

La durée individuelle du bouton, ou la durée totale des boutons multiples ou multipliés, varient dans des proportions très étendues; il ne faut pas prendre trop à la lettre le terme de « bouton d'un an », qui ne doit être entendu que de la limite extrême de la durée possible.

Dans les contrées où le bouton est endémique, nulle difficulté pour les médecins, ni même pour les gens étrangers à la médecine qui le reconnaissent au premier coup d'œil.

Mais, hors de ces pays, et pour le médecin qui n'a jamais vu le bouton des pays chauds, la difficulté est toujours grande, et l'erreur certaine pour tous ceux qui n'ont pas de notions assez précises de cette affection, pour la faire entrer dans leur analyse clinique et pour diriger l'interrogatoire dans la voie nécessaire. Une fois prévenu de l'existence de cette affection dont les exemples se multiplient avec le développement des entreprises coloniales et des mouvements militaires, il ne lui sera pas difficile d'éliminer l'impetigo, l'ecthyma, le furoncle vulgaire, l'anthrax, les syphilomes pustulocrustacés, les tuberculomes et les papillomes simples, le sycosis en plaques, les folliculites agminées. Le tout est ou d'avoir vu, ou d'être suffisamment en éveil, et de soulever la question dans tous les cas où le diagnostic des lésions susindiquées ne s'imposera pas par des caractères certains.

L'auto-inoculation, l'examen bactériologique, les inoculations aux animaux, peuvent toujours être invoqués dans les cas litigieux.

Les premières atteintes du bouton ne mettent pas l'individu à l'abri d'atteintes nouvelles; il semble cependant qu'il y ait une atténuation dans ces atteintes nouvelles, et que quelques sujets acquièrent l'immunité. Cette constatation a besoin d'être soumise à une nouvelle enquête; elle mérite d'autant mieux l'attention que, seule, elle peut établir sûrement si le bouton endémique est ordinairement, ou quelquefois, une maladie infectant l'économie, ce que rendent vraisemblable, mais ce que n'ont pas encore démontré, les recherches en cours d'exécution. En tout cas, l'infection est bénigne et ne semble jamais avoir donné lieu à des localisations viscérales importantes chez l'homme.

Non seulement le bouton endémique est propre à certaines régions, mais encore, dans les mêmes localités, il se développe inégalement dans les différentes années; il a, en outre, des périodes de floraison, de germination et de sommeil; la floraison commence avec les mois de septembre et d'octobre, la germination dure jusqu'au mois de janvier et de février, après lesquels il ne se produit plus de nouveaux cas. Les termes de « maladie des dattes » ou de boutons de pluie « rain boils » indiquent seulement les périodes climatériques auxquelles les paroxysmes endémiques se produisent. En tout cas, l'élément pathogène est attaché au sol, et l'on peut dire avec TILBURY FOX : « *The boils appear to be of a malarious origin.* » — *Loc. cit.*, p. 248.

Le traitement n'est pas encore fixé; on peut assurément détruire avec le cautère actuel, radicalement, les lésions, mais on ne saurait oublier qu'elles ont leur siège sur les parties découvertes, que leur guérison spontanée est certaine et que le traitement ne doit pas aggraver le résultat à intervenir.

Nous avons sans succès employé l'électropuncture ignée, ne pouvant

donner, sans manquer au principe ci-dessus énoncé, une profondeur nécessaire à l'action destructive. Nous ne mettons pas en doute, cependant, que ce moyen, employé *au début*, ne suffise pour éteindre immédiatement les foyers naissants.

Le fatalisme des Orientaux s'accommode aisément des résultats de la marche curative spontanée s'effectuant sous la croûte protectrice; et VIDAL admet que l'on a peut-être raison de les imiter, à moins qu'on ne se trouve en présence de cas à tendance ulcéreuse peu marquée. Cette résignation, cependant, ne doit être acceptée, et nous ne l'acceptons que comme un pis aller; nous pensons que des tentatives bien dirigées de médication active, à l'aide des procédés très perfectionnés de la méthode antiparasitaire et antiseptique, doivent être instituées à nouveau et poursuivies avec la précision nécessaire.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

B. DERMATOSES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES.

DERMATOSES CHRONIQUES AVEC CARACTÈRE INFLAMMATOIRE (PROCESSUS-EXUDATIFS, HEBRA)

Signification anatomique et division clinique des processus chroniques caractérisés par des processus inflammatoires. — Dermatoses squameuses.

PSORIASIS

Messieurs, avec l'étude des dermatoses chroniques caractérisées essentiellement par l'inflammation, nous nous trouvons au cœur de la dermatologie proprement dite. Bon nombre des affections dont il a été question jusqu'à présent, notamment les maladies inflammatoires aiguës, rentrent, en raison d'une partie de leurs symptômes, dans le cadre de la pathologie médico-chirurgicale, et vous pouvez les retrouver dans tous les traités classiques. Il n'en est plus de même du groupe de maladies dont nous allons actuellement nous occuper, et qui ne comprend que des affections propres à la peau.

Comme l'indique déjà la dénomination générale de dermatoses exsudatives chroniques, on trouve au fond de toutes ces maladies un trouble de nutrition qui se déroule d'une manière chronique et qu'on peut désigner comme inflammatoire ou exsudatif, puisqu'on ne rencontre dans ces cas que quelques symptômes inflammatoires, mais non leur ensemble complet. De ces phénomènes, on voit prédominer tantôt

l'injection vasculaire (rougeur), tantôt l'exsudation ou la prolifération des éléments de tissu. En même temps, ces processus atteignent soit principalement la couche papillaire ou même les couches profondes du chorion, soit seulement les glandes et le tissu périglandulaire le plus immédiat, ou surtout l'épiderme. Comme il peut se faire que le processus inflammatoire parvienne à un degré aigu typique, et que certaines de ces formes, comme l'eczéma, ait eu, en général, un début aigu, il est difficile, en prenant pour base ces très faibles différences anatomiques, de séparer les unes des autres la plupart des formes morbides qui appartiennent à cette classe.

Par conséquent, il est préférable, à l'exemple de Hebra, de tenir principalement compte, à côté des altérations anatomiques saillantes, des caractères cliniques les plus marqués, et de diviser, d'après ces données, les dermatoses chroniques à base inflammatoire en cinq groupes :

1° Dermatoses squameuses : psoriasis, pityriasis rubra, lichen des scrofuleux, lichen ruber;

2° Dermatoses prurigineuses : eczéma, prurigo;

3° Folliculites : acné, sycosis, acné rosé;

4° Éruptions pustuleuses : impetigo, ecthyma;

5° Éruptions bulleuses : pemphigus.

Nous nous occuperons d'abord des affections appartenant au premier groupe.

1. DERMATOSES SQUAMEUSES

PSORIASIS

Sous le nom de psoriasis on désigne, depuis Willan, une affection de la peau caractérisée par des amas de squames, sèches, blanches, brillantes, formant de petites élevures punctiformes ou des plaques plus grandes, discoïdes, reposant sur une base parfaitement circonscrite, rouge et saignant facilement.

Les formes extrêmement variables de la maladie dérivent toutes d'efflorescences primaires de même nature; celles-ci se présentent comme de petites élevures rouge vif jusqu'à rouge brun, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui pâlisent sous la pression du doigt au point de disparaître complètement et se recouvrent dans l'espace de quelques jours d'une petite squame épidermique blanche (1). Si on l'enlève avec

(1) Nous avons toujours trouvé la squame psoriasique constituée, et démontrable, partout où existait le point le plus petit, alors même qu'il fallait employer la loupe pour le constater. E. B. — A. D.

l'ongle, ce qui est très facile, on aperçoit sur la base rouge de nombreux petits points saignant. Ceux-ci correspondent à autant de petits vaisseaux des papilles, qui, gonflées par hyperhémie, faisaient saillie et ont été lésées par le grattage (1).

Si plusieurs de ces efflorescences primaires existent en même temps sur la peau, on a le psoriasis ponctué. Lorsque la rougeur, la tuméfaction et les squames consécutives s'étendent à la périphérie de cette première tache, le psoriasis est dit en gouttes, et nummulaire; les plaques squameuses ont alors les dimensions d'une goutte ou d'un centime, à base de même grandeur, rouge, légèrement tuméfiée. Le même phénomène se continue pendant une à trois semaines, au point de former des disques de l'étendue d'une pièce de cinq francs en argent ou plus grands, qui présentent toujours les mêmes caractères, amas de squames faciles à enlever (2) et base rouge pouvant être aisément lésée.

(1) HEBRA a eu grand raison de faire remarquer avec quelle facilité le réseau vasculo-papillaire sanguin pouvait être déchiré dans le psoriasis aussitôt les squames enlevées, le plus léger frottement de l'ongle fait sourdre à la surface de la tache psoriasique autant de fines gouttelettes sanguines qu'on a lésé de sommets papillaires. C'est là un excellent élément de diagnostic différentiel que DEVERGIE avait également relevé et signalé très utile en clinique comme adjuvant, mais qu'il ne serait pas prudent de considérer comme absolument pathognomonique. E. B. — A. D.

(2) Infiltrés d'air et dissociés dans leur étage supérieur, les agglomérats de squames psoriasiques sont plus ou moins faciles à détacher par fragments, plus ou moins friables; quelquefois ils peuvent être enlevés tout d'une pièce par l'ongle mené assez profondément sous la plaque; ils forment le surtout de l'élément psoriasique, au-dessous duquel celui-ci apparaît comme un disque rouge, portant l'empreinte des couches épithéliales qui viennent d'être enlevées, lisse, brillant, quelquefois très légèrement humide.

Le vernis épithélial mince et fragile qui donne ces derniers caractères à l'élément psoriasique — cuticule sous-squameuse — est vraiment spécial au psoriasis, et c'est avec raison que L. DUNCAN-BULKLEY — Note on a hitherto undescribed point in the diagnosis of Psoriasis, in *Archives of Dermatol.*, 1879, p. 129 — a attiré l'attention sur sa valeur diagnostique. Il faut ajouter, cependant, que des caractères bien analogues, au moins pour un médecin non dermatologiste, peuvent se rencontrer dans d'autres affections, telles que l'eczéma stéatidrosique du cuir chevelu par exemple, etc. Il faut voir, dans ces caractères objectifs, des éléments de diagnostic très utiles, mais il y aurait quelque exagération à les transformer en signes absolus, constants et infaillibles.

Des variétés très nombreuses interviennent dans la consistance, le mode de déhiscence, l'épaisseur des squames; quelquefois, l'amas épithélial est presque amorphe, pulvérulent; d'autres fois, il est dis-

Dans les plus grands disques, la plaque squameuse est entourée d'un liséré rouge (1). On reconnaît aussi que, dans la progression du processus, la rougeur et la tuméfaction de la peau précèdent la formation des squames (2). Par l'extension directe de chaque plaque et par la réunion de plusieurs groupes voisins, il se constitue des plaques psoriatiques plus étendues et de formes irrégulières, de rougeur uniforme, et recouvertes d'amas de squames, toujours nettement limitées et entourées d'un rebord rouge, — psoriasis figuré, géographique, diffus et généralisé.

Mais, le plus souvent, chaque plaque ne dépasse pas la dimension d'une pièce de cinq francs en argent ou celle de la paume de la main, et rétrocede après être restée stationnaire quelque temps, ce que l'on reconnaît à ce que le liséré rouge ne progresse plus. Avec la diminu-

posé en couches stratifiées nettement, que l'on peut feuilleter; quelquefois enfin, on n'en distingue pas seulement les étages, mais les formations concentriques, qui dessinent à la surface de la plaque des contours conchyloïdes, et achèvent, quand les superpositions sont nombreuses, l'assimilation avec les concrétions du type *rupia*, assez manifestement pour que l'on ait décrit un « psoriasis *rupiaforme* ».

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Le liséré rouge n'est pas constant et il varie selon les sujets, l'état de la circulation générale, les conditions individuelles, la période évolutive de l'élément; il manque dans les plaques anciennes, immobilisées ou en régression curative; il est surtout hyperhémique, et il n'élève que très peu d'ordinaire le niveau du tégument; jamais il ne forme un bourrelet, ni même un ourlet. E. B. — A. D.

(2) Ce point est vivement contesté, et il est bien difficile de le fixer histologiquement; cliniquement, nous avons vu bien souvent la squame être le premier phénomène appréciable.

La conception du psoriasis, telle que AUSPRITZ l'a formulée, c'est-à-dire comme un paratype du processus de kératinisation, l'atypie épidermotrophique se retrouvant jusque dans les couches épidermiques jeunes, mais à un moindre degré, et toutes les lésions irritatives (non vraiment inflammatoires) du derme, étant *secondaires*, n'est pas à rejeter sans examen. Elle concorde parfaitement avec la notion de développement primitif, dans la zone de kératinisation, des troubles de nutrition qui constituent les lésions du psoriasis. Cf. PÉCIRKA — Zur Histologie der Psoriasis — *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1887, n° 2 — dont les préparations montrent le psoriasis comme étant nettement une maladie de la portion épithéliale de la peau, résultant d'une croissance atypique et d'une kératinisation irrégulière de l'épithélium; les modifications subjacentes, infiltrats de petites cellules autour des vaisseaux sous-papillaires et interpapillaires, etc., sont secondaires.

E. B. — A. D.

tion de la rougeur et de la tuméfaction, diminuent aussi la sécrétion de l'épiderme et son accumulation; les lamelles deviennent plus minces, moins adhérentes, et, lorsque la rougeur a tout à fait disparu, les dernières squames tombent. Ces points se recouvrent d'un épiderme uni et de couleur normale, ou particulièrement pigmenté, dans les parties où l'hyperhémie a persisté longtemps dans les régions où, comme aux extrémités inférieures, le retour du sang est plus lent.

Le plus souvent, cette guérison se produit simultanément dans toute l'étendue d'une plaque; toutefois, dans quelques-unes et parfois dans toutes, elle survient de telle façon que ce sont d'abord les plus anciennes, en commençant par les parties centrales, qui pâlisent et guérissent, tandis que la rougeur et la formation des squames progressent à la périphérie. C'est ainsi que se forment des cercles rouges, squameux, qui peuvent s'étendre considérablement, — psoriasis annulaire (lèpre de Willan), et par leur rencontre, ainsi que par la disparition des points de contact, des lignes serpigineuses, — psoriasis linéaire (*p. gyrata*).

Les diverses formes sous lesquelles le psoriasis peut survenir ne présentent, par conséquent, que des degrés différents de développement et de régression de ce même processus, lesquels sont soumis eux-mêmes à une évolution continue. C'est donc ainsi et non autrement, comme Hebra l'a démontré, qu'il faut comprendre le psoriasis annulaire, et par conséquent il ne mérite pas un nom particulier (lèpre de Willan) (1).

Le développement et la résorption de chaque plaque de psoriasis ont lieu quelquefois d'une manière très rapide, dans l'espace de quelques

(1) Ce point n'est plus aujourd'hui en question; la « lèpre vulgaire », la « lèpre de WILLAN » est universellement annexée au psoriasis; nous ferons remarquer seulement que le mécanisme de formation des anneaux n'est pas constamment le procès centrifuge; les cercles, les croissants, les crosses et les lignes de toute espèce peuvent naître de la juxtaposition systématique des éléments éruptifs. La disposition de l'élément éruptif, envisagée en elle-même, ne représente qu'une variété morphologique; mais quand la prédominance de cette disposition est très accentuée, la maladie prend vraiment un aspect particulier. Quelques malades n'ont jamais que ces formes figurées, parfois avec une mobilité et un caractère ambulatoire qui méritent d'être opposés aux formes dans lesquelles les efflorescences se perpétuent sur une même place.

Ces psoriasis figurés, généralisés ou discrets et localisés, constituent une des variétés atypiques de cette maladie les plus ambiguës, par leur ressemblance avec l'eczéma squameux figuré et avec les syphilides circonscrites papulo-squameuses.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

semaines, d'autres fois très lentement. Dans le premier cas, les amas de squames sont moins adhérents, d'un blanc brillant, se détachent facilement, de sorte qu'elles tombent en grande quantité soit au lit, soit sur le sol, si on passe la main sur les parties malades. Leur production et leur chute ont lieu très rapidement. Toutefois, sur les plaques longtemps stationnaires, les squames épidermiques s'accumulent sous forme d'amas discoïdes, épais, très adhérents, durs et le plus souvent d'un blanc sale et même brun.

Quant à la localisation, à la disposition et à l'étendue, le psoriasis présente les plus grandes différences. On voit des cas dans lesquels il n'y a qu'une (1) ou plusieurs plaques, d'autres où on les trouve disséminées en grand nombre, et d'autres enfin dans lesquels la maladie est généralisée. Le mode de distribution est ordinairement très irrégulier. Au tronc, les plaques qui sont encore séparées sont habituellement disposées en séries parallèles à la direction des côtes (aux sillons cutanés). Les côtés de l'extension des membres, les genoux et les coudes, le cuir chevelu et le sacrum sont les points de localisation les plus fréquents du psoriasis et sont, pour cette raison, presque régulièrement envahis par des plaques recouvertes de squames d'apparence sale, stationnaires, anciennes, épaisses (2). Au cuir chevelu, les squames s'accumulent

(1) Il est vraiment rare, et *exceptionnel*, qu'il n'y ait qu'une seule plaque de psoriasis; lorsque cette observation se présente, il faut redoubler d'attention et de sévérité dans l'examen du malade, en faisant porter l'enquête sur toute la surface du corps; si cette plaque de « psoriasis » est véritablement unique, il sera nécessaire, avant d'en porter le diagnostic ferme, d'éliminer la série des affections qui peuvent être *psoriasiformes*, l'eczéma, les syphilides, le lupus érythémateux, le lichen, etc.
E. B. — A. D.

(2) La localisation typique du psoriasis aux coudes et aux genoux n'a pas tout à fait la valeur propre que lui attribuent les auteurs, même les plus récents. D'une part, cette localisation peut *manquer* dans le psoriasis le plus indubitable, et, de l'autre, elle peut exister dans le lichen, dans la syphilis, dans l'eczéma; elle existe également dans le pityriasis rubra pilaire. Force est donc de modifier l'ancien thème classique sur lequel on prononçait victorieusement le nom de psoriasis quand une lésion squameuse affectait les coudes et les genoux; mais il faudra aussi le modifier dans le thème nouveau proposé par UNNA, et faire une base de distinction entre le psoriasis et les eczémas psoriasiformes sur la localisation aux sommets d'extension; l'eczéma psoriasiforme séborrhéique, du type le plus net, peut être observé aux lieux d'élection du psoriasis. Mieux vaudra tenir ce caractère pour ce qu'il vaut, et ne pas y soumettre entièrement le diagnostic.

en masses très adhérentes, entremêlées avec les cheveux, épaisses, inégales et comparables à du mortier desséché (1).

Mais toutes les autres régions de la peau, la face, le tronc et les membres peuvent aussi être le siège de psoriasis; quelques-unes même deviennent malades régulièrement sur les côtés de flexion du corps; seules, la paume des mains et la plante des pieds restent régulièrement indemnes de psoriasis, même lorsque la maladie est généralisée, et n'en sont atteintes que très exceptionnellement, contrairement à la fréquence avec laquelle ces mêmes régions sont envahies par la syphilis, affection souvent méconnue par suite de sa détermination vulgaire de psoriasis palmaire et plantaire (c'est-à-dire syphilitique) (2).

La forme, la localisation, l'étendue, en un mot tous les caractères du

(1) Au cuir chevelu, comme ailleurs, on observe de très grandes variétés; le psoriasis y est souvent desquamatif en forme de lamelles de son, constituant ainsi une grande difficulté de diagnostic avec l'eczéma figuré, le lupus quelquefois, et une cause de l'erreur banale dans laquelle se complaisent un grand nombre de médecins, pour qui toutes les affections squameuses du cuir chevelu sont un « pityriasis ». Mais, dans beaucoup de cas, la comparaison de l'auteur est exacte; les squames se superposent en masses plâtreuses, traversées par les cheveux, et, chez les sujets qui restent sans les soins appropriés, atteignent une élévation considérable; la main passée sur le cuir chevelu parcourt une surface montagneuse, dont la constatation est importante, mais non pathognomonique.
E. B. — A. D.

(2) Bien qu'ils n'ignorent pas que le « psoriasis » n'est jamais syphilitique, sans quoi il cesserait d'être un *psoriasis*, tous les syphiligraphes n'ont pas renoncé au terme de psoriasis *syphilitique* pour désigner les syphilides cornées ou squameuses de la paume de la main ou de la plante des pieds. Il en résulte que la généralité des médecins suit le même errement, en l'exagérant comme c'est l'usage, et que, pour plusieurs, la constatation de quelque chose de corné ou de squameux à la paume de la main leur fait immédiatement dire: ce malade a « le psoriasis », ou le « psoriasis palmaire », ce qui est, pour eux, synonyme de syphilis.

Communément, le psoriasis respecte non seulement les faces palmaire et plantaire des extrémités, mais encore la main et le pied entier. Dans beaucoup de cas, une ligne fictive sus-malléolaire et sus-radiocarpienne isole les extrémités (de la partie malade), comme si celles-ci avaient été trempées dans un liquide préservateur. Cette disposition est manifeste alors même que, comme cela est l'ordinaire, quelques points ou quelques gouttes s'éparpillent sur le dos de la main ou des phalanges, ou s'échappent vers le bord interne du pied, en avant de la malléole interne.

Exceptionnellement, le psoriasis s'accumule sur le dos des doigts et des mains, alors qu'il reste plus ou moins discret sur le reste du corps; dans les cas même où il est limité à la paume des mains et à la plante

psoriasis varient même, chez chaque malade, suivant la nature et la période de l'affection.

La marche du psoriasis est extrêmement chronique, mais non continue; elle est composée de périodes d'augmentation ou de diminution se succédant irrégulièrement.

Il est assez rare que la maladie, chez un individu indemne de psoriasis jusque-là, se manifeste sans symptômes précurseurs, sous forme d'éruption générale aiguë, ou de plaques discrètes disséminées, croissant lentement et augmentant par le fait de nouvelles plaques qui se produisent en petit nombre. Habituellement, on voit un malade porter pendant plusieurs années, aux coudes, aux genoux et au cuir chevelu, rarement sur d'autres points du corps, des plaques anciennes, sèches et dures, qui ne subissent presque aucun changement. Alors de nouvelles taches de psoriasis surviennent sans cause appréciable sur d'autres parties du tégument, parfois disséminées, d'autres fois con-

des pieds, sa bordure rouge se retrouve courant sur la ligne de séparation des faces dorsale et palmaire ou plantaire.

Dans quelques cas, le type normal peut être absolument renversé; les plis de flexion, les surfaces de contact sont occupés, en tout ou en parties, symétriquement ou sans symétrie, par les efflorescences psoriasiques, le côté de l'extension et les sommets étant épargnés. Ces formes *atypiques* présentent des difficultés particulières de diagnostic et demandent beaucoup de réserve dans l'interprétation; même restriction pour toutes les localisations solitaires ou très discrètes. Les unes et les autres réclament un *triage* plus sévère que celui qui est usité aujourd'hui généralement, et une différenciation attentive d'avec les formes d'eczéma psoriasiforme, sébacé, lamelleux, auxquelles BAZIN a surtout emprunté pour constituer son *psoriasis arthritique* dans les deux variétés scarlatiniforme et nummulaire, dont la plus grande partie est manifestement du type de l'eczéma séborrhéique nouveau.

L'auteur a omis de soulever cette difficulté de l'eczéma-psoriasis ou du psoriasis-eczéma, mais il est essentiel de l'agiter, car elle est de tous les jours, et le lecteur a droit à être informé, d'autant mieux que, sur ce diagnostic, doit être basée une question de pronostic de première importance que BAZIN avait reconnue sans en comprendre toute la portée. « Le psoriasis arthritique, dit-il, bien différent du psoriasis herpétique, peut disparaître par l'évolution naturelle de la maladie. » Cela seul aurait pu suffire pour inspirer des doutes motivés sur la qualité psoriasique réelle de ces affections.

« Il a pour siège de prédilection les parties génitales et les régions exposées à l'air: la tête, la partie antérieure de la poitrine, la paume des mains et la plante des pieds. Il se montre rarement aux coudes et aux genoux, sur lesquels se développe de préférence le psoriasis dartreux. »

En observateur consommé, BAZIN n'avait pas manqué non plus de noter le caractère eczémateux de ces « psoriasis »; aux mains et aux

fluentes, lesquelles, augmentées par un développement continu et par de nouvelles efflorescences, occupent, dans l'espace de peu de semaines, une grande partie de la surface cutanée. Au bout de quelque temps, les nouvelles plaques se résorbent, l'éruption cesse, et le psoriasis disparaît en ne laissant que quelques plaques qui sont limitées le plus habituellement aux lieux d'élection, dont il a été question ci-dessus. Il s'écoule alors une période de santé relative pouvant durer des semaines et des mois, et qui est suivie à son tour d'une période d'exacerbation. Il en est ainsi pendant des années, durant toute la vie; les périodes alternantes d'amélioration et d'aggravation se succèdent très inégalement sous le rapport de la durée ainsi que de l'intensité des exacerbations ou des rémissions, et il est impossible de constater aucune régularité en ce qui concerne les saisons, les conditions extérieures, etc.

A l'occasion d'une exacerbation, l'éruption peut devenir générale, c'est-à-dire que la peau, du sommet de la tête aux orteils, est tendue,

pieds, il signale l'écoulement d'une « sérosité plastique qui se concrète sous forme de croûtes ».

« Le psoriasis nummulaire, ajoute-t-il, présente des squames qui ressemblent à celles du psoriasis dartreux; cependant, elles en diffèrent à plusieurs égards. Ainsi, elles n'ont jamais ni la couleur blanche, argentée, ni l'état de sécheresse si remarquable qui caractérisent les squames du psoriasis dartreux; elles offrent parfois, et accidentellement, une certaine tendance à l'humidité ou un aspect particulier qui la fait craindre sur quelques points.

« L'affection est même successivement, parfois simultanément, squameuse et humide. Il devient alors difficile de décider si l'on a affaire à un eczéma ou à un psoriasis. »

« On trouve, sur une des régions indiquées plus haut, de larges plaques rouges, irrégulièrement arrondies, légèrement saillantes, couvertes d'une squame mince sur une partie de leur étendue, et simplement érythémateuses sur le reste. Dans quelques cas, ce n'est que tout à fait sur la limite des placards érythémateux qu'il existe des squames psoriasiques, d'ailleurs parfaitement reconnaissables à leur couleur blanchâtre. Dans d'autres cas, l'élément primitif est susceptible d'être remplacé par un autre. Ainsi, il n'est pas rare de voir l'affection sécréter et se transformer en une affection eczémateuse; et réciproquement, cet eczéma peut se transformer en un psoriasis. » — BAZIN, *Lec. théor. et clin. sur les aff. cut. de nature arthritique et dartreuse*, réd. et publ. par JULES BESNIER. Paris, 1868, p. 260 et suiv.

En résumé, l'état sec, la forme nummulaire, l'exfoliation squameuse, la localisation, etc., ne doivent plus, aujourd'hui, être pris comme pathognomoniques; le diagnostic doit être basé seulement sur l'ensemble complet du caractère actuel, ou passé, de la maladie, car il n'existe pas encore, entre certaines formes d'eczéma psoriasiforme et le psoriasis incontestable, d'élément pratique immédiat ni absolu de distinction clinique; les mêmes difficultés persistent, en certaines régions surtout, pour le lichen squameux en plaques, le pityriasis rubra pilaire et les siphilides squameuses.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.