de calotte, produire par points isolés le même résultat et une alopecie en aires identique à celle de l'impétigo, et cependant sans que ni au début, ni pendant l'évolution de ces croûtes, on ait pu surprendre le moindre flux impétigineux.

Dans ces cas, la croûte est d'une minceur extrême, grise et papyracée. L'alopécie sur la plaque dénudée qu'elle laisse est ordinairement complète. Quelquefois sur la plaque persistent, de-ci, de-là, quelques cheveux intacts.

Alopécie post-furonculeuse. — L'alopécie en aires post-furonculeuse est extrêmement fréquente aussi chez l'enfant. Mais, tandis que les alopecies qui suivent l'impétigo s'observent dès le premier âge, celle qui suit le furoncle ne s'observe guère qu'à partir de la seconde enfance. On l'observe jusqu'au delà de la puberté, mais avec une fréquence décroissante à partir de ce moment. Son histoire est celle de l'alopécie de l'impétigo : Un petit furoncle naît sur un point du cuir chevelu, il peut être et il est même d'ordinaire très petit, s'accompagne d'infiniment peu de symptômes fonctionnels, il évolue et il disparaît. Il en survient d'autres, semés çà et là sur le cuir chevelu, offrant la même évolution presque silencieuse. C'est plusieurs semaines après elle que l'alopécie survient. D'un seul coup, sur l'emplacement de chaque furoncle une touffe de cheveux tombe, dessinant une aire tout à fait alopecique grande comme une pièce de 50 centimes.

Bientôt et longtemps avant que cette surface ne se recouvre, une seconde se montre à l'emplacement du deuxième furoncle. Et ainsi de suite pour tous, en 5, en 10, en 15 places et quelquefois davantage.

L'aspect de ces surfaces est tout à fait typique. La plaque toujours petite, complètement ronde, complètement glabre, présente en son centre une petite cicatrice étoilée, un peu déprimée, lisse, du diamètre d'une tête d'épingle et de couleur violette; c'est la trace de la folliculite passée. Quand on peut surprendre la chute des cheveux, on observe que leur partie radulaire est grosse, souvent contournée en crosse. Elle présente un bulbe normal. A la traction ces cheveux viennent sans aucune résistance.

La papille de ces cheveux est morte par *sidération*, on peut dire par intoxication à distance. Autour d'une folliculite centrale, la toxine microbienne diffuse et les papilles voisines suspendent leur fonction.

Le diagnostic de cette affection est encore simple. D'abord, ces folliculites étant une maladie à répétition, il arrive le plus souvent que certaines sont encore en activité au moment où les premières aires alopéciques sont déjà nées. On a donc sous les yeux tous les stades de la maladie. Cela n'est pas toujours le cas néanmoins, et alors le diagnostic peut être plus embarrassant. Les cicatrices des folliculites peuvent être pour ainsi dire invisibles; il faut se mettre sous certain jour, particulièrement à jour frisant, pour les apercevoir. Dans ce cas, il resterait encore les commémoratifs, mais l'enfant déjà grand peut se présenter seul à l'examen et n'avoir remarqué aucunement des folliculites, d'ailleurs presque insensibles.

Il restera encore un grand symptôme : les plaques alopéciques sont toutes petites, et toutes égales. Multiplicité, petitesse et égalité des plaques entre elles sont donc dans les alopécies post-furonculeuses les premiers symptômes. La cicatrice centrale demande à être recherchée. Quand elle est invisible, le commémoratif d'un petit furoncle local suffit.

On ne saurait croire combien le faux diagnostic de pelade est fréquent dans ce cas, et combien d'enfants on prive de l'école inutilement à cause de ces dépilations post et péri-furonculeuses. Du nombre des enfants renvoyés de l'école avec le diagnostic de pelade, si l'on extrayait les cas d'alopécie post-impétigineuse et post-furonculeuse, le total serait diminué des neuf dixièmes.

Alopécies en aires consécutives aux abcès. — Les suppurations assez vastes du cuir chevelu ne sont pas rares chez l'enfant. Elles y sont beaucoup plus fréquentes que chez l'adulte. Après des traumatismes, des poussées d'impétigo, etc., on peut voir survenir un ou plusieurs abcès lymphangitiques gros comme une noisette. Non pas toujours, mais quelquefois sur toute l'étendue du derme soulevé par cet abcès, les cheveux tombent. On voit alors une plaque alopécique qui peut avoir 4 et 5 centimètres de diamètre, son aspect est rigoureusement peladique sauf la cicatrice spontanée ou chirurgicale de l'abcès que présente son centre, mais cette cicatrice même peut manquer si l'abcès s'est terminé par résorption, ce qui arrive assez souvent. Ici les commémoratifs sont toujours probants. Mais ils doivent être étudiés minutieusement, car sur une surface peladique une application médicamenteuse violente peut avoir fait une cicatrice. Cette alopécie peut sur-

venir plusieurs semaines après l'abcès causal, et même après la cicatrisation tout à fait complète de son orifice.

Alopécie post-traumatique. — Tout ce qui précède montre à l'évidence la fragilité du cheveu chez l'enfant. L'impétigo, le furoncle, les abcès locaux peuvent survenir chez l'adulte et causer des alopécies locales, mais, dans le pourcentage des alopécies en aires de l'adulte, elles ne compteraient pas pour un dixième. Elles font l'énorme majorité des alopécies de l'enfant.

Il est encore chez les enfants une autre cause d'alopécie localisée, c'est le traumatisme. Chez tous, les traumatismes violents, de préférence les traumatismes contondants, peuvent amener au point frappé la chute des cheveux. Mais il est des enfants chez qui le moindre traumatisme suffit à provoquer l'alopécie locale très marquée. Cette prédisposition singulière est rare; moins évidente, elle est d'une grande fréquence. La trace contuse d'un traumatisme est peu visible, l'alopécie ne survient que 3 ou 4 semaines après; le cas peut être fort embarrassant pour le médecin. Si le traumatisme a été causé suivant une ligne droite, par un bâton, un rebord de trottoir, le diagnostic est facile parce que la plaque alopécique est linéaire. Mais le choc d'une pierre produira une plaque ronde excessivement peladoïde, d'autant plus que l'alopécie à sa surface peut s'opérer en plusieurs temps du centre à la périphérie.

Beaucoup de médecins n'accordent pas grande créance aux commémoratifs dans ces cas, ils croient volontiers à une fable que les parents débitent pour éviter à un enfant le renvoi de l'école. Rien n'est plus contraire à la vérité clinique. En général, sur une plaque alopécique de l'enfant, le clinicien ne regarde même pas une cicatrice centrale quand elle est évidente. C'est le contraire qu'il faut faire, il faut la rechercher même quand elle ne paraît pas.

En résumé, l'immense majorité des plaques peladoïdes de l'enfant, la presque totalité des alopécies en aires qu'ils présentent, ne sont pas de la pelade essentielle. Elles sont le résultat d'un processus inflammatoire ou traumatique local, elles surviennent au point lésé, elles n'ont pas de tendance à s'étendre, elles disparaissent spontanément.

Lorsque l'on a éliminé de l'étude de la pelade chez l'enfant toutes les aires alopéciques dont l'étude précède, il reste un ensemble de cas qui ne sauraient trouver leur place dans aucun des chapitres précédents. Ces cas sont fort disparates, et ils ne forment point encore un total irréductible, car si tous répondent à la définition négative que l'on peut donner de la pelade essentielle, si *tous sont des alopécies en aires dont la cause est inconnue*, néanmoins leurs symptômes objectifs et leur évolution permettent encore de les catégoriser en plusieurs groupes parfaitement distincts, et il est bien à croire par avance que leur cause n'est pas la même.

Peladoïde en aire unique atrophodermique. — Toujours, lorsque les parents présentent leur enfant à l'examen, la lésion est constituée. Une plaque alopécique existe sur le cuir chevelu. Sur ce point, disent les parents, une touffe de cheveux est venue sans résistance. Et c'est tout. A l'examen, la plaque de 2 centimètres carrés de surface présente une forme irrégulière

et quelconque, qui n'est jamais ronde. Sur son pourtour, beaucoup de cheveux viennent sans douleur à l'épilation aux doigts. La surface glabre est sèche, normale. Elle ne présente ni inflammation présente, ni trace d'inflammation passée, ni folliculite, ni croûte, ni rougeur, rien. Après quelques jours, la plaque s'est encore agrandie par la chute des cheveux de son pourtour et déjà se prononce, plus que dans aucune pelade de l'adulte, une atrophie dermique qui se traduit par l'affaissement du tégument. La peau sur la plaque est déprimée en soucoupe. La marche extensive de la plaque dure environ 3 semaines, et s'arrête. L'atrophie dermique est excessivement prononcée à ce point que, même à la loupe, les orifices folliculaires sont à peu près invisibles. Au bord de la plaque, au point où les cheveux de bordure se rencontrent, la peau fait un talus sensible au doigt pour rejoindre la hauteur du tégument sain du voisinage.

Avec ces symptômes objectifs qui sont tous ceux de la maladie, cette lésion toujours unique demeurera inerte pendant 3 à 6 mois sans augmenter, sans diminuer, sans bouger. Au bout de ce temps, variable mais toujours très long, des follets grêles apparaissent qui croîtront avec une extrême lenteur. Et, peu à peu, la plaque s'effacera par la recoloration des follets.

Telle est, dans sa simplicité, une des formes de peladoïde de l'enfant. Je l'appelle *atrophodermique*, non pas que dans sa genèse je suppose une lésion des nerfs trophiques, — sa cause est complètement ignorée, — mais uniquement pour rappeler l'atrophie extraordinaire du derme qui est son symptôme principal, et qui fait la longue durée de la maladie. Cette affection est exactement identique aux alopecies en aires consécutives à une suppuration locale, mais sans que rien qui rappelle une lésion inflammatoire puisse être relevé à son début. Je ne l'ai jamais observée qu'en aire unique et ce caractère, avec l'irrégularité de la plaque, avec l'atrophie dermique profonde et la lenteur de la repousse des cheveux, constitue la physionomie personnelle de la lésion. Je n'ai jamais observé qu'elle fût contagieuse¹.

Peladoïde familiale en petites aires multiples. — J'ai vu plusieurs fois et toujours avec tous les caractères apparents d'une épidémie familiale une peladoïde qui, si elle était plus fréquente et si ses caractères se confirmaient, ressemblerait à cette pelade épidémique des écoles, à laquelle tous les médecins ajoutent foi sans l'avoir jamais vue. Dans les deux cas ce syndrome s'est présenté tellement identique de tous points qu'une même histoire suffit à les raconter : le même jour la mère s'aperçoit que tous ses enfants présentent des aires alopeciques multiples, rondes, très égales, très petites, irrégulièrement disséminées sur le cuir chevelu.

Chaque enfant en présente 3, 4 et même 6 ou 8, grandes chacune comme une pièce de 50 centimes. Absence complète de commémoratifs quelconques ; la peau est sèche, fine, non déprimée. Traitement antiseptique banal. Aucune plaque nouvelle n'apparaît dans la suite. Repousse en 6 ou 7 semaines. Recoloration lente des cheveux.

⁽¹⁾ Dans un certain nombre de ces cas la plaque examinée peu après sa naissance montre au toucher, en son centre, une induration ligneuse grasse comme un grain d'orge, et assez profonde, correspondant assurément à un minuscule abcès dont la résorption d'ailleurs est très lente. Ces cas rentrent donc parmi ceux qu'étudie le paragraphe précédent.

Si de tels faits se reproduisaient assez fréquemment pour qu'on pût être sûr de les avoir bien observés, il faudrait en conclure à l'existence réelle d'une peladoïde de l'enfant, en aires multiples, contagieuse. Mais les exemples en sont au contraire tellement rares, et les alopecies impétigineuses dont ils présentent le tableau parfait sont tellement fréquentes, que, malgré l'absence totale de toute lésion inflammatoire observée par les parents, je ne puis pas m'empêcher de croire, pour cette peladoïde comme du reste pour la précédente, que ce sont là des dépilations de même origine impétigineuse, que l'impétigo, bénin, est passé inaperçu et que la lésion préexistait de 5 ou 6 semaines à la découverte qu'on en a faite¹.

PELADE ESSENTIELLE DE L'ENFANT

(Ὀφίασις, DE CELSE.)

Dans les pages qui précèdent, nous avons éliminé de notre sujet toutes les aires alopeciques de causes diverses et banales que le cuir chevelu de l'enfant peut accidentellement présenter. C'est parce que les dermatologistes ont souvent méconnu leur caractère accessoire que le sujet qui nous occupe garde encore une si grande obscurité.

Et pourtant, que ces plaques alopeciques, isolées ou multiples, petites ou grandes, relèvent d'une cause inflammatoire ou traumatique, connue ou inconnue, qu'elles suivent les pityriasis locaux à squames grasses, la gourme vulgaire, les folliculites bénignes, les furoncles vrais, les traumatismes avec plaie ou sans plaie, que ces alopecies localisées s'observent même longtemps après leur cause passée, sans que le diagnostic exact de cette cause puisse être fourni, ce qu'il y a de certain, c'est que ces alopecies toutes banales diffèrent absolument de l'affection monomorphe et spécifique qui seule entre toutes les autres mérite d'être considérée comme la pelade vraie, la pelade essentielle de l'enfant et que nous allons décrire maintenant.

La pelade essentielle de l'enfant, c'est-à-dire la seule alopecie en aires qui mérite d'être classée comme une entité morbide autonome, celle dont la symptomatologie, la marche, les allures sont uniformes à travers la diversité des cas que l'on rencontre, mérite d'être appelée du nom de Celse. Ses caractères la séparent nettement de toutes les alopecies en aires de l'enfant, et de beaucoup de cas d'alopecies en aires essentielles de l'adulte d'une façon très remarquable.

Il est du reste impossible d'en donner après Celse une description symptomatique plus laconique et plus vraie. C'est pourquoi je dois mettre en tête de ce chapitre, et comme définition de la pelade de l'enfant, la description magistrale que Celse en a faite : « Id (genus arearum) vero quod a serpentis similitudine ὀφίασις appellatur, incipit ab occipitio; duorum digitorum latitudinem non excedit; ad aures duobus capitibus serpit, quibusdam etiam

⁽¹⁾ J'ai étudié récemment une forme de pityriasis à squames grasses existant chez l'enfant à l'âge scolaire sous forme de taches rondes disséminées, et qui, pour ses caractères objectifs, tient le milieu entre un pityriasis et un impétigo. Il ne s'accompagne d'aucun symptôme fonctionnel et passe souvent inaperçu. La dépilation consécutive à ce pityriasis est presque totale sous chaque tache, et la repousse est très lente. SABOURAUD. *Pityriasis et alopecies pelliculaires*. Masson, 1904, p. 424.

ad frontem, donec se duo capita in priorem partem comittant » (CELSE, *De re medicâ*, VI).

Je traduirai librement ainsi : « Cette pelade, que son allure serpentine a fait désigner sous le nom d'ὄφιζσις, débute par la région occipitale. Elle n'excède pas deux doigts de large. Ses deux têtes s'avancent en rampant au-dessus des oreilles, jusqu'au front où elles se rejoignent. »

Cette pelade est très exactement une maladie de la seconde enfance. Rarement elle débute avant 6 ans. Son âge moyen est 8 ans. Les caractères de ses débuts sont spéciaux, ils ne ressemblent à ceux d'aucune autre forme d'alopécie en aire, car c'est la seule qui débute ordinairement par une dépilation *diffuse* sur des surfaces limitées, sans délimiter nettement dès l'abord des surfaces glabres circonscrites.

La dépilation débute presque nécessairement par la nuque, soit exactement sur la ligne médiane dans la fosse sous-occipitale, soit latéralement dans l'une des fossettes que délimitent en dedans les attaches supéro-internes du trapèze et du splénius et en avant l'apophyse mastoïde.

Le plus souvent la lésion est symétrique ; en même temps que la dépilation se prononce d'un côté elle apparaît aussi de l'autre, et, bien que cette symétrie ne soit jamais absolue, elle est toujours assez marquée pour être frappante. Le plus souvent le côté sur lequel elle est apparue d'abord semble en avance sur l'autre qui la suit à quelques mois près.

La dépilation ordinairement se prononce progressivement sur une bande « large de deux doigts » ou environ, sans dessiner d'abord de plaque nette. Sur toute cette surface, des cheveux tombent isolément, tandis que ceux qui demeurent en place gardent non seulement toute leur longueur mais toute leur résistance à la traction. Cette dépilation diffuse, *régulièrement diffuse*, dure plusieurs semaines, souvent plusieurs mois sans que l'alopécie cesse de se produire *diffusément sur des surfaces limitées*. Sur toute l'étendue de la surface frappée, il semble que les cheveux soient tous malades, même ceux qui demeureront longtemps en place. L'amincissement de la tige, à mesure que l'on examine un point plus proche de la racine, est nettement reconnaissable sur la plupart des cheveux encore debout. Mais ces cheveux, contrairement à ce qu'on observe souvent sur la surface de la plaque peladique de l'adulte, ne s'épilent pas sans douleur à la traction. Laissés à eux-mêmes, ils demeureront en place plusieurs semaines, plusieurs mois, souvent quelques-uns demeureront solides pendant toute la durée de la maladie. Pour le médecin qui connaît la pelade vulgaire de l'adulte, ce début insidieux et lent est un spectacle nouveau et très différent.

Le début de la pelade essentielle de l'enfant n'est cependant pas toujours identique ; celui que nous venons de décrire est le plus fréquent et le plus caractéristique, mais il n'est pas rigoureusement constant. La plaque initiale peut se constituer isolément et complètement, toujours à proximité de la lisière du cuir chevelu et sur la nuque. A peine est-elle visible, qu'une semblable plaque se dessine symétriquement du côté opposé. Quelquefois encore la pelade essentielle de l'enfant ne débute pas par la nuque, mais symétriquement au-dessus des deux oreilles. Elle se dirige alors

des oreilles vers la nuque, au lieu de se diriger de la nuque vers les oreilles.

Enfin, dans un certain nombre de cas, sa marche se fait avec une régularité mécanique, les rangs de cheveux sont abattus un à un, comme les moissons fauchées sillon par sillon. La bordure entre les parties saines et les parties malades est absolue. C'est comme une épilation artificielle. La seule rangée des cheveux qui vont tomber est malade. Ils sont tous atténués de bas en haut de façon à présenter la forme d'une massue ou d'un point d'exclamation d'imprimerie. Pourtant, le rebord de la lésion n'est presque jamais droit, il est presque toujours courbe ou festonné ; il dessine des séries d'arceaux de différentes grandeurs à extrémités mousses. Les cheveux malades méritent d'être examinés au microscope. Comme ceux de toute alopécie par atrophie papillaire lente, ils présentent de haut en bas un amincissement progressif de leur tige. Leur extrémité libre est pigmentée et foncée, leur tige est mince, décolorée, dépigmentée. Leur extrémité libre est frangée en pinceau ou en balai. Dans leur partie atrophiée, ils ne présentent plus ni pigment, ni moelle. La peau alopeciee n'est pas grasse et luisante comme celle des aires peladiques de l'adulte, elle est sèche, très finement chagrinée et comme sénile. Dans les parties les plus récemment dénudées, elle présente quelquefois un aspect de chair de poule particulier. Un caractère très remarquable de la pelade essentielle de l'enfant, c'est l'apparition au travers de la peau déglabrée, légèrement achromique et en apparence du moins amincie, de bouquets vasculaires violâtres, ressemblant aux lacis variqueux de la couperose. Du reste, non seulement les extrémités veineuses, mais les grosses veines elles-mêmes sont visibles, quelquefois d'une façon excessive.

Marche circonférentielle de la maladie. Apparition des plaques secondaires. — Une fois définitivement établie, après 3 mois, après 5 mois, l'affection présente un aspect tellement spécial et tellement identique à lui-même qu'un œil non médical suffirait au diagnostic.

La nuque est déglabrée entièrement et l'alopécie se prolonge au-dessus des oreilles : « ad aures duobus capitibus serpit ». La limitation entre la partie malade absolument glabre et la partie chevelue tout à fait normale est nette, parfaite, toujours ondulée.

A toute période de son développement, la maladie peut régresser et disparaître. Quand elle augmente, la dépilation se prolonge jusqu'au front. Non seulement l'alopécie peut se prolonger ainsi *sans discontinuité*, « donec se duo capita serpentis in priorem partem comittant », mais on peut voir sur un point quelconque du front, loin de la région déjà décalvée, un point de la lisière des cheveux s'échancrer, un demi-cercle naître, puis à côté de lui d'autres festons qui finissent par rejoindre l'aire primitive. Alors la chevelure, rongée sur tout son pourtour, donne à la tête un aspect extraordinairement spécial. Quelquefois deux aires symétriques se prononcent aux points précis où se forment, sur le front de l'adulte, les golfes de dénudation situés de part et d'autre du front et qui signalent la calvitie séborrhéique de l'adulte en voie d'établissement.

Quand la pelade essentielle de l'enfant est parvenue à ce point et même