

de l'épiderme — effet qui correspond à celui du goudron et suffit même pour obtenir certains effets curatifs. Mais une application en excès détermine une irritation de même nature que les érythèmes toxiques, l'urticaire et même une légère dermite.

Dans le psoriasis, la pommade de naphтол n'agit pas aussi rapidement que la chrysarobine et l'acide pyrogallique; mais cependant l'effet est souvent très prompt, surtout contre les anciennes plaques du coude, du genou; elle est tout particulièrement indiquée contre le psoriasis de la face, de la tête et des mains, car elle ne colore pas la peau et les poils. On fait pendant six jours deux badigeonnages par jour, on lave le septième jour avec du savon, etc. On peut aussi alterner les lavages quotidiens au savon et les applications de pommade. Quelquefois, la pommade occasionne une sensation durable de brûlure sur la peau, que diminue un poudrage d'amidon. Ce traitement n'est jamais suivi d'inflammation de la peau, de furoncle, ni d'eczéma (1).

Le médecin a maintenant à choisir, parmi les nombreux remèdes que je viens de vous indiquer (2), celui qui lui paraîtra le mieux approprié, en tenant compte chaque fois de la forme et de l'intensité de la maladie, des conditions individuelles et extérieures.

La durée du traitement est très différente, toutes choses égales d'ailleurs, suivant les sujets et pour le même malade, selon le moment, parfois très courte, d'autres fois presque interminable. La guérison est surtout rapide quand le psoriasis se trouve à la période de décroissance; mais, au contraire, presque tous les remèdes échouent quand le malade est dans une période de nouvelles éruptions.

J'ai déjà dit précédemment, à titre général, qu'il n'existe aucune méthode de traitement pouvant assurer la guérison durable du psoriasis (3).

(1) Le naphтол constitue un très utile succédané des agents actifs, et il convient parfaitement à certains cas de psoriasis superficiel très étendu, surtout sous forme de pommade, de 5 à 15 p. 100, et de savon de 2 à 6 p. 100. Dans le psoriasis commun, et dans la majorité des cas, il est insuffisant. E. B. — A. D.

(2) Le nombre des substances appliquées au traitement du psoriasis s'accroît chaque jour. — Voy. Z. OESTREICHER, zur therap. Verwendung. des Hydracetin, *Berliner klin. Wochens.*, 1889, n° 28; et JOH. FABRY, zur Behandl. d. Psoriasis, insbesondere mit Hydroxilaminum muraticum, *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1889, n° 2. E. B. — A. D.

(3) Nous engageons le lecteur à se bien pénétrer de ces dernières remarques, qui sont l'expression abrégée de la vérité sur le rôle de la thérapeutique dans le psoriasis. E. B. — A. D.

## APPENDICE DES TRADUCTEURS

## Du pityriasis rubra pilaire, ou folliculaire (1).

(*Pityriasis pilaris* de DEVERGIE et de RICHAUD.)

Nous plaçons ici, immédiatement après le psoriasis, une affection qui en est voisine, que l'auteur n'a pas décrite, mais que l'on ne saurait plus omettre aujourd'hui dans un traité de dermatologie, le *pityriasis pilaire* de DEVERGIE et de RICHAUD, que nous avons décrit, après eux, sous le nom de *pityriasis rubra pilaire*. C'est une dermatose dont l'élément essentiel est une anomalie accidentelle de la kératinisation de l'épiderme, le phénomène objectif primordial, une hyperkératose exfoliante à petits lambeaux ayant pour foyer d'origine, pour siège fondamental, la paroi de l'infundibulum folliculaire, les glandes sébacées annexes et le lit unguéal, c'est-à-dire les points où l'évolution physiologique de l'épiderme est particulièrement active.

La multiplicité de ses lésions élémentaires — aspérités des orifices folliculaires, kératolyses de types variés, rougeur avec exagération des plis superficiels de la peau — non moins que la multiformité et le caractère protéiforme des efflorescences selon les diverses phases de l'évolution ou les différentes localisations anatomotopographiques, lesquelles reproduisent successivement ou simultanément les apparences du psoriasis, de l'ichthyose ansérine, du « lichen pilaire », de la xérodémie pilaire simple ou érythémateuse, du « lichen ruber », du « pityriasis rubra », etc., l'avaient fait confondre, et la font encore aujourd'hui confondre, par beaucoup d'observateurs, avec l'une ou l'autre de ces diverses affections.

La première observation publiée, dans laquelle on puisse reconnaître sûrement les caractères typiques du pityriasis rubra pilaire, a été recueillie à Londres, à l'hôpital de Saint-Barthélemy en 1828, sur un sujet anglais, par un médecin anglais, CLAUDIUS TARRAL, et communiquée par lui à RAYER, qui l'inséra dans un grand ouvrage sous le titre de *Psoriasis général, apparence particulière de la desquamation sur les points occupés par les poils*. (*Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, avec un atlas in-4, seconde édition. Paris, 1835, t. II, p. 158.) C'est seulement vingt ans plus tard que DEVERGIE, ayant rencontré deux faits comparables au cas de TARRAL, basa sur eux la description d'une dermatose nouvelle, de l'ordre des squames, qu'il dénomme *pityriasis pilaris* à cause de son siège prédominant au niveau des follicules pileux, et en raison de ses relations avec ce qu'il a appelé « pityriasis rubra », relations qui, pour lui, sont de pure coïncidence ou

(1) Pour l'étude plus étendue de la maladie, voyez ERNEST BESNIER : Observations cliniques pour servir à l'histoire du pityriasis rubra pilaire, avec planches en chromolithographie et dessins histologiques, in *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 2<sup>e</sup> série, t. X, 1889, et tirage à part.

de succession; l'élément ansérin, l'hyperkératose folliculaire, constituent le type morbide; quant aux autres altérations de la peau qui les précèdent ou les accompagnent, la desquamation grasse du cuir chevelu et de la face, l'exfoliation palmaire, la rougeur généralisée, ce ne sont que des associations de maladies distinctes, qu'il dénomme « pityriasis du cuir chevelu », « psoriasis ou pityriasis palmaire et plantaire », « *pityriasis rubra* », etc. DEVERGIE avait, il est vrai, déclaré que ce *psoriasis palmaire* n'était, *peut-être*, qu'un *pityriasis*; mais il n'entendait pas par là parler qu'au sens nosographique du mot, et nullement en faire un élément du pityriasis pileaire, ni du pityriasis rubra. — Voy. *Traité pratique des maladies de la peau*. Deuxième édition, in-8, Paris, 1857, p. 454 et suiv.

En 1855, THOMAS HILLIER, dans son Manuel des maladies de la peau (*Hand-Book of skin diseases for students and practitioners*, London, in-12, 1865, p. 60 et suiv.), traite du pityriasis pileaire d'après DEVERGIE, discute la question sommairement et donne une observation importante sous son véritable nom : *Case of Pityriasis pilaris*.

En 1871, TILBURY FOX observa, et il décrivit et représenta en 1873 — *Clinical Lecture on Pityriasis pilaris*, *Med. Times and Gazette*, 10 mai 1873, p. 487 et suiv., et *Skin diseases*, third ed., London, 1873, p. 254 — un fait semblable, qu'il intitule « *pityriasis rubra pileaire* »; mais, loin d'en faire, comme DEVERGIE, une maladie indépendante, il déclare que ce n'est qu'une phase ou qu'un accident du *pityriasis rubra*, le résultat de l'envahissement des follicules.

C'est à notre élève RICHAUD qu'est due la conception exacte de la maladie — Étude sur le *pityriasis pilaris*, thèse de Paris, 1877. — Dans ce travail vraiment remarquable, RICHAUD établit avec une réserve modeste, mais en termes très nets, que toutes les manifestations symptomatiques, en apparences diverses, que DEVERGIE et ceux qui l'ont suivi immédiatement ont considérées comme des coïncidences appartiennent à une seule affection pityriasique, généralisée à tout le système épidermique. L'individualité de l'affection était, de ce fait, constituée.

*Caractères dermatographiques et histologiques.* — Dans un cas entier, typique, de *pityriasis rubra pileaire*, le tableau clinique dermatographique comprend trois éléments principaux : a) les aspérités des orifices folliculaires, — b) la desquamation, — c) la rougeur avec exagération des plis de surface de la peau.

a) *Aspérité des orifices folliculaires.* — *Cônes cornés, cônes épidermiques, circumpilaires; comédons pileaires, papules cornées, etc.* — I. Ce sont des aspérités généralement coniques, mais pouvant présenter de très grandes variétés morphologiques, selon le siège, le degré d'évolution, les cas particuliers : acuminées, filiformes, coniques, rondes, plan-convexes, excavées, ombiliquées, poinçonnées, déformées par exfoliation ou par coalescence; discrètes ou cohérentes; assez petites ou assez peu élevées quelquefois pour échapper à la vue ou n'être appréciables qu'à la loupe; s'élevant d'autres fois à plusieurs millimètres au-dessus du niveau de la peau, et variant, à la base, d'une fraction de millimètre à plusieurs millimètres; desquamatives dès le début, blanc grisâtre, grisâtres, plâ-

treuses, argentées, mates, ternes; plus rarement rouge pâle, rouge brun, rouges ou rose jaunâtre, brillantes, redevenant opaques et desquamant par le grattage. Leur sommet peut être plein, mousse, inégal, fermé, ou, au contraire, en cône, tronqué de différentes manières, érodé, squamulaire, donnant issue à un poil cassé à peu de distance de la surface, engainé ou non d'un étui corné sébacéo-squameux; tantôt, la bague épidermique, l'anneau périphérique est prédominant, et le comédon pileaire central ne forme, à son centre, qu'un point minime ou manque complètement; tantôt, le point noir pileaire, même très petit, prédomine, semble exister seul et donne à la région l'aspect d'une barbe mal rasée ou d'une tonsure trichophytique; ou encore, cas plus typique, le cône présente à son sommet un petit cratère au fond duquel existe, ou non, un point noir, plan de rupture d'un poil. Tantôt, enfin, l'élément entier est seulement, à sa surface exposée, une petite squame plate, ponctuée, un point psoriasiforme, plan-convexe ou plan-grisâtre, ou rougeâtre à la base, véritable cône étalé et exfoliant, ou même un poinçonnement simple, ou une cupule centrée par un orifice folliculaire ou par un poil.

Lorsque plusieurs éléments de cet ordre coalescent, leurs bords s'effacent; ils forment une petite plaque squameuse que l'on reconnaît, à la loupe ou à un examen très attentif, composée d'éléments montrant encore le point central et conservant à la face profonde les cônes pileaires inférieurs associés.

Dans presque toutes les formes, l'efflorescence est sèche, dure, rugueuse, rude et râpeuse au toucher comme une lime à bois; la peau prend, à tous les degrés, l'aspect de la peau d'une volaille qui vient d'être plumée, de la peau d'oie, revêtant tous les types de la « peau ansérine », de la xérodémie ichthyosique transitoire ou de l'ichthyose pileaire permanente, etc.; d'adhérence variable, elle peut être avulsée en totalité ou en partie par l'ongle, ou par le grattage à la curette, ou à l'aide de la pointe d'une épingle ou d'une lancette, sans rupture des anses vasculaires du sommet des papilles et sans effusion sanguine.

Généralement développés d'une façon symétrique sur la surface tégumentaire, ces divers éléments peuvent être discrets sur une région déterminée, disposés sans ordre apparent, ou, au contraire, rangés en lignes régulières selon les directions anatomotopographiques des séries folliculaires, très rapprochés, cohérents, confluent par développement excentrique de la base de chacun d'eux; quelquefois groupés en îlots irréguliers ou réguliers comme sur le dos des phalanges, en plaques conservant le type inaltéré, ou hyperkératosées à l'excès et déformées en plans plâtreux encore régulièrement granités, ou confondus en plaques psoriasiformes, eczématiformes ou lichénoïdes (région de la hanche), striées de grands plis, ou marquant la mosaïque des petits sillons superficiels, comme au sommet des articulations, etc.

La figure 5 du mémoire de Taylor — *Lichen ruber as observed in America, and its distinction from lichen planus*, by R. W. TAYLOR, M. D., surgeon to Charity Hospital and to the department for venereal and skin diseases of the New-York hospital (*New-York medical journal*, January 5, 1889) — représente très bien l'état d'isolement premier des

aspérités, en *a*; leur coalescence progressive de *a* en *b*, et de *b* en *c*, leur réunion en mosaïque pavimenteuse, dessinée par les plis de surface limitant chaque district kératolytique.

A l'exception du cuir chevelu, où elles font défaut; des faces palmaires et plantaires, où elles sont rares et éphémères, les saillies cornées miliaires se rencontrent sur toutes les parties de la face tégumentaire; souvent disséminées à un grand nombre de points, d'une manière simultanée ou non, avec des territoires d'élection et de prédominance: la face antéro-externe des membres, les sommets et les plis des grandes articulations, le col, la partie supérieure du tronc, les régions fessières, le dos des mains, les parties les plus velues des régions métacarpiennes et le dos des phalanges, etc., qui seront indiqués plus loin en termes précis.

Le plus habituellement, un poil occupe le centre du cône, lequel, selon qu'il s'agit d'un poil à bulbe creux ou d'un poil à bulbe plein, le sertit sur une longueur plus ou moins grande au niveau de sa tige, c'est-à-dire au-dessus de l'abouchement des groupes sébacés dans le canal pileaire, tout à fait au-dessus de sa partie radiculaire. Ses altérations, presque toutes mécaniques, sont variables surtout selon sa nature et son degré de développement; selon les cas, les formes et les degrés, il est engainé de lamelles cornées, sébacées, enroulé, comprimé, cassé.

Le siège anatomique de ces éminences existe au niveau des orifices folliculaires, des orifices pileaires en particulier; leur segment inférieur, adhérent à la couche cornée, occupe l'infundibulum se prolongeant plus ou moins loin dans le canal pileaire jusque vers l'abouchement des orifices sébacés, dilatant inévitablement l'orifice et le canal, et laissant, après l'avulsion, une logette conique à sommet inférieur sur les parois de laquelle on retrouve la stratification kératosique feuilletée qui constitue le bloc lui-même, lequel, dans son entier, représente deux cônes adossés par la base.

Le plus ordinairement, les aspérités couronnent les pores des follicules pilosébacés, naissant dans la paroi de l'infundibulum, au-dessus de l'abouchement des glandes sébacées, et entourant le poil d'une bague feuilletée qui l'enserme étroitement, mais n'émanant pas de celui-ci, qui peut être absent et ne joue aucun rôle réformateur. Quand le cône corné sertit un poil à bulbe creux, il ne forme qu'une bague autour de sa tige, de la partie située au-dessus du confluent sébacé, de celle qui correspond au canal pileaire; la gaine interne du poil demeure étrangère à sa constitution; mais, au contraire, si le cône corné enserme un poil à bulbe plein, c'est-à-dire un poil en voie d'élimination, déjà remonté de sa racine jusqu'à l'abouchement des canaux sébacés et n'ayant plus de gaine interne, on pourra avoir l'illusion de croire que l'anneau kératosique qui l'entoure provient de cette gaine interne. Un coup d'œil jeté sur les figures 321 (poil à bulbe creux) et 323 (poil à bulbe plein) de l'ouvrage de RANVIER — *Traité technique d'histologie*, 2<sup>e</sup> édit., Paris, 1889 — fera comprendre le mécanisme de l'enclavement apparent du poil à bulbe plein entier par le cône corné, qui occupe alors la presque totalité du poil, sauf la petite portion représentant ce

qui reste de la racine proprement dite. — Voy. *Mém. cité*, les observations et les descriptions de L. JACQUET, ainsi que les dessins histologiques.

La plupart de ces détails ont été relevés dès les premières observations qui ont été faites sur le pityriasis rubra pileaire. En 1888, CL. TARRAL, *loc. cit.*, reconnaît que les aspérités existent seulement là où il y a des poils, « et qu'en les détachant à l'aide d'une épingle, on voit que ces saillies sont formées par des squames agglomérées en petits grains ronds dans les prolongements épidermiques qui entourent chaque poil. » — THOMAS HILLIER, 1863, *loc. cit.*, a fait un examen histologique: « Lorsqu'on examine un poil imparfait, on le trouve engainé de couches épithéliales... Beaucoup de squames sont parsemées de globules qui réfractent fortement la lumière, comme des globes huileux. » — J. RENAULT, 1876, III<sup>e</sup> partie de la 1<sup>re</sup> édit. du *Manuel d'histologie* de Cornil et Ranvier, place le point de départ des aspérités cornées dans les couches d'épiderme corné, « qui sont incessamment produites par la gaine interne du poil et s'accumulent autour de sa tige en s'emboîtant les unes dans les autres comme des cornets de papier que l'on aurait superposés. Bientôt, le poil est étouffé par le cône corné qui l'entoure; il se brise à son point d'émergence. Lorsque l'accumulation d'épiderme continue à s'effectuer, la petite corne péripilaire se creuse une loge dans les parties superficielles du derme; la peau prend alors l'aspect d'un chagrin rude à gros grains. » — RICHAUD, *loc. cit.*, ajoute qu'entre la masse cornée et le poil se trouve un petit amas de sébum qui sépare le poil de sa bague épidermique. Enfin, en 1889, CAESAR BECK — Ein Fall von Pityriasis pilaris (*Monatshefte f. prakt. Dermat.*, Band VIII, n<sup>o</sup> 3, 1889) — fait une étude approfondie des cônes pileaires avulsés, et si, n'ayant pas fait de biopsie, il a, avec RENAULT, placé le point de départ de l'altération dans la gaine interne du poil, il n'en a pas moins donné de ces cônes circumpilaires une description qui ne saurait être surpassée.

Les saillies cornées, quand elles sont devenues cohérentes, forment des groupes dans lesquels elles conservent leur individualité d'abord, puis fusionnent et constituent des plaques ou placards granités, qui prennent ultérieurement un aspect variable selon la région, strié de lignes parallèles, disposé en quadrilles, en losanges, ou en mosaïque plus ou moins irrégulière au gré des plicatures exagérées de la peau. Lorsque la dégradation liée à la marche du processus est assez avancée, ces placards ou ces nappes plus ou moins vastes desquament uniformément et ressemblent à des éléments également plus ou moins anciens d'eczéma chronique, dit lichénoïde ou lichen circonscrit, de psoriasis, de lichen de WILSON, etc.

On les rencontre sur toute la surface du tégument, mais surtout au dos de l'épaule, sur les parties condyliennes des membres, au niveau du grand trochanter, etc. Quand ils sont réunis et couvrent de grandes étendues de la peau, ou bien quand ils sont isolés, ils peuvent être limités par des bords d'érythème lisse ou légèrement saillant ou, au contraire, sans ligne de démarcation précise autre que le point où cesse la fusion des saillies cornées, lesquelles reparaissent isolées et de plus en plus discrètes à mesure qu'on s'éloigne, formant seulement des îlots rudimentaires dans la zone immédiate.

b) *Exfoliation, desquamation, élimination de la couche cornée de l'épiderme et des phanères.* — Séparée ici pour les besoins de la description, mais en réalité indivise avec le trouble de kératinisation dont elle est la suite immédiate et directe, et qu'elle accompagne jusqu'à la fin, l'exfoliation de la couche cornée de l'épiderme est essentielle, idiopathique et ne saurait être assimilée aux exfoliations secondaires des érythèmes dermiques, des dermatites.

Cliniquement, elle est souvent le premier phénomène sensible de la maladie, son indice révélateur, et, sur certains points, l'indice prédominant, presque exclusif. Plusieurs semaines avant que la maladie puisse être reconnue à quelque caractère décisif, le cuir chevelu, ou les régions velues du visage peuvent fournir une mue abondante de pellicules avec ou sans accumulation sur place, variété aussi curieuse que peu connue de « pityriasis blanc », et dans quelques régions, comme aux faces palmaires et plantaires des extrémités, une simple exfoliation lamelleuse.

Le type essentiel de cette desquamation est pityriasique au sens willaniqué, selon diverses variétés qui peuvent être localisées à une région, ou, au contraire, se côtoyer sur un même point; tantôt simple, comme sur les grandes surfaces du tronc des membres ou de la face, marquant seulement d'une fine ponctuation argentée les sommets papillaires alignés, les plis de surface ou l'éventail des plis orbitaires, ou tachetant la surface de la peau de petites squames espacées, adhérentes par le centre comme si elles y avaient été collées; tantôt, couvrant de larges surfaces, comme le visage, d'un enduit plâtreux, sébacéo-squameux, formant un granité uniforme qui surmoule la saillie cornée de chaque orifice folliculaire, et reproduisant tous les plis de surface ou s'accumulant en couches épaisses et adhérentes, plus ou moins chargées de graisse, comme à la surface du cuir chevelu, selon le mode de quelques séborrhées, mais donnant, dans tous les cas, par le grattage, une pluie abondante de squamules.

Au sommet des grandes articulations, la desquamation s'exagère au maximum, couvrant les saillies folliculaires de surtouts exubérants de squames en gouttes de plâtre, en larmes de cire, qui amplifient le relief par surmoulage, au centre desquelles on retrouve l'orifice pileux, et qui se continuent à la périphérie avec les grains pileux typiques.

Aux faces palmaires et plantaires des extrémités, le type normal de la desquamation n'est plus pityriasique, mais lamellaire; la couche cornée, déjà régulièrement si épaisse en ces régions, se dissocie, se craquèle et s'exfolie en lambeaux plus ou moins longs, disjoints aux plis de flexion, adhérents au centre. Cependant ce type n'est pas exclusif, et, même dans les cas les plus intenses, on peut trouver à la paume des mains et à la plante des pieds une hyperkératose modérée avec simple exagération des plis de surface, exfoliation bornée aux plis de flexion simplement accusés par des lignes plâtreuses; ou même de très légères exfoliations limitées, comme chez la malade de Taylor — *loc. cit.*, fig. 1.

Sur les autres régions, c'est à titre local, accidentel, sous des influences diverses, ou seulement dans quelques rares paratypes que,

sur la surface des membres ou sur le tronc, la desquamation sort du type pityriasique pour devenir lamelleuse.

Les altérations diverses qui peuvent atteindre les phanères au cours du pityriasis rubra pileux, et qui seront indiquées plus loin, n'entraînent leur élimination que pour les poils, et encore dans les proportions variables, inégales, ou même contradictoires.

Abstraction faite des altérations des poils de duvet liées aux altérations folliculaires des surfaces générales, les poils peuvent rester sains, croître avec exubérance généralement ou partiellement, ou, au contraire, tomber et même présenter chez un même sujet tous ces caractères réunis: par exemple, rester intacts au cuir chevelu, être complètement éliminés à l'aisselle ou au pubis, et croître avec exubérance sur les membres. Quant aux cheveux et à la barbe, malgré l'énorme dissociation de la couche cornée au niveau du canal pileux et le véritable flux sébacéo-pileux de la surface entière de ces régions, il n'est pas ordinaire qu'ils subissent d'atrophie considérable, ni d'alopécie comparable à celle qui caractérise d'autres érythrodermies exfoliantes.

Enfin, les ongles présentent des altérations profondes, typiques, qui seront indiquées plus loin; ils ne sont jamais éliminés.

c) *Rougeur; exagération des plis de surface de la peau. Hyperhémie et infiltration de la couche papillaire du derme.* — I. Secondairement aux phénomènes parakératosiques qui, dans l'observation clinique attentive, se montrent les premiers, il se produit une hyperhémie avec rougeur de la peau, d'abord localisée à l'aire folliculaire, puis étendue plus ou moins rapidement aux espaces interfolliculaires.

Tantôt, la rougeur forme un anneau léger, visible à quelque distance seulement de l'aspérité; tantôt, elle apparaît autour du cône corné assez immédiatement pour que la saillie entière ressemble à une petite papule rouge rosé ou d'un jaune brunâtre, considérée par quelques auteurs comme une papule vraie, et désignée par eux sous le nom de lichen (L. pileux, L. ruber, etc.); exceptionnellement, la rougeur apparaît d'abord dans les espaces interfolliculaires, et s'y dispose d'une manière diffuse recouverte par les aspérités épidermiques d'un blanc éclatant ou par de petites squames plates, discrètes; tantôt, elle forme des plaques figurées, recouvertes de l'une ou de l'autre de ces dernières variétés.

Dans quelques cas, la rougeur apparaît seulement au centre des îlots hyperkératosiques; dans d'autres, elle se montre seulement autour des îlots granités, auxquels elle forme un anneau rouge.

Souvent masquée, surtout dans les premières phases, par l'exfoliation et l'épaississement de la couche cornée, la rougeur est, en réalité, déjà existante à un degré quelconque quand la kératose ponctuée est constatée; mais étant en grande partie simplement congestive et liée à des altérations vasculaires peu accentuées, elle est variable selon les cas, les périodes, le degré, etc. Il est presque toujours aisé de la mettre en évidence, quand elle est dissimulée, en désopacifiant la couche cornée par une imprégnation huileuse, ou en l'avulsant par le grattage ou par le bain. Mais, précoce ou tardive, légère ou prédominante, partielle ou générale, la rougeur de la peau fait partie intégrante du tableau clinique complet de la maladie, et, alors même qu'elle ferait défaut à certaines

périodes ou dans certaines formes, elle ne saurait être disjointe du type.

La rougeur érythémateuse initiale, limitée au pourtour des aspérités, ou étalée dans leurs intervalles, disparaît sous la pression du doigt, ne s'accompagne pas d'élévation sensible du niveau tégumentaire, ni d'exagération des plicatures de surface; mais après un temps variable, quand un certain nombre d'aspérités juxtaposées, préalablement, ou non, disposées sur une base rouge, ont coalescé par extension réciproque en nappes, en îlots, en plaques, ou sur de vastes surfaces en même temps, la lésion change d'aspect; la tuméfaction du réseau et l'infiltration légère du derme papillaire élèvent le fond au niveau des saillies qui disparaissent, comblent les vides, exagèrent les plis papillaires, la desquamation s'étale sur la surface, et l'état de pityriasis rouge est constitué définitivement. En se réunissant, les îlots, les nappes ou les plaques forment une rougeur uniforme qui s'étend à de grandes surfaces continues, à une grande partie du corps ou, au contraire, ils restent plus ou moins longtemps à l'état d'îlots isolés de dimensions variables.

En résumé, dans l'ordre typique, un même point de la surface cutanée passera d'abord par la période ansérine, puis par l'hyperhémie périfolliculaire, l'infiltration superficielle, pour aboutir à l'état rouge lisse avec exagération des plis superficiels et desquamation pityriasique. A ce degré, la rougeur est constante, rose pâle, rose rouge, rouge, jaunâtre, rouge jaunâtre, orangé, chamois, partiellement bistrée, disparaissant incomplètement sous la pression du doigt, plus ou moins dénaturée ou masquée par la desquamation pityriasique, mais souvent très accentuée et toujours aisée à constater par l'avulsion des squames, par le grattage ou par le bain, ou en rendant aux couches cornées leur transparence par des applications grasses; on la trouve localisée symétriquement, disposée par plaques, ou généralisée à de très grandes surfaces, à la totalité du corps, y compris le visage, avec ou sans îlots de réserve.

C'est à cette période que l'on constate l'exagération des plis, le plissement fin et régulier, dessinant en lignes élégantes toutes les séries papillo-sudorales et sébacéo-pilaires, à un niveau sensiblement égal, et sans rugosité appréciable au toucher, ailleurs que dans les plis articulaires, sur tous les points où la peau est convenablement tendue.

Même dans les cas intenses et prolongés, la rougeur du légument, l'exagération des plis de surface, restent toujours dans la mesure d'une hyperhémie légère avec transudat hématochromique peu intense, et d'une infiltration très modérée et toute superficielle du derme, d'un ordre et d'un degré comparables à ceux qui appartiennent au psoriasis, par exemple, avec une tuméfaction congestive beaucoup moins grande du réseau papillaire sanguin.

Ces données de l'observation clinique concordent absolument avec les résultats des examens histologiques de ROBINSON — The question of relations between Lichen planus (Wilson) and Lichen ruber (Hebra). *Jour. of cutan. and gen. ur. diseases*. January, February, March 1889, anal. franç., par BROCO, in *Annales de Dermat.*, 1889, p. 302 et suiv. — *Revue critique* : La question du Lichen ruber en Amérique et de IRA

van GIESON (Mém. de TAYLOR),—lesquels établissent que les lésions épidermiques prédominent et que les troubles vasculaires du derme sont superficiels, l'infiltration irritative ne dépassant guère la zone papillaire. Les préparations de L. JACQUET — voy. Mémoire cité fig. I, e, e; fig. II, f, f; fig. III, e, e; fig. IV, e; fig. V, e, e — mènent à des conclusions identiques.

d) *Chronologie et hiérarchie des lésions élémentaires.* — Cliniquement, la formation des aspérités, l'exfoliation de la couche cornée de l'épiderme sont les premières lésions manifestes, et elles peuvent, en cet état, persister souvent un temps fort long; la rougeur du derme, la tuméfaction du corps muqueux, et surtout l'infiltration de la couche capillaire du derme, traduites par l'élévation du niveau et par l'exagération des plis de surface, sont consécutives, secondaires, ou peuvent manquer dans les cas abortifs ne dépassant pas la première étape; dans le tableau clinique, régulièrement, ils font partie d'un processus de première ligne, qui n'est ni inévitable ni constant à toutes les périodes.

Histologiquement, les altérations du chorion sont inférieures à celles de l'épiderme et des épithéliums folliculaires; elles ne sont pas en rapport proportionnel et peuvent manquer aux premières périodes; on les observe sans cesse à un égal degré, ou à un degré supérieur, dans un grand nombre d'affections, sans qu'elles entraînent de semblables lésions dans les régions épithéliales. Il est légitime d'en conclure que les troubles de la kératinisation, les altérations de nutrition du corps muqueux, ne sont ni primées ni occasionnées par des lésions appréciables, survenant préalablement dans le chorion.

Mais faut-il, selon le théorème général d'AUSPITZ, admettre avec ROBINSON (*loc. cit.*) que les altérations du revêtement corné sont elles-mêmes primitives, et que les lésions du réseau, au même titre que celles du chorion, ne sont qu'un résultat physiomécanique de la compression et de l'irritation produites par l'hyperkératose? Assurément non. Bien plus, nous ajouterons que c'est seulement reculer la question de supposer que l'origine absolue de l'hyperkératose réside seulement dans les changements survenus dans le réseau; cette question est à réserver, les altérations du corps muqueux ne pouvant pas mieux se comprendre en dehors d'une cause préalable que celles de la couche cornée.

L'évolution individuelle de chaque espèce élémentaire d'efflorescence, ainsi que ses rapports avec les autres espèces, sont, au point de vue chronologique, soumises à des variétés illimitées dans l'augment, l'état et le déclin.

Quelquefois, en peu de jours ou en peu de semaines, le granité folliculaire récent ou déjà ancien, surtout dans les variétés planes ou excavées, est envahi par la rougeur avec exagération des plis et desquamation; l'état de pityriasis complet est constitué partiellement, ou sur la totalité du corps; puis arrivent tous les degrés intermédiaires qui séparent les cas à marche rapide de ceux à processus torpide qui mettent des mois entiers à se terminer sur place, et quelquefois des années à évoluer sur la totalité du tégument.

Dans la régression, mêmes inégalités, mêmes intermittences, rémit-