

d'un rouge uniforme, squameuse, chaude, sèche, brillante en certains points, satinée, sensible. La peau de la face paraît rétractée, la paupière inférieure semble en ectropion, les malades restent accroupis, parce que chaque tentative pour s'étendre amène des déchirures de la peau et des fissures sanguinolentes. Les cheveux tombent facilement, il se produit même une calvitie passagère ou persistante. Des frissons continus, de vives démangeaisons, de la fièvre, des troubles gastriques, le hoquet, l'insomnie, l'inappétence, de l'amaigrissement et divers accidents graves accompagnent cet état. Cependant il peut encore se produire une amélioration partielle après un intervalle de plusieurs mois et par un traitement approprié, même dans un court laps de temps. Certains malades éprouvent, à plusieurs reprises, une semblable aggravation de leur maladie (1).

(1) Le développement, au cours d'un psoriasis, de dermatites très étendues ou généralisées, du type des *dermatites scarlatiniformes*, fait partie essentielle de l'histoire du processus psoriasique.

Chez quelques sujets, ces éruptions aiguës, qui s'accompagnent d'un état général proportionné à l'étendue et à l'intensité des phénomènes cutanés, proviennent de l'application d'excitants ou d'irritants extérieurs; nous les avons, dans notre pratique, observés à la suite de l'enveloppement au caoutchouc trop généralisé et imparfaitement appliqué, et plus ordinairement à la suite des agents médicamenteux de tout ordre appliqués à la cure du psoriasis. Quelques sujets ont, soit momentanément, soit constamment, ce que nous appelons le « psoriasis irritable » et ne supportent aucune application sans avoir une poussée d'érythème, de dermite scarlatiniforme.

Leur durée peut être longue et dépasser plusieurs mois; les cheveux, les poils, les ongles, peuvent tomber; des complications viscérales, cardiaques, rénales, vésicales, pulmonaires, peuvent apparaître au cours de l'évolution; mais, en général, quand il s'agit vraiment de dermatites psoriasiques, le pronostic est favorable; la maladie finit par guérir, le prurit, la rougeur, la desquamation foliacée, pityriasique, vont en diminuant; les poils réapparaissent, se reproduisent aussi solides qu'avant la crise; puis tout rentre dans l'ordre; une accalmie complète se produit, ou bien le psoriasis reprend son aspect ordinaire sans transition.

Ces cas ne se confondent pas avec les accidents définitifs et permanents qui répondent aux dermatites cachectiques ultimes individualisées par Bazin sous le nom d'herpétide exfoliatrice, tardive, maligne, et dont le pronostic est tout distinct.

La plupart des auteurs ont négligé ces distinctions; il faut faire exception pour Devergie — voy. *Traité prat. des maladies de la peau*, 2^e édition, Paris, 1857, p. 467 — qui a décrit la plupart des particularités les plus importantes de cette question sous le titre de « psoriasis aigu » ou « psoriasis rubra ».

Rappelons enfin, pour prévenir toute confusion, que le psoriasis

Exceptionnellement, on peut être atteint pendant toute sa vie d'un psoriasis limité aux côtés de l'extension des articulations et des membres, sans que des poussées intercurrentes se produisent sur d'autres parties de la peau.

De même que les cheveux révèlent leur état maladif par une chute rapide, les ongles sont aussi atteints dans tous les cas de psoriasis de longue durée et deviennent secs, opaques, cassants et se désagrègent facilement (1).

scarlatiniforme de Bazin n'a rien à voir avec les érythrodermies dont il vient d'être question; ce « psoriasis scarlatiniforme » est la première variété du « psoriasis arthritique » de cet auteur; on ne peut le rapporter qu'à certaines variétés de psoriasis intertrigo ou de psoriasis irrité accidentellement, peut-être même de psoriasis irritable, et surtout aux eczémas *psoriasiformes*. Voici les caractères donnés par Bazin :

« Dans la plupart des cas, le psoriasis scarlatiniforme se développe simultanément à la plante des pieds, à la paume des mains, à la racine des cheveux et aux organes génitaux; cependant, il peut aussi apparaître successivement sur ces différentes régions, ou se borner à quelques-unes d'entre elles.

« Il est caractérisé par un sentiment de brûlure, de tension et par des élancements dans les parties affectées; il offre une desquamation qui a lieu par larges plaques épidermiques, analogues à celles qu'on observe dans la scarlatine; au-dessus des squames, la peau épaissie présente une coloration rouge vif ou lie de vin, qui ressemble à la couleur de l'éruption scarlatineuse.

« A la paume des mains et à la plante des pieds, les squames sont plus épaisses; il y a des fissures profondes, desquelles s'écoule une sérosité plastique qui se concrète sous forme de croûtes. Les mains et les pieds sont le siège d'une douleur et d'une tension très vives qui les rendent immobiles; les doigts et les orteils sont ordinairement demi-fléchis et retenus dans cette position. »

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Les lésions des ongles et l'état des poils dans le psoriasis réclament quelques détails complémentaires.

Il y a : 1^o un *psoriasis des ongles*, isolé, sans manifestations autres; 2^o un grand nombre de cas de psoriasis avec *localisations unguéales*; 3^o bien que rarement les poils peuvent être altérés.

a) *Psoriasis des ongles*. Le psoriasis des ongles peut débiter par tous les points du lit de l'ongle, comme l'a très exactement observé VÉRITÉ à la Bourboule; tantôt il apparaît comme une tache, quelquefois ecchymotique, d'autres fois comme une simple opacité, plus souvent latérale que centrale, et tendant à s'étaler vers les bords latéraux ou vers le bord libre; il est *décollant*, et le détachement partiel de l'ongle est un des caractères de l'évolution les plus importants et les plus désagréables pour le patient. Quelquefois, tous les doigts, aux deux mains, sont atteints, tantôt quelques-uns seulement, d'ordinaire symétriquement; la marche du psoriasis des ongles est essentiellement torpide et longue, le traitement peu efficace. Localement, nous employons surtout les bains de décoction de feuilles d'eucalyptus (5 gr. pour un litre d'eau) additionnés de goudron émulsionné, l'huile de cade, ou la solu-

De même que Hebra, je n'ai jamais observé de maladie analogue au psoriasis sur la muqueuse de la cavité buccale (1); mais, chez quelques

tion alcoolique de goudron (VÉRITÉ), introduites entre l'ongle décollé et le lit unguéal, l'occlusion avec l'emplâtre de plomb ou de mercure.

b) *Localisations unguéales du psoriasis.* Dans le cours du psoriasis, les localisations unguéales sont très fréquentes. Tantôt ce sont des taches sous-unguéales opaques, ou une opacification générale; tantôt, l'ongle conservant sa transparence, on observe des sillons transversaux profonds, uniques ou multiples, des exagérations diverses de la striation longitudinale physiologique, des ponctuations fines analogues à celles que ferait un poinçon sur la cire molle, etc. Ces dernières altérations, les plus ordinaires, n'ont rien de spécifique; on les peut observer identiques chez les eczémateux, à tel point que, lorsque (ce qui n'est pas très rare) la lésion unguéale existe isolée, il n'est pas aisé de la déclarer psoriasique ou eczémateuse; mainte autre altération peut encore être constatée: dégénérescence lamelleuse opaque de l'ongle entier (surtout aux extrémités inférieures), avec épaissement, déformation et chute totale, exfoliation fibrillaire (en moelle de jonc), amincissement et transparence extrêmes, inclusion de l'ongle sous un revêtement d'épiderme — psoriasis super-unguéal, Obs. de VÉRITÉ — etc., etc.

Dans les cas de dermatite exfoliante secondaire au psoriasis arthropathique, au psoriasis irritable, etc., il est très fréquent de voir l'ongle entier devenir plâtreux, opaque, se confondre avec le surtout squameux du doigt, et se détacher seul ou à la moindre traction, n'adhérant plus que par la ligne d'insertion radulaire. La restitution de ces ongles se fait intégralement, alors même que leur mue se renouvelle à plusieurs reprises.

Généralement, les poils sont peu altérés pendant le cours du psoriasis si celui-ci est simple; c'est seulement à la longue qu'ils s'altèrent, au prorata des troubles de sécrétion qui atteignent l'appareil sébacé ou sudoral. Mais il est, au contraire, de règle, dans les accès de dermatite scarlatiniforme psoriasique, de voir les poils muer complètement; dans les accalmies, la restauration se fait, comme pour les ongles, *ad integrum*.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) L'auteur ne traite pas la question du « psoriasis des muqueuses »; il a raison, car cette localisation n'est pas établie, mais le fait est assez remarquable pour arrêter un instant l'attention, ne serait-ce que pour protester contre la dénomination fâcheuse qui a été donnée par BAZIN à une maladie différente à tous les titres. A la vérité, beaucoup d'auteurs, même parmi ceux qui abusent le plus du « psoriasis des muqueuses », ne font aucune assimilation entre le psoriasis véritable et les maladies qu'ils désignent ainsi; mais ils contribuent à perpétuer une erreur, et ils propagent une nomenclature tout à fait défectueuse.

Il n'y a de psoriasis vrai ni à l'orifice vulvaire, ni sur la conjonctive, ni sur la muqueuse des lèvres, de la bouche, de la langue; il est superflu de rappeler que le fourreau et le gland, les grandes lèvres, sont recouverts par un revêtement cutané et non muqueux. Aux lèvres buccales, la portion exposée de la surface rouge est mixte, et ce n'est que tout à

psoriasiques, des plaques grises qui dérivent de la syphilis ou correspondaient à la leucoplakie buccale non syphilitique (Schwimmer).

Comme phénomènes subjectifs, je citerai, outre ceux que j'ai déjà nommés (prurit (1), insomnie, inappétence), les douleurs articulaires rhumatismales (2) qui accompagnent habituellement les éruptions aiguës, le soif et la sécheresse de la bouche.

fait exceptionnellement que la bordure d'un élément psoriasique du voisinage y affleure; jamais, à moins de coïncidence, chez un même sujet, de « plaques blanches » des lèvres ou de la vulve, on ne voit même de juxtaposition entre ces éléments et une plaque de psoriasis vrai.

Toutefois, la langue présente quelquefois dans le psoriasis, comme dans l'eczéma, des lésions dont la coïncidence avec les poussées psoriasiques ne doit pas être laissée de côté; mais ces lésions ne sont pas de l'ordre de ce qui a été décrit sous le nom de « psoriasis buccal »; elles se rapprochent davantage de l'eczéma circiné de la langue, et les cas de « psoriasis » dans lesquels on les rencontre ont besoin d'être vérifiés à nouveau.

E. B. — A. D.

(1) Le prurit dans le psoriasis manque souvent d'une manière complète; le plus habituellement, il est peu prononcé; à aucun titre, le psoriasis ne pourrait être rangé dans les dermatoses prurigineuses. Chez quelques malades seulement, il est très vif et s'accompagne de lésions de grattage; presque toujours, il y a plus ou moins de prurit dans les parties velues.

Accessoirement, quelques malades n'ont de prurit, mais quelquefois intolérable, que sous l'action des agents médicamenteux externes les plus divers; certains, sous l'action de divers aliments ou médicaments internes, qui provoquent chez eux une hyperesthésie réflexe.

E. B. — A. D.

(2) Dans la première édition de cette traduction nous avons déclaré (t. I, note 1, p. 495) que la question des rapports à intervenir entre le psoriasis, d'une part, et le « rhumatisme » ou la « goutte », de l'autre, était « à vérifier par des observations nouvelles ».

Ces observations, nous les avons faites, et nous avons amené plusieurs de nos élèves à les poursuivre. — Voy. H. DUXON. Quelques considér. s. les rapp. du Psoriasis et du Rhumatisme, et, en particulier, du rhumatisme fibreux. Thèse de Paris, 1886, et, surtout, le très remarquable travail de CH. BOURDILLON, Psoriasis et Arthropathies, Thèse de Paris, 1888.

La question, telle que nous la présentons actuellement, est entièrement neuve, non que les anciens dermatologistes français n'aient pas vu ou publié des cas de psoriasis avec douleurs diverses ou avec arthropathies tout à fait semblables à ceux que nous produisons, mais parce que la subordination des deux choses, le psoriasis et les arthropathies, à une même condition pathogénique n'était pas soupçonnée.

On pourrait croire que BAZIN, qui avait créé un psoriasis « arthri-

L'examen anatomique nous apprend que, localement, le psoriasis est constitué par une altération inflammatoire de la peau atteignant principalement la couche papillaire. Sur des coupes histologiques de mor-

tique », avait du moins ébauché la question; il n'en est rien; des trois observations qu'il produit, la seconde — Obs. XVII — intitulée : *Psoriasis nummulaire de la paume des mains — Douleurs rhumatismales — Alternance des deux affections* — est la seule qui ait quelque valeur et qui soit probablement un cas de psoriasis arthropathique vrai; dans la description, il ne s'occupe de rien autre que de la symétrie de son système et des caractères objectifs spéciaux que pouvaient offrir les dermatoses d'un même genre, suivant qu'elles étaient de l'espèce « arthritique » ou « dartreuse ». HARDY, — *Traité prat. et descr. des maladies de la peau*, Paris, 1886, p. 894, — contestant, à juste titre, la réalité des distinctions dermatographiques admises par Bazin, ajoute qu'il ne nie pas la coïncidence possible du psoriasis « et des douleurs rhumatismales ou des symptômes de la goutte ». Tout récemment encore, AUBERT, — Soc. des sc. méd. de Lyon, *Lyon médical*, 1886, p. 450, — à propos d'un cas de psoriasis généralisé avec déformations articulaires multiples, provenant de son service, insiste sur la rareté de ces cas. « C'est le premier, dit-il, qu'il ait rencontré jusqu'à ce jour; il constate la coexistence des deux maladies sans en pénétrer, toutefois, les relations intimes... Il n'a pas constaté de rapport entre la marche du psoriasis et celle du rhumatisme..... »

Il ne s'agit plus, en effet, seulement, comme semblent le croire encore quelques auteurs récents, de ce qu'indique le professeur KAPOSI, de « douleurs articulaires rhumatismales accompagnant habituellement les éruptions aiguës », ni même du psoriasis qui survient aux « rhumatisants » ou du rhumatisme qui se développe sur un sujet atteint de psoriasis, mais bien de quelque chose de plus élevé et de plus important pour l'histoire et pour la conception générale de la véritable nature du psoriasis. C'est-à-dire de l'unité pathogénique du complexe symptomatique, lequel reste entièrement distinct du rhumatisme vrai.

La fréquence du psoriasis arthropathique ne peut encore être fixée numériquement; nous avons donné, comme proportion approximative, § p. 100, sauf revision; mais nous ne croyons pas être excessifs dans notre appréciation. Dans un travail très intéressant, J.-A. FORDYCE — A combination of psoriasis and purpura rheumatica, in *Journ. of cut. and. g. u. dis.*, oct. 1889 — fait remarquer que cette proportion lui paraît trop grande pour le pays où il observe; mais il ajoute judicieusement: « It may be however that their coexistence has been overlooked. » Il est rare qu'il n'y en ait pas un ou plusieurs exemples en permanence dans chacun des services de notre hôpital; et, sur ces malades, un ou deux sont atteints de la variété la plus grave, *psoriasis arthropathique généralisé déformant*.

Le lecteur qui voudra se rendre un compte précis de l'importance de ce sujet en trouvera tous les éléments dans l'importante monographie de notre élève distingué, CH. BOURDILLON. Limités par la mesure de ces

ceaux de peau recouverts de plaques psoriasiques récentes et prises sur le vivant (fig. 23), on trouve la couche muqueuse très développée; dans l'intérieur des papilles, les vaisseaux et le réseau lymphatique

notes, nous ne pouvons que reproduire ses *conclusions*, que nous avons approuvées :

a). — Chez un certain nombre de malades atteints de psoriasis, il existe :
1° Des douleurs dont le siège est multiple (névralgies — myalgies — méralgies).

2° Des troubles articulaires pouvant varier depuis la *simple arthralgie jusqu'aux arthropathies proprement dites*.

Ces phénomènes morbides, bien que longtemps passés inaperçus ou considérés comme exceptionnels, ou encore simplement rattachés à *titre banal au rhumatisme dans l'acception ancienne* de ce mot, ne sont pas des rencontres fortuites; et on ne peut méconnaître les liens étroits qui les unissent à la maladie cutanée.

b). — L'ordre dans lequel ils apparaissent par rapport à celle-ci n'est pas soumis à une loi constante : dans un petit nombre de cas, les arthropathies se sont établies *antérieurement* à la dermatose. Quelquefois, les deux affections ont débuté *simultanément*. Mais le plus souvent le psoriasis a été le *premier fait chronologique*.

c). — Les manifestations douloureuses et articulaires se combinent très fréquemment chez le même sujet, et il est possible que les formes névralgique, myalgique, méralgique ou arthralgique se changent un jour en forme arthropathique proprement dite, accompagnée de déviations à divers degrés d'intensité.

d). — Cette dernière forme présente deux variétés : les *arthropathies partielles* (souvent noueuses); les *arthropathies généralisées*, qui sont les plus curieuses et dont on peut également distinguer deux types comparables, l'un au « rhumatisme osseux » et l'autre au « rhumatisme fibreux ».

e). — Il n'y a pas de signes objectifs du psoriasis qui puissent faire prévoir l'apparition des troubles articulaires; néanmoins, certains caractères de malignité, de persistance, d'universalité du processus cutané leur sont très souvent associés, et il est surtout un ensemble de phénomènes d'ordre nerveux que l'on rencontre avec une fréquence remarquable chez le malade ou chez les ascendants.

f). — En tenant compte des particularités inhérentes aux déformations, des conditions étiologiques, des antécédents héréditaires ou personnels, on constate que les raisons que l'on pourrait invoquer pour rattacher ces faits aux différentes formes du rhumatisme, « tel qu'on peut le comprendre dans l'état actuel de la science, et sous la réserve des considérations que nous avons émises plus haut au chapitre consacré à cet objet, » ne sont pas suffisantes.

Au contraire, ces mêmes considérations et l'absence de toute autre cause capable de les expliquer en dehors d'une influence trophique nous permettent de les rapprocher des arthropathies d'origine nerveuse, ou *périphérique*, ou *surtout médullaire*.

g). — Cette interprétation, bien que purement théorique, est parfaitement en rapport avec l'idée, assez en faveur aujourd'hui, de la nature trophonévrotique du psoriasis; car, en admettant même qu'on puisse en faire une affection parasitaire, le système nerveux doit intervenir tout au moins comme

sont distendus et contiennent de nombreuses cellules, surtout autour des premiers, dont la paroi paraît ainsi épaissie.

Cet état histologique sur une papule plate, émergente, rouge, dure, pâissant à la pression, sur laquelle, comme dans la figure 23 en *a* (couche cellulaire cornée), on ne voit encore aucun cône de squames, démontre, en connexion avec les symptômes cliniques, combien sont dans l'erreur ceux qui, depuis Robinson et Jamieson, considèrent la prolifération du réseau comme le phénomène primaire et essentiel dans le psoriasis et s'appuient sur cette notion erronée pour ranger cette dermatose, comme l'a fait Auspitz, parmi les « épidermidoses ».

Tous ceux qui ont vu une éruption aiguë généralisée de psoriasis savent qu'elle est constituée par de petites papules rouges, plates, pâissant à la pression, qu'il est impossible de distinguer de celles de la variole, de l'herpès tonsurant ou de l'eczéma papuleux, ce n'est qu'après trois à quatre jours qu'elles deviennent caractéristiques, car on voit apparaître sur ces petites papules de légers amas épidermiques blancs (1).

l'intermédiaire nécessaire entre la cause extérieure et son effet sur la surface cutanée.

h). — L'anatomie pathologique des arthropathies décrites dans ce travail est encore à faire; partant, la preuve de l'opinion que nous soumettons est également à trouver. Mais il faut bien reconnaître qu'avec les moyens d'investigation actuellement en notre pouvoir, les examens négatifs ne pourraient être fournis comme des objections décisives, car les altérations médullaires peuvent bien être purement *fonctionnelles ou dynamiques*.

i). — Les simples troubles sensitifs (névralgie, myalgie, méralgie) que l'on peut observer au cours du psoriasis n'ont pas de gravité absolue. Ils méritent cependant une attention particulière en raison de la possibilité du développement ultérieur d'altérations plus profondes.

En raison de leur marche à peu près fatale, d'après nos observations, les arthropathies généralisées ont une gravité très grande et conduisent le malade à un état d'impotence extrême, résultant des déformations irrémédiables qu'elles produisent.

L'éventualité de leur apparition au cours d'un psoriasis doit inspirer, relativement au pronostic de cette dermatose, un peu plus de réserve que n'en apportent les auteurs.

j). — La thérapeutique à appliquer aux formes *névralgique, myalgique, méralgique*, est assez bien réglée et peut apporter le plus grand secours au patient. Dans les *formes arthropathiques*, surtout pour les cas où l'intensité des éruptions est en même temps considérable, l'action des agents de la médication interne ou externe est beaucoup moins favorable. Si l'on peut soulager sûrement les malades, prévenir les déformations par une surveillance attentive, en réglant les attitudes et par des appareils appropriés, nous devons déclarer qu'aucune médication, parmi celles qui ont été déjà employées, ne peut être considérée comme vraiment efficace.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Voy. la note 2, de la page 544.

E. B. — A. D.

Comme sur les efflorescences primaires, on peut reconnaître distinctement sur le liséré de développement des anciennes plaques que l'altération inflammatoire des vaisseaux et l'infiltration cellulaire représentent dans le psoriasis le phénomène primaire, l'accumulation

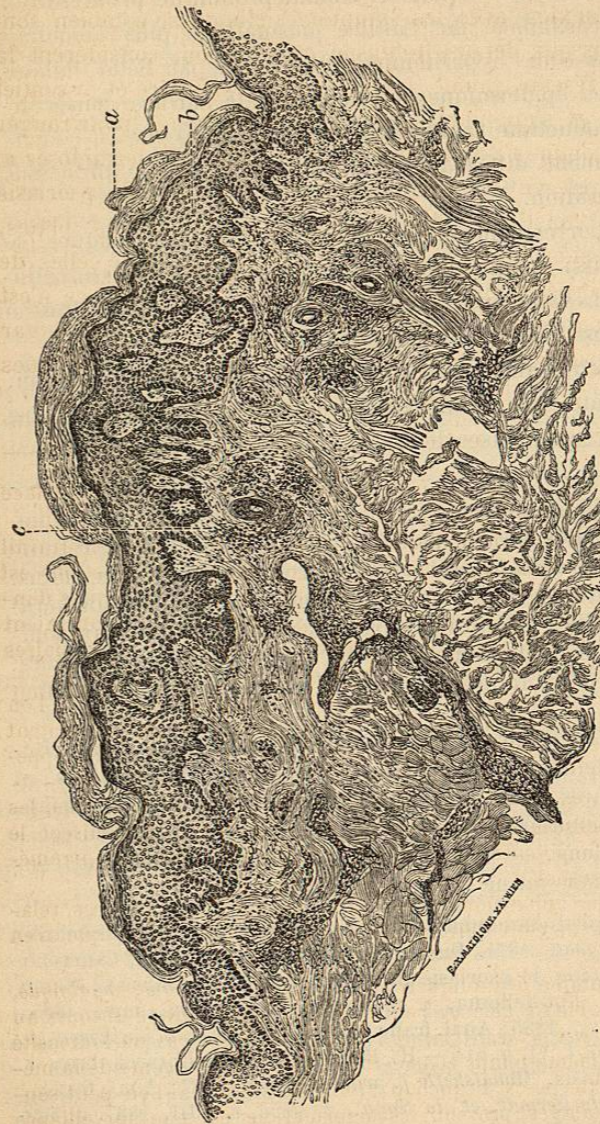


Fig. 23.
Papule primaire de psoriasis, excisée sur le vivant.

Coupe verticale (faible grossissement), *c* *b* district de la papule, à l'intérieur de celle-ci les papilles (à droite de *c*) très allongées et dilatées, le réseau en *b* élargi par la tuméfaction des cellules, sans prolifération notable; dans la région de *d*, c'est-à-dire correspondant à la base de la papule, infiltration cellulaire considérable autour des vaisseaux sanguins des papilles, comme de la partie supérieure du chorion, même encore autour des vaisseaux accompagnant un conduit excréteur de glandes sudoripares.

des squames, le phénomène secondaire, car toute plaque en voie de développement présente un liséré rouge, hyperhémique. Dès que celui-ci manque ou disparaît, comme c'est le cas avec une médication interne, il faut certainement admettre que localement le processus est

en décroissance. Toujours la rougeur diminue d'abord, et ce n'est que consécutivement que les squames tombent, quand au-dessous d'elles, sur la couche papillaire qui n'est plus enflammée, l'épiderme est redevenu normal.

L'accumulation même des squames, comme produit de prolifération du réseau, est occasionnée par l'afflux plasmatique plus abondant provenant des vaisseaux hyperhémisés, c'est-à-dire par l'état inflammatoire, les cellules épidermiques parviennent à la surface consécutivement à la reproduction rapide à l'état de cellules de la couche granuleuse, autrement dit avant qu'elles passent par le processus normal de kératinisation.

Sur la peau qui correspond aux anciennes plaques psoriasiques, le chorion paraît épaissi et infiltré de cellules jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané, les vaisseaux sont dilatés, il y a une légère infiltration séreuse, çà et là aussi des cellules pigmentées.

Sur des plaques très anciennes, surtout aux jambes et au sacrum, j'ai souvent constaté une prolifération conjonctive des papilles sous formes de saillies verruqueuses denses (1).

(1) Le psoriasis papillomateux, verruqueux, ne s'observe pas seulement aux membres inférieurs, ni dans les « vieux » psoriasis; il représente en outre une *forme verruqueuse d'emblée*, particulièrement aux mains, faces dorsales et palmaires, tout à fait distincte de la prolifération kératopapillaire des vieilles plaques de psoriasis invétéré qui, aux sommets, coude et tubérosité antérieure du tibia, membres inférieurs, avoisinent de très près, au premier aspect, les agglomérats du lichen plan corné.

Aucune de ces variétés ne se confond avec les proliférations *épithéliomateuses* accidentellement développées sur une plaque de psoriasis, ni avec les cas plus rares, plus discutables et tout particuliers de dégénérescence épithéliomateuse *multiple*, survenus chez des psoriasiques à éléments verruqueux. — Voyez, sur ces questions dont il faut connaître l'existence, mais qui ne sont pas résolues :

Pozzi, Épithél. du pied développé chez un individu atteint de psoriasis. *Bullet. de la Société anat.*, 1874. Discussion, DEBOVE. — CARTAZ, Cancroïde développé sur une plaque de psoriasis du doigt, *idem*, 1877 — JAMES C. WHITE, Psoriasis, Verruca, Epithelioma, a séquence, *Boston Soc.*, nov. 1884; *Amer. Journ. of med. sc.*, 1885; *Anal. franç.*, par BROCO, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2^e série 1885, t. VI, p. 614 — H. HEBRA, Ueber die Entwicklung v. Epitheliom auf Psoriasis, *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1887; *Anal. franç.*, par DOYON, in *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 2^e série, t. VIII, 1887, p. 569-586.

Quand l'épithéliome se développe sur une plaque de psoriasis — et cela se produit non pas seulement aux membres, comme on l'a pensé, mais partout — c'est, le plus ordinairement, sans aucune liaison directe avec le processus psoriasique proprement dit, mais simplement par le

Pendant que les modifications qui correspondent aux plaques psoriasiques récentes disparaissent spontanément sans laisser de trace (1), il faut, pour effacer les autres, recourir à une opération (cautérisation, grattage).

Au point de vue du diagnostic, le psoriasis qui se manifeste sous la forme de plaques isolées ne présente pas la moindre difficulté (2). Il suffit de se rappeler les symptômes que j'ai décrits, c'est-à-dire l'amas épais

fait de l'existence d'un point irritable et attaquant réalisé par la plaque de psoriasis invétéré, comme serait un point de pression, une cicatrice, la plaie ancienne d'un cautère permanent, d'un lupus, d'un eczéma intertrigo chronique de la vulve, de l'anus, du pli génito-crural, etc.

Mais, nous le répétons, c'est exagérer que de supposer un rapport véritable entre les formes communes de psoriasis verruqueux et l'épithéliome, et d'assombrir le pronostic général du psoriasis du fait de quelques cas tout exceptionnels de dégénérescence épithéliale.

Pour des raisons semblables, il faut rejeter les prétendues observations de « chéloïde » développée sur des plaques de psoriasis; les deux processus sont sans aucun rapport; quand une chéloïde succède à une plaque de psoriasis, on peut être assuré que la formation chéloïdienne est *secondaire, non pas* au psoriasis, mais à quelque irritation thérapeutique ou autre du tégument; encore faut-il, pour le créer, un sujet prédisposé, ou une région anatomique spéciale, comme la surface présternale. TIBIERGE, analysant — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1883, p. 724, XIII — un cas de H.-S. PURDON — Keloid following Psoriasis, in *Journ. of cut. and ven. dis.*, 1883, p. 203 — a eu raison de rapporter les cicatrices chéloïdiennes observées aux applications irritantes, et, ajouterons-nous, à la disposition individuelle du sujet, ainsi qu'à la région anatomotopographique.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La plaque de psoriasis guérie laisse une *macule* d'abord congestive, pigmentaire ensuite, dont la durée est longue, et de l'éventualité de laquelle il faut avertir les malades; elle indique souvent, après des mois entiers, la place occupée par les éléments de la poussée précédente. Dans les cas à renouvellement fréquent, on rencontre les macules pêle-mêle avec les efflorescences nouvelles, lesquelles se développent indifféremment sur leur territoire ou dans leur voisinage; elles sont plus prononcées aux extrémités inférieures, non seulement parce que la circulation veineuse imparfaite n'y favorise pas la résolution aussi rapidement que dans les autres régions, mais encore parce que, pour les mêmes motifs, la durée de chaque élément psoriasique y a été, également, plus prolongée.

E. B. — A. D.

(2) Le lecteur qui a pris connaissance des pages précédentes, particulièrement de la note 1 de la page 547, sait que cette proposition n'est plus aujourd'hui valable, tant il existe d'affections *psoriasiformes*.

E. B. — A. D.