

tences et interurrences, mais toujours avec l'ordre symétrique conservé.

a) *Âges, sexes, hérédité, conditions étiologiques.* — Maladie identique en tous pays, le pityriasis rubra pilaire apparaît à tout âge, mais débute le plus ordinairement dans l'enfance ou pendant la jeunesse; on l'a, jusqu'à présent, observé plus souvent chez les sujets du sexe masculin que chez ceux du sexe féminin; dans l'ordre de fréquence comparée, il vient notablement après le lichen ruber de Wilson, mais avant le lichen ruber acuminé vrai et le groupe des affections qui correspondent au terme de « pityriasis rubra ».

Chez les ascendants ainsi que chez les collatéraux des sujets atteints, nulle maladie semblable, aucun état morbide pouvant être supposé pathogène, si ce n'est peut-être le nervosisme; chez les malades eux-mêmes, pas de prédisposition dermatique accusée; parfois aucune tare constitutionnelle, diathésique ou autre; assez souvent toutefois pour que l'observation ultérieure ait à en tenir compte: « Lymphatisme », scrofulo-tuberculose, « rhumatisme », « état nerveux ».

Communément, c'est sans raison apparente, sans cause connue, directe ou indirecte, que la maladie apparaît; quelquefois le sujet accuse un refroidissement, une émotion, un excès, une époque menstruelle, un accouchement, la présence d'un ténia, etc., l'action d'irritants externes caloriques ou chimiques; ou bien les déterminations premières sont remarquées dans le décours ou à la suite d'affections variées: rougeole « gourmes », « fièvre rhumatismale », pneumonie, colique néphrétique, etc. Les saisons sont sans action, et l'on n'a guère étudié le rôle que peuvent jouer certains agents bromatologiques, médicamenteux ou toxiques; nous aurons à revenir sur ce dernier point, à propos de l'action des médicaments sur l'évolution de la maladie.

Inutile d'ajouter que toutes ces conditions, sans exception, ne sont à considérer que comme occasionnelles, qu'elles ne peuvent être pathogènes que chez les individus prédisposés, et qu'aucune d'elles n'est, à proprement parler, vraiment pathogénétique.

b) *Début, extension, état.* — Très ordinairement, le pityriasis rubra pilaire débute au milieu de la santé générale, sans prodrome remarqué, par une lésion cutanée localisée ou partielle; quelquefois les premières atteintes s'accusent par un peu de malaise, des picotements, des sensations diverses, prurit, piqûres d'aiguilles, etc., de l'agitation nerveuse, de l'insomnie, etc.; mais tous ces phénomènes, ou d'autres encore, obligent bien rarement le sujet à cesser ses occupations habituelles ou à s'aliter, et leur durée est courte. Quand il se produit quelque trouble plus sensible ou quelque réaction plus accentuée, la cause en paraît surtout résider dans la condition occasionnelle qui semble quelquefois provoquer les premières manifestations de la maladie. Dans les cas où l'on trouve au début un état morbide de quelque importance et de quelque tenue, il est d'ordinaire à rattacher à l'une ou à l'autre des maladies variées, à la suite desquelles je viens de rappeler que l'on avait plusieurs fois noté le commencement des altérations cutanées, sans que l'on puisse dire s'il y a coïncidence simple ou rapport.

Le temps qui s'écoule entre le début réel de la maladie et son début apparent ou le moment de sa constatation est difficile à préciser; je puis

affirmer seulement que cette période initiale, fruste ou latente, n'a rien de fixe et qu'elle peut être fort longue, de quelques jours, quelques semaines, ou même quelques mois.

Mais une fois le mouvement provoqué, peu de semaines suffisent, dans quelques cas, pour étaler les lésions élémentaires sur une assez grande surface, et mettre la maladie en pleine évidence; on peut voir, par exemple, dans ces délais, le cuir chevelu, la barbe et les sillons nasaux se couvrir d'un duvet squameux adhérent; le front, le col, le haut de la poitrine et des épaules se hérissent d'une infinité de petites aspérités émanant des orifices sébacéo-pilaires marqués par un point noir, rendant la peau rude, sèche au toucher, donnant lieu, au niveau de chaque saillie, à une déhiscence de la couche cornée, tous caractères qui apparaissent évidents au simple coup d'œil et, par contraste, si on examine le malade entièrement déshabillé.

Après ce début, le mouvement peut se continuer et s'étendre à toute la surface du corps; on peut voir les lésions évoluer pour ainsi dire au jour le jour, et l'affection s'étaler à toute la surface du corps en moins de deux mois; mais, dans beaucoup d'autres cas, des temps d'arrêt ou des suspensions définitives se produisent, et la maladie procède selon tous les types imaginables, sans que l'on puisse rien inférer, de l'allure première, à la durée de la période d'état ni au degré ou à l'étendue probables de l'éruption.

Dans beaucoup de cas, il est fort difficile de savoir des malades si les efflorescences ont été précédées de troubles de la sensibilité dans les régions atteintes; on peut affirmer, seulement, qu'aux extrémités des membres, il en existe parfois avant le début des lésions, ou en même temps: onychalgie, onglée, hyperesthésie pulpaire rendant pénible ou douloureux le contact, même léger, des objets extérieurs, fourmillements, picotements, sensation de pointes d'aiguille, prurit. Il n'y a rien autre, et la sensibilité, explorée dans tous ses modes, semble normale, directement ou dans les voies réflexes.

C'est, le plus ordinairement, sur des points circonscrits de la peau, et non sur sa totalité, que se manifestent d'abord les lésions caractéristiques; elles peuvent faire leur apparition première partout, mais d'ordinaire sur les parties découvertes, à la face ou aux mains, beaucoup moins souvent au col, au tronc, à l'abdomen, à la surface des membres et sur ces divers territoires eux-mêmes, elles commencent habituellement par se cantonner. A la face, on les voit débiter isolément par le front, les sourcils, la barbe, la moustache surtout, le menton, le pourtour des orifices naturels.

Ce n'est pas tout, les caractères de ces premières manifestations cutanées varient encore selon les points observés: à la face, c'est quelquefois une simple exfoliation farineuse de la région sourcilière, de la moustache ou de la houppe du menton; une rougeur plus ou moins vive de la peau qui peut être, en même temps, raide, tendue, soit sur tout le visage, soit autour des orifices naturels; une desquamation avec rougeur localisée; une furfuration générale fine et peu abondante; une rougeur luisante avec état pityriasique apparaissant promptement, etc. Aux extrémités, c'est une desquamation du lit de l'ongle dont le patient

arrache incessamment des fragments; une desquamation de la pulpe, avec ou sans rougeur péri-unguéale, la fragilité de l'ongle qui perd sa transparence dans sa portion inférieure, etc. A la paume des mains et à la plante des pieds, c'est une tache rouge, prurigineuse ou non, très rapidement desquamative; une desquamation simple sans rougeur préalable ni prurit, sans caractère propre; une rougeur avec sécheresse de toute la région palmaire de la main, bientôt suivie de fissures, d'exfoliation des callosités, de rhagades; tout à fait exceptionnellement, des saillies miliaires, rouges, papuliformes.

Sur le tronc et sur la surface des membres, où le début réel est très rare, mais où il se fait quelquefois, en même temps que sur les parties découvertes, des ébauches éruptives, c'est tantôt une sécheresse, une rugosité avec fine ponctuation, une desquamation furfuracée, une rougeur farineuse avec desquamation générale assez abondante pour remplir le lit de squames; des groupes de saillies papuliformes, etc., etc.

Variées dans l'aspect, au point que l'on vient de voir, ces premières lésions, qui sont loin d'être toujours caractéristiques, après avoir progressé sur place selon les modes divers pendant un certain nombre de jours ou de semaines, seront suivies de phénomènes de seconde ligne qui, se développant sur des régions de la peau moins différenciées, vont revêtir les formes typiques et évoluer suivant le mode subaigu, lentement continu, ou interrompu pendant un temps très variable avant de recourir de vastes surfaces et de se généraliser.

Mais dès ce second pas, les irrégularités se présentent encore très nombreuses; définitivement ou provisoirement, la maladie peut en rester à sa première ébauche, demeurer fruste ou être abortive, ou ne devenir générale ou très étendue qu'après les pauses, les intervalles et les délais les plus extraordinaires.

Quoi qu'il en soit de ces inégalités ou de ces irrégularités, qu'il me suffît d'avoir indiquées dans leur ensemble, qu'elle ait débuté par la face, ou qu'elle ne s'y soit manifestée qu'après avoir d'abord évolué plus ou moins longtemps sur les mains ou sur quelque autre point, ou bien qu'elle se soit développée en même temps à la face et à une ou plusieurs de ces autres régions, l'éruption, quand elle est entrée dans la phase de généralisation, procède d'ordinaire en s'étalant, moins souvent en foyers très éloignés, mais elle suit typiquement la marche de haut en bas.

C'est à cette seconde phase, phase d'extension, que le pityriasis rubra pilaire prend ses caractères définitifs, et que ses lésions deviennent assez précises pour ne plus prêter à aucune ambiguïté, non pas que, pour un observateur dûment informé, les altérations de la première heure soient toujours inappréciables, mais parce que ces altérations peuvent demeurer assez frustes pour qu'il soit impossible de considérer leur interprétation comme accessible à l'observation commune.

A cette période typique elle-même, il faut le dire, les éléments éruptifs peuvent apparaître sous des aspects si divers, selon les différents points du corps, et, en outre, sur une même surface, subir des modifications si variées et se transfigurer d'une manière si complète, que,

pour être complet, il faudrait une description régionale. — Voyez *Mémoire cité*.

e) *Altération des ongles*. — Régulièrement, dans le pityriasis rubra pilaire, les ongles sont altérés depuis un faible degré jusqu'au trouble nutritif le plus profond, souvent dès le début et avant toute autre manifestation, ou en même temps que les premières; mais quelquefois leurs lésions ne se produisent que lorsque la maladie a déjà duré de longs mois, alors même que, sur d'autres points, elle est en régression curative; enfin, elles peuvent être faibles ou nulles, exceptionnellement; c'est-à-dire qu'on retrouve, sur ce petit territoire différencié, la série entière des inégalités évolutives propres à cette maladie, inégalités qu'il est nécessaire de savoir pour interpréter judicieusement les cas particuliers.

Cela dit, et malgré toutes ces inégalités, les altérations unguéales dans le pityriasis rubra pilaire sont importantes nosographiquement et sous le rapport nosologique: l'ongle croît vite et par séries inégales que l'on retrouve inscrites sur sa face dorsale en rides, sillons ou valonnements transverses; quelquefois ses plans se dévient selon les divers diamètres et constituent des déformations variées; sa surface se marque de saillies longitudinales simples ou ponctuées, et il perd partiellement sa transparence. Mais, choses plus caractéristiques, régulièrement dans sa moitié ou dans son tiers inférieurs il s'épaissit, change de consistance, prend l'aspect du tissu « moelle de jonc », est rejeté en arrière par l'hyperplasie du lit qui se tuméfie, devient visible, faisant au-dessus et en arrière de la pulpe un bourrelet exfoliant dont le dos est indistinct de la face adhérente de la lame cornée; tout cela avec l'intégrité typique de la région matriciale, sans décollement ni chute.

Très légères chez quelques sujets, ces altérations de nutrition de la partie inférieure de l'ongle prennent chez d'autres les plus larges proportions; chez tous, elles se manifestent par de l'hyperesthésie au contact des objets extérieurs; chez quelques-uns, elles donnent lieu à de vives douleurs et constituent, soit aux mains, soit aux pieds, un des symptômes les plus pénibles et les plus longuement accusés de la maladie.

f) *État général, troubles de la sensibilité, marche, durée, récurrences, terminaison*. — Même dans les cas les plus intenses et les plus prolongés, l'état général ne présente jamais d'altération grave, et quelques sujets parcourent toutes les phases de la maladie sans que ce que l'on appelle vulgairement « la santé » subisse aucune atteinte. Les fonctions digestives s'exécutent normalement; la menstruation se fait et se continue avec régularité; les grossesses et les accouchements ne subissent aucune influence fâcheuse; jamais je n'ai trouvé d'anémie accentuée, de troubles et encore moins de lésion du cœur ni des reins; la fonction urinaire, dans ses caractères apparents, existe normalement et les articulations ne présentent aucune altération, à aucune période.

Souvent on constate une diminution graduelle du tissu adipeux hypodermique, laquelle, d'ailleurs, cesse dans les intervalles des crises, où

les sujets reprennent tous les attributs de la santé, y compris l'adiposité normale.

Au premier début, ou aux rechutes, on peut retrouver la suite, soit d'un état pathologique préexistant, soit quelque symptôme de réaction fébrile éphémère lié à l'action d'une cause morbide occasionnelle, en relation avec laquelle la maladie a paru ou reparu, fièvre de quelques jours, diarrhée, inappétence, malaises divers.

Chez un certain nombre de malades, à la période de rougeur pityriasiqne, on constate une hyperthermie réelle, superficielle ou centrale, manifeste surtout vers le soir, époque habituelle à laquelle sont signalés les malaises principaux dans les cas où l'affection n'est pas indolente. Une sensibilité particulière au froid, des frissons erratiques, spontanés ou à la moindre agitation de l'air; de l'irritabilité nerveuse, de l'inquiétude, de la mobilité; quelques troubles digestifs éventuels. Mais ces malades sont bien rarement alités, même passagèrement.

À la peau, sensations de contact, de température, de douleur, etc., physiologiques ou peu modifiées. Quelques malades ne se plaignent de rien, d'autres accusent un prurit variable, au moment des poussées, sous l'action de la chaleur ou du froid, au réveil, à l'occasion d'un changement de temps, d'un orage, d'une émotion, d'un repas, d'une époque mensuelle, au contact des vêtements de laine, etc., etc.; en somme, démangeaisons modérées, quelquefois localisées aux organes génitaux, à l'abdomen, au dos, etc., intermittentes et rémittentes. Quelques-uns, cependant, ont un prurit réel, assez actif pour être pénible, pour troubler le sommeil et provoquer le grattage avec excoriations significatives; ou bien des sensations variées et plus ou moins imagées de pointes d'aiguille, de picotements, spontanément ou à la pression, de brûlure, ou même de chaleur brûlante sur la totalité ou sur une partie des téguments envahis.

La marche du pityriasis rubra pilaire est subaiguë, lente, ou chronique, avec la plus extrême variabilité dans les types, avec un imprévu constant. Mais si la période de début et d'extension est quelquefois courte et rapide relativement, il est rare que la période d'état ne soit pas longue, non parce que les lésions produites réclament un temps très long pour être réparées, mais parce que rien n'égale la torpidité, la lenteur, l'immobilité prolongée de cette affection comme de toutes celles qui avoisinent son type anatomique; souvent les mois s'accumulent, n'amenant que des changements insignifiants, des variétés dans le degré. Quand un processus de cette nature tourne court après un délai assez rapide, ce n'est d'ordinaire qu'une rémission; et les guérisons temporaires les plus longues ne sont pas attachées aux crises les plus courtes. Des années entières se passent ainsi pour quelques malades avec des intermissions imparfaites et, quelquefois, avec de simples rémissions.

Bien qu'une symétrie à peu près constante préside à la distribution des lésions et que la marche de haut en bas soit de règle, on peut relever de nombreuses exceptions; tandis que, d'autre part, la maladie peut être en rétrocession sur un point alors qu'elle évolue à l'état sur un autre, ou même ébauche de nouvelles localisations. — Enfin, ce ne

sont pas les parties envahies les premières qui guérissent régulièrement d'abord; la face et les extrémités conservent, au contraire, souvent des vestiges, des lésions, alors que le tronc a repris son intégrité, laquelle peut se récupérer lentement, ou, au contraire, dans le délai relativement très court de quelques semaines.

Considérée non plus dans l'éruption proprement dite, mais dans la maladie, la durée du pityriasis rubra pilaire est indéfinie; la récurrence est si habituelle, elle fait tellement partie intégrante de la maladie, qu'il ne peut être question, quand on parle de guérison, que de la cessation d'une des manifestations; non pas que l'on puisse affirmer que cette récurrence est fatale, mais parce que son éventualité reste toujours ouverte.

Envisagées en elles-mêmes, les crises sont le plus habituellement de longue durée; il est tout à fait rare qu'elles soient terminées en quelques semaines; la plupart durent plusieurs mois, un an et plus; quelques-unes durent deux ans, trois ans, six et neuf ans, non pas d'une tenue absolument seule, mais avec des rémissions incomplètes qui ne permettent pas de prononcer le mot de guérison; j'ai perdu de vue après ces délais des malades qui les ont, sans doute, dépassés, et, en dernière analyse, l'affection peut demeurer indéfiniment à l'état immobile en s'abâtardissant et en prenant les caractères de dermatite exfoliante vague, cachectique, répondant aux « herpétides exfoliatrices » de BAZIN, envisagées comme dermatoses mortes, formant l'aboutissant commun, ou la période ultime de maladies cutanées diverses dont la permanence et l'incurabilité sont devenues absolues.

L'ordre dans lequel se font les atteintes successives ou récidives, la durée des intervalles qui les séparent, échappent, comme beaucoup d'autres points, dans cette maladie, à toute catégorisation régulière, de même que l'échelle de leur gravité relative et de leur fréquence. Quelquefois ces récidives sont très répétées et rapprochées, très nombreuses; d'autres fois, très rares et très éloignées l'une de l'autre.

En fait, la récurrence du pityriasis rubra pilaire est fréquente, mais avec cette atténuation que l'intermission, ou la période de guérison, peut être fort longue. Il est impossible de prédire si les crises ultérieures seront plus fortes ou plus faibles, mais on peut assurer qu'elles sont assez souvent plus fortes, et que la maladie peut s'établir à l'état permanent.

Jamais une seule fois, dans aucun cas connu, le pityriasis rubra pilaire, aussi intense ou aussi prolongé qu'il puisse être, traité ou non, n'a compromis l'existence. Sa gravité, cependant trop réelle, et variable dans une échelle très étendue selon les cas, réside dans la durée des crises, qui est toujours longue, et parfois indéfinie; dans le siège des manifestations les plus précoces et les plus prolongées sur les parties découvertes; dans l'éventualité toujours ouverte des récidives ou des rechutes à brève ou à longue échéance, dans la possibilité de son installation à l'état permanent et, enfin, dans l'insuffisance toujours relative, quelquefois absolue, des agents de la thérapeutique. Bœck a eu raison de dire que le pronostic du pityriasis rubra pilaire doit toujours être réservé.

*Différenciation anatomique et différenciation clinique.* — Anatomiquement et cliniquement, le pityriasis rubra pilaire constitue une affection distincte, voisine du psoriasis, mais très nettement individualisée.

a) *Différenciation anatomique.* — La localisation initiale et le processus parakératosique sont tout à fait propres au pityriasis et le distinguent déjà *ipso facto* des autres troubles de kératinisation, en même temps que la déviation nutritive, localisée dans l'épiderme, établit la distinction d'avec toutes les affections qui dérivent d'altérations primitives du chorion. Dans le pityriasis rubra pilaire, en effet, la déviation, limitée d'abord au revêtement épithélial, apparaît dans le réseau, émanant de la paroi du canal folliculaire de la couche épithéliale du lit unguéal qui le représente et qui sépare l'ongle du derme sous-unguéal, de la couche de cellules sébacées stéatogènes; puis se généralise à tout le réseau, produisant les altérations de la kératinisation elles-mêmes, les hyperkératoses, hyperstéatoses et kérolyses, ainsi que les mues épithélio-sébacées. Lorsque la tuméfaction du réseau et l'hyperkératose ont acquis un certain degré, des troubles hyperhémiques apparaissent dans le réseau papillaire du derme : œdématisation des papilles; foyers d'irritation exsudative dans les couches superficielles du chorion; jamais il n'y a, à proprement parler, de dermite ni de folliculite; nous n'avons pas une seule fois noté la moindre exsudation ou le plus petit nodus furonculaire; les applications externes les plus énergiques sont tolérées par la peau; le processus dermique n'a rien d'exsudatif, d'inflammatoire, de néoplasique; les adénopathies sont indolentes et aplegmatiques.

Cet énoncé sommaire du siège anatomique et du mode évolutif des altérations élémentaires du pityriasis rubra pilaire suffit pour le différencier d'emblée, au point de vue de l'espèce nosologique, des affections qui correspondent aux types divers des dermatites ou dermatites exfoliantes désignées par les mots de pityriasis rubra, et des dermatites aiguës généralisées primitives ou des dermatites exfoliatrices, toutes affections dans lesquelles les altérations de l'épiderme sont secondaires et consécutives à des troubles de circulation ou de nutrition du derme, qui les règlent et les gouvernent.

Pour les mêmes raisons sont séparées du pityriasis rubra pilaire toutes les affections qui méritent véritablement le nom de *lichen* et dans lesquelles le trouble de la fonction cornée ou épidermique est matériellement lié à l'irritation et à l'infiltration néoplasique du derme papillaire, sous-papillaire et périglandulaire (*lichen des scrofuleux*, *lichen de Wilson*, *lichen ruber acuminé* et la série entière des affections irritatives et exsudatives lichénoïdes appelées *lichen* par les auteurs anciens et par quelques modernes).

Dans cette exclusion est compris le « *lichen pilaire* » des auteurs, lequel ne saurait plus avoir aujourd'hui, en dermatologie, son acception ancienne; c'est avec grande raison que Bœck (*loc. cit.*) a fait observer que le *cône corné* du pityriasis pilaire n'était pas comparable à la *papule* du lichen pilaire vrai, et que les objections faites autrefois à DEVERGIE par BAZIN et par CAZENAVE ne sont plus valables aujourd'hui : « Si, ajoute-t-il, dans quelques ouvrages parus récemment, on a consi-

déré comme synonymes les termes de « *lichen pilaire* » et de « *pityriasis pilaire* », c'est qu'on ignorait cette dernière affection. »

La question n'est plus aussi simple, on le conçoit, quand il s'agit de séparer le pityriasis rubra pilaire, au point de vue anatomique pur, des autres épidermidoses, telles que le psoriasis et l'ichthyose, surtout dans l'état actuel, encore très imparfait, de l'étude histogénétique de ces deux affections.

Pour le psoriasis, même en négligeant la question controversée de la valeur distinctive des différences élémentaires elles-mêmes, telles, par exemple, que l'absence de la couche granuleuse et la nucléation corrélative de la couche cornée, qui appartiendraient surtout au psoriasis (SUCHARD), la localisation si précise et si typique de l'hyperkératose au système folliculaire distingue radicalement le pityriasis pilaire du psoriasis.

En ce qui concerne l'ichthyose, même en laissant de côté son origine dans la constitution même de l'individu, et son immobilité évolutive, peut-on ne pas constater que les altérations du réseau y sont presque nulles et qu'il n'y a, à aucune période, dans le derme, de lésion irritative; peut-on enfin ne pas tenir compte de ce fait, relevé par plusieurs observateurs, que la surface de l'épiderme est trop vaste pour le derme qu'elle a à recouvrir, et que le corps papillaire semble obligé de se plisser pour la recevoir.

b) *Différenciation clinique.* — Dans les cas réguliers et complets observés à une époque déjà avancée du processus, le pityriasis rubra pilaire réunit un ensemble de caractères propres qui l'individualisent au plus haut degré comme type morbide, et qui ne permettraient à aucun observateur informé de le méconnaître, alors même qu'il le rencontrerait pour la première fois.

L'enveloppement épais, gras et pityriasique du cuir chevelu, la rougeur desquamative de la face avec tension de la peau et ectropion léger, ou son ensevelissement uniforme sous une couche plâtreuse sèche et adhérente, les saillies ponctuées xérodermiques blanches, grises ou rouges, squameuses, centrées par les poils et manifestes sur le dos des phalanges comme lieu d'élection, les lésions exfoliantes symétriques des faces palmaires et plantaires, les altérations en moelle de jonc du segment inférieur des ongles et du lit unguéal, la rougeur pityriasique avec exagération élégante et fine des plis superficiels de la peau, la marche subaiguë, lente ou chronique, l'absence de phénomènes généraux graves, etc., etc., font de cette affection, ainsi développée, l'une des plus aisées à reconnaître et des plus caractéristiques.

De même encore dans les cas moins avancés ou moins complets, la réunion de deux ou de plusieurs phénomènes qui sont propres au pityriasis pilaire, par exemple les groupes pilaires du dos des phalanges, la desquamation spéciale du cuir chevelu, ou de la face, les lésions unguéales, la desquamation localisée des faces palmaires et plantaires, etc., individualisent encore à ce point la maladie que l'apprentissage de son diagnostic est des plus courts et des plus aisés.

Mais si le diagnostic de présomption et de probabilité peut être

établi à l'aide de chacun des éléments dermatographiques pris isolément, le diagnostic ferme, vrai, ne peut et ne doit être porté que sur l'ensemble réuni, et interprété, des caractères constatés de leur évolution, et de leurs rapports hiérarchiques. Nous n'exceptons rien de cette règle, ni les groupes pilaires du dos des phalanges, ni les altérations unguéales et sous-unguéales, ni les plaques granitées, ni les altérations palmaires et plantaires, ni la rougeur ansérine, ou lisse et alignée, avec la desquamation pityriasique, etc., etc.

Pour le *grain pilaire*, non seulement la localisation pilaire de l'ichthyose, la xérodémie de la puberté simple ou érythémateuse, quelques kérafolliculites mal déterminées et réunies sous le vocable de « lichen pilaire », mais encore plusieurs érythrodermies, ou plusieurs kératoses, peuvent le produire ou le simuler. Tels le « lichen ruber acuminé » vrai, les éruptions aiguës et ansérines du *premier* début dans le lichen de WILSON; le psoriasis localisé aux follicules ou compliqué de folliculites médicamenteuses, la série entière, enfin, du « pityriasis rubra » pris dans sa plus large acception et des dermatites ou dermites exfoliantes à une certaine période de leur évolution. Enfin, dans le pityriasis rubra pilaire, le granité manifeste manque toujours, ou ordinairement, en certaines régions; il peut avoir été remplacé par l'infiltration rouge pityriasique, être absent à une période déterminée; et même, dans des cas très caractérisés, il peut faire défaut ou n'être que très douteux au lieu d'élection par excellence, au dos des phalanges. Ce sont là des difficultés de l'ordre de celles que le dermatologiste rencontre à chaque pas, mais qu'il est en mesure de surmonter s'il est pourvu d'une expérience suffisante, et, à défaut, d'une bonne méthode dermatologique.

De même pour les *altérations unguéales* de la partie inférieure et du lit de l'ongle, elles peuvent, dans le pityriasis le plus accentué, faire défaut, être très légères; et on peut les rencontrer, au contraire, plus ou moins accentuées, dans d'autres états pathologiques, le psoriasis, les mélanodermies cachectiques, etc.; cela n'empêche pas que la différenciation puisse être faite par la coexistence des autres caractères du pityriasis rubra pilaire, ou par la présence des signes propres aux autres affections dans lesquelles la lésion unguéale peut être aussi rencontrée.

Les *plaques granitées* typiques ne peuvent être confondues avec rien d'autre; mais ces plaques, qu'elles existent aux sommets articulaires ou sur d'autres points, peuvent être déformées, devenir psoriasiformes ou même lichénoïdes ou eczématiformes. Et, d'autre part, le psoriasis peut accidentellement, accessoirement, se localiser aux groupes pilaires du dos des phalanges, ou même, surtout au dos des mains, prendre un aspect papilliforme, granité, plâtreux, de nature à en imposer, un moment, pour des altérations vraiment du type du pityriasis rubra pilaire. S'il arrive, enfin, que l'on observe les plaques *naissantes*, le granité peut y être si léger que leur valeur diagnostique directe ne soit pas encore suffisante.

Les *altérations palmaires et plantaires* exfoliantes, fissurées, si caractéristiques dans leur ensemble, peuvent cependant être produites ou

simulées par diverses variétés de dermites palmaires fissuraires, de même que les cas moins prononcés, dans lesquels il y a hyperkératose simple, peuvent être bien voisins de la « main ichthyosique »; mais dans aucune affection, ces altérations n'ont la chronologie, la ténacité, l'uniformité et l'indolence relative qui appartiennent au pityriasis folliculaire; elles n'ont pas, d'autre part, la pérennité immuable de la main ichthyosique. Abstraction faite de leurs caractères propres, leur apparition précoce, leur coexistence avec les altérations pityriasiques de la face ou du cuir chevelu, leur symétrie, leur extension aux extrémités supérieures et inférieures, etc., en un mot, leur association interprétée leur restituent toute leur valeur pathognomonique; et, dans le cas d'isolement, leur signification d'élément de première ligne peut être au moins soupçonnée, et doit être discutée.

Il n'est pas jusqu'à la *rougeur pityriasique* avec exagération des lignes mosaïques de la peau et des plis alignés qui ne puisse être observée dans quelques autres érythrodermies, dermatites exfoliantes frustes du type de l'eczéma rubrum généralisé encore mal déterminées, dermatites du type pityriasis rubra considéré dans son acception entière, peut-être quelques types de lymphodermie, le psoriasis rubra généralisé, etc.; c'est, ici, affaire à l'analyse clinique attentive, qui doit faire le départ des discordances, et grouper, au contraire, les éléments de l'éruption, de sa chronologie, de sa marche, de ses localisations, des conditions antécédentes, etc., etc., pour arriver à une conclusion diagnostique.

Enfin, le pityriasis rubra pilaire ne fait pas exception à la règle si constante en dermatologie, et comprend, sur ses limites, quelques cas ambigus, discutables ou assez frustes pour ne pas pouvoir être toujours d'emblée ou extemporanément déterminé; c'est là une véritable banalité exprimée seulement pour aller au-devant de quelques objections dont cette banalité même ne suffit pas à préserver les observateurs.

Cet exposé de principes et de faits, dans lequel nous avons exagéré à dessein toutes les difficultés cliniques, nous dispensera d'infliger au lecteur un exposé indéfiniment prolongé du diagnostic différentiel selon le mode habituel qui veut que l'on passe en revue toute la pathologie cutanée à l'occasion de chaque dermatose; nous ne lui présenterons pas davantage un tableau synoptique des caractères pathognomoniques propres aux affections voisines. Il nous suffira de prendre pour type des différenciations cliniques quelques affections dont on peut sérieusement débattre les analogies et les différences, l'ichthyose, la xérodémie pilaire ichthyosique ou ichthyosioïde, simple ou érythémateuse, le lichen ruber, le « pityriasis rubra », le psoriasis.

a) *Ichthyose*. — Bien que quelques dermatologistes aient voulu, systématiquement, voir dans le pityriasis pilaire une simple variété d'ichthyose, et que la localisation pilaire de cette malformation progressive, mais congénitale, constitutionnelle, affecte de très réelles affinités avec certains éléments du pityriasis pilaire, tels que l'hyperkératose palmaire, l'état ansérin de la peau, sa rugosité et sa sécheresse, il n'y a, en principe, aucune confusion à faire entre les deux états pathologiques, puisque, dans le pityriasis pilaire, il s'agit d'une maladie dans laquelle