

quelquefois avant que toute la circonférence du cuir chevelu ne soit entamée, le reste de la chevelure peut être atteint, soit diffusément, soit en plaques.

Diffusément, cette extension s'annonce sur le segment postérieur de la tête par une véritable alopecie en clairière, d'allures lentes.

Les plaques surviennent isolément, souvent au ras de la bordure déjà malade, d'autres fois sur le vertex, elles se prononcent peu à peu, rarement de forme ronde, ou même régulière. On peut suivre sur elles, après la chute des cheveux vrais, leur remplacement par des follets incolores et qui disparaissent à leur tour.

Décalvante. — Enfin quand la pelade de l'enfant en est rendue à ce point, on voit les bordures plus rapidement envahissantes rejoindre les quelques plaques isolées formées séparément loin d'elles, se fondre avec elles. Bientôt le cuir chevelu est découpé comme une carte de géographie. Jusqu'au dernier îlot respecté les cheveux demeurent solides. Ils meurent un par un. La décalvante peut être complète. Quelquefois, de-ci, de-là, un ou deux bouquets de poils sont conservés. D'autres fois c'est autour d'une cicatrice traumatique ancienne qu'une rangée de cheveux unique reste debout. Presque toujours alors les cils disparaissent comme les cheveux, d'imperceptibles follets les remplacent qui disparaissent à leur tour.

Marche. Durée. Terminaison. Survivances. — La marche de la maladie est lente, toujours pareille; elle est lente dans son augment et dans sa décroissance. Plus elle est survenue chez un sujet jeune, plus elle est grave toujours, et, inversement, plus elle est née aux approches de la puberté, plus on peut croire qu'elle sera bénigne. Sa durée moyenne est de 18 mois. Sa moindre durée est d'un an, elle peut dépasser 3 ou 4 ans, et nous verrons qu'elle n'a pas de limite fixe.

La renaissance des cheveux s'effectue ordinairement peu à peu; on voit apparaître d'abord des follets qui augmentent peu à peu de nombre, de diamètre, et dont la couleur fonce peu à peu. Quelquefois la repousse totale s'effectue avec une extrême rapidité par la repousse de cheveux adultes et pigmentés. Et de telles repousses ne permettent pourtant point d'affirmer d'avance qu'elles seront *totales* et sans récurrence. La pelade de Celse peut être grave ou bénigne. La décalvante complète ne guérit guère qu'à la puberté, quelquefois lorsque la formation sexuelle est survenue depuis 1 ou 2 ans. Dans un certain nombre de cas, la guérison demeure incomplète, et c'est alors presque toujours la nuque dont l'alopecie demeure, et cette dépilation cervicale donne au patient une allure monastique particulière.

La pelade survenue chez l'enfant peut demeurer pendant toute la vie, les cas de ce genre sont rares. Plus fréquents sont les cas de récurrence chez l'adulte d'une pelade ayant évolué dans la seconde enfance et ayant paru guérir complètement à cette époque.

Pathogénie. — La pathogénie de cette affection est tout à fait inconnue. L'influence de l'âge est évidente. Alors que cette maladie est relativement rare chez l'adulte, sans exception tous les enfants isolés à l'école Lailler pour cause de pelade présentent exclusivement cette forme. Il y a là un caractère primordial, aussi important que possible. La cause première de cette affec-

tion reste à découvrir. Les expériences de Max Joseph, de Keller, de Mibelli, etc., sur les sections nerveuses sympathiques ont montré que chez les animaux ces sections provoquaient quelquefois des dépilations en aires. Ces expériences de physio-pathologie expérimentale, pour intéressantes qu'elles soient, ne prouvent rien d'une façon définitive. Récemment, L. Jacquet a donné une nouvelle théorie pathogénétique des alopecies en aires, sans distinction d'espèces, car pour lui (et à mon avis ceci est une erreur) les alopecies dites essentielles n'auraient aucun caractère objectif qui les distinguât des alopecies post-traumatiques, impétigineuses, etc. La théorie de Jacquet est beaucoup trop complexe pour que son exposé puisse trouver une large place dans un ouvrage comme celui-ci. Je la résume très brièvement. Comme toutes les alopecies en aires, la pelade n'est pas une maladie une et univoque. L'atrophie papillaire qui la détermine peut dépendre des causes générales, voisines, locales les plus diverses, le plus souvent associées, dans des proportions d'ailleurs variables suivant le cas particulier. Ainsi une cause voisine telle que l'éruption d'une dent, ou un abcès dentaire, quand elle survient chez un nerveux, névralgisant, etc., peut déterminer une pelade que la même éruption dentaire ne déterminera pas chez un autre individu.

Ce sont ces conjugaisons de hasard de causes diverses déterminant ensemble une pelade (que chacune de ces causes prises à part ne déterminerait pas) que L. Jacquet appelle des *sommations peladogènes*. Elles peuvent être très différentes de nature. Ainsi certains peladiques présentent une pelade à marche *irrémissible* et sont des tuberculeux. Jacquet a retrouvé dans de tels cas le ganglion sympathique cervical inférieur compris dans des adhérences pleurales fibreuses....

Ces faits et beaucoup d'autres analogues très intéressants sont à l'étude. On rencontre assurément des cas qui semblent vérifier la théorie de L. Jacquet. Ex. : pelade *bilatérale* de la région mastoïdienne survenant aussitôt après l'évolution d'une mastoïdite, suppurée, et opérée du côté droit, etc. Mais le plus grand nombre des cas, quand on les observe sans vouloir les faire entrer de force dans une théorie préalable, demeurent quand même inexplicables dans l'état actuel des choses. Jusqu'à plus ample informé, la théorie de L. Jacquet, à mon avis, ne peut être généralisée et n'explique, incomplètement d'ailleurs, que quelques cas de pelade particuliers.

VITILIGO DE L'ENFANT. — ALOPECIE VITILIGINEUSE

Il existe une relation clinique signalée par plusieurs auteurs entre le vitiligo et la pelade. Dans le vitiligo, l'achromie de la peau et des cheveux est le symptôme dominant, mais l'alopecie peut s'y joindre. Pour le vitiligo comme pour la pelade de Celse, le début par le centre de la nuque est le plus fréquent. Enfin la symétrie des lésions est quelquefois très marquée.

De là à conclure à l'identité des deux affections, il y a encore beaucoup de chemin; néanmoins il faut reconnaître entre elles une ressemblance de

siège et quelquefois de symptômes bien faite pour frapper l'esprit de l'observateur.

Dans le vitiligo, l'achromie de la plaque frappée est le premier et le plus constant symptôme. La peau apparaît blanche comme du lait. La limitation des plaques vitiligineuses est toujours fort nette, d'autant qu'autour d'elles on observe le plus souvent une hyperpigmentation qui en dessine les contours. Quelquefois cette limite de la plaque vitiligineuse est même visiblement ourlée par un liséré plat de 1 à 2 millimètres de large et que l'examen à jour frisant montre légèrement saillant sur la peau du voisinage. La canitie des cheveux n'est que secondaire à l'achromie du tégument, bien qu'elle puisse être remarquée d'abord quand la plaque est située en plein milieu du cuir chevelu. Les cheveux sont d'un blanc absolu, d'un blanc d'argent. Tantôt cette transformation s'observe sans alopecie, tantôt au contraire l'alopecie plus ou moins complète de la touffe de poils blanchis s'observe¹.

Quoi qu'il en soit, le vitiligo du cuir chevelu est le plus fréquent entre 8 et 15 ans, à l'âge même de la pelade de Celse, et il en calque souvent l'évolution. Il guérit peu après la puberté, après une durée qui varie de 1 à 4 ans. Plus encore que la pelade de Celse, on peut l'observer chez l'adulte, et dans tout le cours de l'adolescence principalement, et principalement chez les filles. Est-il utile d'ajouter que la théorie trophonévrotique est une hypothèse que la physiologie n'a pas expérimentalement appuyée? Que même si on l'adopte, la cause de cette trophonévrose toute spéciale resterait entière à connaître, et que, pour trancher le mot, c'est une des hypothèses étiologiques innombrables que l'esprit médical de la génération précédente mettait si facilement à la place des idées étiologiques qui lui manquaient.

Au point de vue étiologique et pathogénique, tout reste à savoir dans cette question. De même et conséquemment au point de vue thérapeutique. Dès lors, si l'apparence clinique légitime le rapprochement symptomatique comparatif du vitiligo et de l'ophiasis, il serait tout aussi puéril de le rattacher à la pelade essentielle de l'enfant que de l'en distraire.

(¹) Les cheveux tombent alors par le mécanisme de toute alopecie non cicatricielle, leur papille meurt peu à peu et alors la base du cheveu s'effile, la papille meurt tout à fait et le cheveu tombé présente un bulbe plein et sec à la place de son bulbe creux normal.

Ce mécanisme de la canitie dans le vitiligo et de l'alopecie, qui est ou non consécutive à la canitie vitiligineuse, rappelle étrangement les phénomènes connus dans la genèse de la pelade. Car, au point de vue anatomique, la première lésion papillaire que l'on observe est un trouble de la sécrétion pigmentaire. Dans la papille atteinte de pelade, les cellules pigmentaires semblent frappées d'une ataxie fonctionnelle singulière; au lieu de passer aux cellules corticales les granulations pigmentaires qu'elles forment encore, elles les laissent diffuser autour d'elles, et les cellules corticales du cheveu encore formées deviennent achromiques.

Ainsi, même dans la pelade vulgaire, le premier trouble observé est pigmentaire, comme dans le vitiligo, et la chute du poil peladique paraît être consécutive à cette perturbation pigmentaire comme l'alopecie vitiligineuse quand elle se produit. Et cela est si vrai, même dans la pelade, que, quand on voit la pelade se produire chez un adulte de 50 ans à cheveux noirs et blancs, les cheveux noirs tombent tous et les cheveux blancs dont la papille privée de fonction pigmentaire n'éprouve pas la perturbation fonctionnelle plus haut décrite, *les cheveux blancs restent solides* et peuvent ne pas tomber pendant toute la durée de la maladie. A plus d'un titre par conséquent, et même au point de vue du mécanisme anatomique que Cazenave ne pouvait connaître, le vitiligo et les pelades sont à rapprocher. Néanmoins le vitiligo paraît être d'abord et essentiellement une achromie, il n'est alopecique qu'accessoirement, il peut ne pas l'être.

PROPHYLAXIE DE LA PELADE CHEZ L'ENFANT

La prophylaxie de la pelade à tout âge et principalement chez l'enfant est une question aussi mal connue que possible et l'une de celles sur lesquelles on rencontre couramment le plus grand nombre d'erreurs accréditées. Il ne peut en être autrement quand on considère le grand nombre d'affections alopeciques de l'enfant qui ne sont pas peladiques et que l'on confond encore dans le cadre de la pelade, et quand on observe que les dermatologistes eux-mêmes ne sont pas d'accord pour éliminer avec certitude du tableau symptomatique de la pelade quelque alopecie en aires que ce soit. L'incertitude du tableau morbide spécial à chacune fait attribuer à toutes les caractères de contagion, apparente ou vraie, remarqués une fois chez l'une d'entre elles. On comprend de même l'incertitude de leur pronostic puisqu'il y a des plaques alopeciques post-traumatiques de nature ultra-bénigne, et des pelades essentielles graves. On comprend enfin l'impossibilité de nier leur caractère contagieux, car les alopecies post-impétigineuses relèvent d'un impétigo *contagieux*, et fréquemment s'observent sous forme d'épidémies considérables. En ce sujet de la contagiosité de la pelade, d'autres causes d'erreur sont encore survenues. On a voulu appuyer la contagion peladique d'homme à homme fort difficile à suivre déjà, par l'exemple des contagions de l'animal à l'homme, sujet encore plus obscur.

J'ignore s'il y a une pelade de l'animal, et en particulier s'il y a, comme certains vétérinaires l'affirment, une pelade contagieuse du cheval. Ce qu'il y a de certain, c'est que des maladies acariennes chez le chien, des teignes tondantes chez le chat et le cheval, s'accompagnent sur ces animaux, à un certain moment de leur évolution, de plaques alopeciques objectivement identiques à nos pelades humaines. Or, ceux qui apportent dans le débat de la contagiosité peladique l'exemple de contagions animales ne discutent même pas l'existence de ces galés ou de ces teignes peladoïdes qu'ils ne connaissent pas.

Il faut donc, jusqu'à plus ample informé, exclure complètement de la discussion toute contagion peladique de l'animal à l'homme, refuser d'admettre aucune des observations tout à fait insuffisantes qui existent sur ce point, et n'en admettre à l'avenir que sur preuves expérimentales décisives. Le sujet est assez difficile par lui-même pour qu'on ne vienne pas l'obscurcir à plaisir. Des observations superficielles de prétendues contagions n'ajoutent rien à nos connaissances sur ce point. Jusqu'à meilleure preuve, il faut les tenir pour des concomitances insuffisamment étudiées.

En ce qui concerne la contagiosité de la pelade, une autre cause encore est venue donner le change à l'opinion publique médicale. Des voix extrêmement autorisées en la matière ont affirmé que la pelade de l'adulte était une maladie *contagieuse*. Aussitôt les médecins d'école et les médecins militaires en ont conclu qu'elle était *épidémique*, ce qui est chose différente. Ils ont observé des épidémies scolaires, des épidémies militaires, et les ont décrites. Et les auteurs mêmes qui les premiers avaient appuyé l'idée

vraie de la contagion n'ont pas pu refuser d'admettre des épidémies qui appuyaient l'idée de la contagion. Beaucoup ont ainsi accepté et enseigné que la pelade pouvait s'observer épidémiement sans en avoir jamais observé par eux-mêmes seulement cinq cas consécutifs dans un groupe scolaire ou militaire, ou même familial.

Dans la pratique voici comment s'observent les épidémies de pelade dans l'école et dans la caserne. Dans l'école, l'attention du médecin est appelée sur ce sujet par une récente circulaire, un avis administratif ou un cas éclatant. Le médecin décide une inspection générale. Cette inspection démontre d'abord sur une foule d'enfants un nombre considérable d'aires alopeciques de toutes causes, qui sont désignées d'emblée sous le nom de *pelade*. L'inspection catégorise en même temps un nombre au moins égal de *suspects*. Les suspects portent simplement des cicatrices anciennes du cuir chevelu, inobservées jusque-là; cicatrices de toutes causes: impétigo ancien, furonculose disparue, favus guéri, traumatismes. Les enfants déclarés peladiques portent des aires alopeciques récentes qui sont pour la plupart consécutives à l'impétigo vrai, quelques-unes à des traumatismes. On y mélange quelques enfants à chevelure pauvre, ordinairement des tuberculeux chroniques ayant de l'alopecie diffuse d'origine infectieuse, quelques teigneux portant de larges plaques de teigne tondante dont le diagnostic n'est pas fait, et enfin quelques peladiques vrais (pelade ophiasique) du type décrit plus haut. Tous les enfants de cette dernière catégorie sont renvoyés de l'école, où ils rentrent quand un certificat, le plus souvent bienveillant, leur ouvre de nouveau les portes. Ainsi se produisent, à des intervalles réguliers, un certain nombre de fausses épidémies de pelade, dont la relation vient grossir le nombre des faits similaires et appuyer l'idée, je crois erronée, de la pelade épidémique. En réalité, ces inspections ont trouvé un pourcentage insignifiant de pelades ophiasiques vraies dont le total ne monte pas à 1 pour 100 des enfants renvoyés de l'école pour alopecie, et qui, laissés dans l'école, n'y semblent pas semer de contagion.

Chez l'adulte, et bien que chez lui les alopecies accidentelles soient bien moins nombreuses et fréquentes que chez l'enfant, les mêmes incertitudes de diagnostic se reproduisent. La chose se passe dans les agglomérations d'adultes, cités ouvrières, fabriques et surtout casernes. Un médecin examinant tous les individus de ce groupe déclare peladiques tous ceux qui présentent des alopecies étendues de quelque cause qu'elles relèvent. De plus, ici encore, il trouve un certain nombre de suspects qui portent exclusivement des alopecies cicatricielles. Si l'on étudie de près une épidémie de ce genre, on trouve par exemple, dans une garnison de 10 000 hommes, que le noyau de l'épidémie est formé de 7 ou 8 peladiques vrais, résidu d'une épidémie évaluée d'abord à 80 ou 90 malades. Enfin, quand on examine leur provenance, on s'aperçoit qu'ils n'appartiennent ni à la même armée, ni au même régiment, ni au même groupe militaire, et que cette crainte seule d'une épidémie les a fait réunir à l'hôpital et quitter le régiment où ils continuaient leur service sans semer de contagion. Ainsi s'est faite, à mon avis, la légende de la pelade épidémique. J'ai vu, examiné objectivement et

analysé des milliers de cas de pelade; aucune de ces observations ne correspond à une épidémie vraie de pelade. Je n'ai jamais observé, je le disais, la filiation certaine de plus de 2 cas consécutifs.

Pour moi, la pelade ophiasique — essentielle de l'enfant — ne paraît pas être contagieuse. Ce qui a fait la croyance à la pelade contagieuse des écoles, c'est l'existence de maladies *contagieuses* telles que l'impétigo dont les poussées au cuir chevelu sont fort souvent suivies, chez l'enfant, de petites plaques alopeciques¹.

Quant à la pelade de l'adulte, on peut suivre et observer en apparence avec certitude sa contagion, sa filiation directe dans un très petit nombre de cas (environ 1 pour 200 des cas de pelade), ce qui induit à penser que la pelade séborrhéique de l'adulte peut être le résultat d'une contagion, sans que les moyens de cette contagion nous soient d'ailleurs encore bien connus et sans que nous sachions pourquoi cette contagion s'exerce si exceptionnellement dans le plus proche entourage d'un malade. Cliniquement la contagion de la pelade de l'adulte par cohabitation, si étroite soit-elle, est exceptionnelle. Même quand on l'observe, on ne voit jamais la pelade revêtir la forme familiale ou épidémique des teignes tondantes².

La prophylaxie de la pelade de l'adulte, malgré ses allures sporadiques, peut donc poser un problème d'hygiène publique. La même question en ce qui concerne la pelade de l'enfant paraît beaucoup moins importante. Si l'on extrayait de la pelade les alopecies traumatiques et impétigineuses cataloguées sous ce nom, cette question ne se poserait pas. Il resterait en effet quelques peladiques vrais (P. ophiasique) disséminés de-ci, de-là, dans les écoles, où leur présence maintenue pendant des mois et des années ne semble jamais suivie d'aucun dommage. Rien dans l'évolution d'aucune pelade et particulièrement dans l'évolution de la pelade de l'enfant ne rappelle la contagion immédiate d'enfant à enfant, si rapide, si terrible et si cachée, des teignes tondantes.

Conclusions. — En terminant une étude symptomatique où des entités morbides si différentes dans leur cause, dans leurs symptômes, dans leur marche, dans leur pronostic, sont forcément placées côte à côte, il importe, je crois, de résumer en quelques lignes la façon générale dont on doit envisager *la pelade de l'enfant*. Chez l'enfant, *la pelade vraie* est fort rare; les alopecies localisées *peladoïdes* sont, au contraire, choses des plus fréquentes.

I. — A la suite des pustules d'impétigo, des folliculites les plus simples,

(¹) Je note que tout ce chapitre a été écrit en 1896, c'est-à-dire avant toutes les récentes communications sur la non-contagiosité de la pelade.

(²) Mon texte de 1896 ajoutait: Dans ces conditions, il reste évidemment possible d'imaginer l'existence d'une pelade épidémique des écoles, inconnue des dermatologistes. Il est également possible qu'il existe une pelade épidémique des casernes dont l'observation ne se présente qu'aux médecins militaires. Cela n'aurait en soi rien d'extraordinaire, l'armée a d'autres maladies propres à elle; une maladie d'origine animale, comme serait cette pelade contagieuse du cheval qu'invoquent certains vétérinaires, pourrait accidentellement causer une épidémie de caserne, même nombreuse, et l'existence de cette maladie nous être inconnue dans la pratique civile ou hospitalière. Dans ce cas, il importerait infiniment que ceux qui observent de telles épidémies en donnent des relations suffisamment scientifiques et démonstratives pour en établir l'existence. Quand on a examiné attentivement des peladiques par centaines sans en rencontrer d'exemples, tout au moins peut-on dire que de telles épidémies, si elles existent, sont infiniment rares dans nos régions.

des furoncles, des traumatismes avec plaie ou sans plaie, on peut voir survenir chez l'enfant, aux points lésés, des plaques alopeciques qui n'ont rien de commun avec la pelade, qui sont mille fois plus fréquentes que la pelade, et le plus souvent confondues avec elle.

II. — A côté de ces alopecies de causes diverses, toutes en somme traumatiques, se place une peladoïde en aire unique avec atrophodermie excessive, plaque alopecique de réparation lente, qui n'apparaît pas contagieuse et qui, sauf le commémoratif du traumatisme initial, apparaît pleinement identique en tous ses symptômes aux alopecies localisées du groupe précédent.

III. — Il existe peut-être une peladoïde en *petites aires multiples* d'allures bénignes, maladie familiale, contagieuse, de cause inconnue, qui, à Paris du moins, semble rare, et qui fut peut-être la pelade épidémique des écoles. Elle paraît consécutive à un impétigo à croûte pityriasiforme.

IV. — La vraie pelade des enfants, la plus anciennement connue et décrite de toutes les pelades : *ἰσχυρία* des Grecs, *l'area Celsi* proprement dite, est une affection évidemment autonome, particulière, spéciale. C'est la pelade de bordure à localisation occipitale, bilatérale, bi-auriculaire, à plaques secondaires amorphes disséminées sur le cuir chevelu, maladie dont le retentissement général sur toute la chevelure est certain, qui peut aboutir à créer une décalvante totale et complète, et dont la guérison spontanée à la puberté est la règle, quelques exemplaires seulement persistant à durer plusieurs années au delà de la formation et même chez l'adulte. Cette maladie, *cliniquement* non contagieuse, de cause, de mœurs, de pronostic et de traitement à peu près complètement inconnus, apparaît comme la seule pelade essentielle de l'enfant, celle dont la cause et le traitement importeraient le plus au clinicien.

V. — Le vitiligo de l'enfant se rattache peut-être étroitement à la pelade précédente, sa cause n'est du reste pas moins inconnue. Il peut s'accompagner de plaques alopeciques et d'alopecie diffuse dont l'aspect et l'évolution le rapprochent singulièrement de *l'area Celsi* dont la description précède. Traitement nul.

Diagnostic différentiel. — Nous avons étudié, une par une, les affections alopeciques qui peuvent simuler la pelade : nous ne reviendrons pas sur leur diagnostic différentiel. En dehors de ces affections, les erreurs de diagnostic ne portent que sur les cicatrices. Au dermatologiste, cela paraît superflu de différencier une cicatrice alopecique d'une alopecie non cicatricielle. Cependant il faut reconnaître que, parmi toutes les erreurs diagnostiques auxquelles la pelade peut donner lieu, celle-là est la plus fréquente. Tous les jours nous voyons venir à la consultation spéciale du cuir chevelu de Saint-Louis des enfants auxquels on demande un certificat de non-contagiosité pour des cicatrices anciennes de coups, de gourme et de furoncles.

Et cependant aucune ressemblance n'existe entre la plaque alopecique et la cicatrice que la commune absence des cheveux. Sur une surface alopecique souvent il y a encore un duvet, en tous cas les orifices pilaires sont visibles, et, aussi, cet aspect chagriné que donnent à la peau les papilles épidermiques

sous-jacentes. Dans la cicatrice, rien de tout cela, un épiderme lisse et comme gaufré au fer chaud, l'absence absolue de tout relief papillaire épidermique, une dimension le plus souvent trois ou quatre fois moindre que la moindre pelade commençante, et, enfin, une forme très spéciale, rayonnée quand il s'agit d'un furoncle, punctiforme quand c'est une cicatrice d'impétigo, linéaire ou angulaire quand il s'agit d'un traumatisme.

D'autres maladies à évolution propre cicatricielle, même en pleine évolution active, sont prises pour de la pelade. Mais, vraiment, ces erreurs, quoique journalières, supposent de la part du médecin l'ignorance complète du sujet.

Favus. — On peut voir la cicatrice du favus guéri, prise pour une alopecie peladique, malgré l'aspect lisse de la cicatrice, l'absence des pores et des papilles épidermiques à la surface et la délimitation géographique de sa forme, malgré le commémoratif des lésions croûteuses d'autrefois.

Lupus érythémateux. — On a confondu avec de la pelade des lupus érythémateux malgré leur bordure rouge à squames blanches adhérentes (herpès crétacé de Devergie), malgré la percussion douloureuse de leur bordure (E. Besnier) si particulière et si pathognomonique.

Les folliculites décalvantes, avec leurs diverses modalités décrites par M. Brocq et par Quinquaud, sous le nom de pseudo-pelade, sont bien distinctes dans leur processus de la pelade vraie. Elles sont fort rares chez l'enfant, ne s'observent que dans la seconde enfance, et plus particulièrement chez les filles. Leurs allures les rapprochent bien plus des favus sans godets à évolution cicatricielle que des pelades. Leur bordure, de forme quelconque creusée de petits golfs et de petites encoches nettement marquées, limite une cicatrice déprimée, sans pores et sans papilles, qui enlève au diagnostic toute incertitude, ou du moins qui permet d'éliminer d'emblée le diagnostic de pelade.

Monilethrix. Enfin, cette maladie congénitale étrange, qu'on appelle le monilethrix, avec la forme en chapelets de son cheveu, avec ses commémoratifs de début dans la toute première enfance (à 6 semaines), son caractère familial et héréditaire, ne peut non plus provoquer de doutes que chez ceux qui ignorent son existence. Nous ne nous y arrêterons pas.

TRAITEMENT DES ALOPECIES EN AIRES CHEZ L'ENFANT

Le traitement des alopecies de l'enfant est, en ce qui concerne l'exposé de ce qu'on en connaît, excessivement simple. 1° Toutes les alopecies dont la cause est connue ont un traitement rationnel connu. C'est celui de leur cause. 2° Toute surface alopecique non cicatricielle peut être considérée comme bénéficiant de l'irritation locale maintenue en permanence. 3° La pelade ophiasique de l'enfant, de cause complètement inconnue, ne semble bénéficier d'aucun traitement quelconque, sauf peut-être de l'irritation locale. Tout le traitement de la pelade chez l'enfant, et même de toutes les alopecies en aires de cause quelconque, est résumé brièvement mais très complètement en ces quelques mots.

I. *Traitement de l'impétigo suivi d'alopecie en aires.* — Toutes les fois que l'alopecie a pour cause un traumatisme avec plaie ouverte, un impétigo ou un furoncle, le traitement comporte d'abord la prophylaxie locale la plus complète et la plus parfaite possible. Ses moyens sont connus et de résultats très sûrs. A l'hôpital Saint-Louis, j'ai le premier, je crois, préconisé dans le traitement des impétigos l'usage des pansements externes à l'eau d'Alibour, dont l'emploi patronné rapidement par MM. Brocq et Marfan tend à s'étendre de plus en plus. Je considère les sulfates de zinc, de cuivre et de fer comme de véritables spécifiques des suppurations *épidermiques* dues aux staphylocoques. Voici comment ces agents doivent être employés. La solution d'Alibour, ou collyre de Stjernerona est un des plus vieux médicaments de la pharmacopée française, autrefois et bien justement employé dans le traitement des traumatismes ouverts aux époques où l'on faisait et souvent très heureusement de l'antisepsie sans le savoir. C'était un des vulnérables employés par les chirurgiens-barbiers des armées contemporaines d'Ambroise Paré. Sa formule oubliée était telle, je traduis les doses en poids actuels :

| | |
|---|--------------|
| Eau de fontaine. | 200 grammes |
| Couperose bleue (sulfate de cuivre) | 2 — |
| Couperose blanche (sulfate de zinc) | 7 — |
| Camphre à saturation de l'eau | q. s. |
| Safran | 0,40 centig. |

Telle que, cette formule est caustique, cuisante et cause sur les plaies ouvertes une réaction inflammatoire beaucoup trop vive. On l'emploie étendue de 5 à 20 fois son volume d'eau. Même à cet état de dilution elle garde un pouvoir antiseptique considérable. Dans le traitement de l'impétigo on l'emploie étendue de 5 à 5 fois seulement. Les lotions continues avec ce liquide sont le meilleur moyen d'application, celui qui donne les résultats les plus prompts et les plus certains. Les pansements humides permanents sont un peu moins parfaits dans leurs résultats, mais de résultats extrêmement rapides cependant.

Les croûtes, promptement imbibées, s'imprègnent de sulfate de cuivre et deviennent vertes; au-dessous d'elles la suppuration se tarit, les petites plaies bourgeonnent, les croûtes tombent en quelques jours, en 2 ou 5 jours à peine et la peau est cicatrisée en moins d'une semaine.

Dans le traitement des impétigos alopeciques du cuir chevelu, le traitement des alopecies reste purement et simplement celui de l'impétigo, car il importe beaucoup moins de faire promptement repousser les cheveux sur les plaques alopeciques que de prévenir les inoculations staphylococciques ultérieures qui créeraient chacune une surface alopecique nouvelle. Lorsque la période impétigineuse est complètement passée, le traitement devient celui des surfaces alopeciques à la suite d'un traumatisme contondant. C'est l'irritation artificielle maintenue en permanence; j'en reparlerai tout à l'heure.

II. *Furoncles.* — Lorsque les alopecies n'ont plus pour cause une suppuration épidermique, comme l'impétigo, mais dermique comme le furoncle, l'eau d'Alibour étendue au 1/5 reste un moyen prophylactique utile, mais

perd son pouvoir curateur: car si un antiseptique peut pénétrer une croûte ou un épiderme à demi exfolié, il ne peut aucunement pénétrer dans un follicule pileux à la profondeur où s'effectue la pullulation staphylococcique dans le furoncle. Aucun antiseptique n'y parvient. L'ouverture du furoncle, *quand le bourbillon* est constitué, l'ablation de son bourbillon avec une aiguille flambée, après expression de la peau, sont les meilleurs moyens prophylactiques et curateurs. En effet, la colonie de staphylocoques du furoncle est tout entière centrale, capitonnée dans la masse leucocytaire morte qui fait le bourbillon. Dans ces conditions l'écrasement du bourbillon sur la peau, tel qu'il est fait d'ordinaire par l'essuyage du pus exprimé, est le plus sûr moyen d'ensemencer de nouveaux furoncles. L'ablation du bourbillon *en une seule masse* est au contraire le plus sûr moyen de prophylaxie locale. Le furoncle n'ayant pas de traitement spécifique, éviter son réensemencement est le seul traitement utile.

Passé la période furonculeuse, l'alopecie rentre comme la précédente dans le groupe des alopecies traumatiques, dont il nous reste à parler.

III. *Alopecies traumatiques.* — Toute plaque alopecique non cicatricielle semble se repeupler de cheveux d'autant plus vite qu'on maintient à sa surface une irritation épidermique vive et prolongée. Cela semble vrai surtout pour les alopecies qui suivent les traumatismes contondants, les folliculites, l'impétigo. Cette irritation vive peut être créée par tout moyen, cela importe peu et les seuls agents qui ne doivent pas être utilisés sont ceux qui risqueraient de créer une cicatrice.

L'acide acétique a été le plus souvent employé comme moyen d'irritation sur les surfaces alopeciques de ce genre. Il peut s'employer pur, sur de petites surfaces, dilué au 1/2, au 1/4, au 1/10, sur de plus grandes. La formule suivante, par M. Ernest Besnier, peut être utilisée dans ces cas :

| | |
|-------------------------------|------------|
| Acide acétique crist. | 1 gramme |
| Éther officinal. | 50 grammes |
| Hydrate de chloral. | 5 — |

L'acide phénique cristallisable, dissous dans la glycérine, l'ammoniaque liquide dans l'alcool, l'acide lactique au 1/5, ont le même usage et fournissent des résultats équivalents. Tous ces agents donnent lieu à une irritation vive et passagère. Il serait facile de multiplier indéfiniment les exemples de médicaments analogues et d'effet similaire. Cela serait sans utilité.

Il est évident que des irritants dont le premier effet est d'exfolier l'épiderme ne peuvent être employés logiquement que lorsque l'infection staphylococcique qui a donné lieu à l'impétigo ou au furoncle est bien et complètement enrayée, sans quoi on risquerait de provoquer sa révivescence.

De même quand la dépilation se montre autour d'une plaie ouverte, il faut attendre sa cicatrisation. L'irritation qui semble dans tous ces cas la meilleure est celle dont l'effet irritant est le plus durable. Aussi rappellerons-nous le mot de E. Vidal, qui résume excellemment le résultat qu'il faut obtenir: « Les plaques doivent être entretenues perpétuellement et légèrement rouges, chaudes et douloureuses au toucher. »

IV. *Pelade vraie*. — Dans la pelade vraie, ophiasique, pelade essentielle de l'enfant, aucun traitement connu ne donne de résultats nettement appréciables.

Lorsque l'examen très attentif du malade, de son état général, de ses maladies passées, de son état dentaire, etc., semble incriminer l'influence à distance d'un trouble passager remédiable, par exemple l'éruption d'une molaire, ou un abcès gingival (L. Jacquet), on s'empressera de faire débrider la gencive et de supprimer la cause supposée de l'alopecie. Je l'ai malheureusement fait faire bien souvent sans observer de résultat pour une fois ou deux où le résultat fut discutable. Il est évident que la cause reconnue pourrait ne pas conduire à un traitement. Si l'on supposait, par exemple, une compression du ganglion sympathique cervical supérieur, le plus souvent sa libération chirurgicale serait impossible et dans de tels cas il est bien évident qu'un traitement local de la peau dépilée, quel que soit ce traitement, serait ridicule et sans valeur.

En conséquence, aucun traitement empirique ne démontrant son utilité dans la cure de cette affection, sa pathogénie étant entièrement inconnue, aucune thérapeutique quelconque ne peut être indiquée. On ne pourrait l'appuyer ni sur la pratique ni sur la théorie.

Je mentionne les vésications répétées qui ont paru à quelques-uns et à moi-même, dans un certain nombre de cas, avoir donné des résultats appréciables. De même les rasages fréquents au moment où se prononce la repousse spontanée. Les mêmes frictions excitantes et irritantes préconisées plus haut peuvent être employées comme traitement plutôt moral que local.

Le recours de la thérapeutique en ces cas comme en beaucoup d'autres est l'ordinaire et spontanée guérison de la maladie aux approches de la puberté, ou lorsque la formation est accomplie. Mais il faut bien se rappeler qu'il y a à cette règle des exceptions, et les promesses de guérison doivent rester dubitatives et conditionnelles.

XXXVII

TEIGNES TONDANTES

PAR LE D^r SABOURAUD

Historique. — Le tableau clinique des teignes tondantes tel qu'il nous était parvenu après les descriptions de Mahon l'ainé, de Cazenave, de Bazin, de Gruby, a subi de nos jours une transformation radicale lorsque les méthodes expérimentales pastoriennes furent appliquées à leur étude. Cette transformation de date encore récente oblige à rappeler d'abord les notions courantes d'autrefois avant d'y substituer des notions nouvelles. Un coup d'œil d'ensemble sur la conception vieillie de la teigne tondante et sur la conception qu'on doit s'en faire aujourd'hui forme le préambule nécessaire de toute étude clinique sur le sujet.

I. — La teigne tondante que plus tard Hardy devait appeler du nom qui lui est resté : la *trichophytie*, se caractérise sur la peau glabre par une dartre circulaire (syn. : *herpès circiné*). Au cuir chevelu cette dartre s'accompagne de la fracture du cheveu (syn. : *herpès tonsurans*, *teigne tondante* ou *tonsurante*). La dartre circulaire de l'herpès circiné est ordinairement marquée en son pourtour d'un grand nombre de vésicules très petites (d'où son nom primitif d'*herpès contagieux*). Ces vésicules peuvent devenir plus grosses et s'agminer diversement, ou se disposer en cercles concentriques (*herpès iris de Bielt*). De même l'élément inflammatoire de la lésion peut se développer et primer ses autres caractères. C'est alors le *kérion de Celse* (syn. : *folliculite agminée*). D'autres fois les folliculites sont discrètes, et donnent lieu à des lésions nodulaires sur la surface infectée (syn. : *sycosis parasitaire de la barbe* ou *mentagre*).

Toutes ces lésions de siège et de formes si diverses étaient une même maladie. Quant aux raisons de cette multiformité dans une maladie de même cause, on croyait la trouver dans les prédispositions individuelles du terrain. Le *kérion Celsi* survenait chez les scrofuleux, etc.

En résumé, unité de la maladie : trichophytie, en tous ses sièges ; herpès circiné de la peau glabre, herpès tonsurant du cuir chevelu ou de la barbe. Même unité de la maladie en toutes ses formes diverses : cercles squameux vésiculeux, cercles de folliculites, herpès iris de Bielt, mentagre, sycosis, kérion de Celse, etc., telle est la synthèse à laquelle avaient conduit les travaux des auteurs du commencement de ce siècle.

Gruby, dans ses admirables recherches (1841-44), avait découvert dans les cheveux cassés des teignes tondantes des parasites cryptogamiques qu'il décrivit merveilleusement. Bazin, par la haute autorité de son enseignement, couvrit les dissidences nombreuses des adversaires du parasitisme