

*mités osseuses atrophiées; ce sont surtout les tissus fibreux qui paraissent être le siège initial des altérations; par suite de leur réaction, il se produit des ankyloses ainsi que des déformations, souvent très considérables, des parties; on peut voir, sur un moulage de Baretta, les premières phalanges en flexion sur le métacarpe, les secondes étendues sur les premières, les troisièmes fléchies sur les secondes; ces types de flexion et d'extension alternatives peuvent être différemment combinés et coïncider avec une déviation latérale de la main; les articulations vertébrales peuvent devenir le siège de lésions analogues: il en résulte une voussure du tronc avec gêne considérable des mouvements.*

Concurremment, on peut observer des *amyotrophies étendues, des contractures permanentes*. Lorsque les affections articulaires sont à leur début, les mouvements restent possibles, mais ils sont gênés et accompagnés de craquements; plus tard, l'immobilité des jointures intéressées devient absolue. Nous avons observé, en pareil cas, une exagération des réflexes rotuliens.

Les arthropathies peuvent être unilatérales.

**Troubles de l'innervation.** — Les auteurs qui font du psoriasis une maladie nerveuse attachent une importance capitale à ces phénomènes: suivant Polotebnoff, les réflexes patellaires, au lieu d'être, comme chez l'un de nos malades atteints d'arthropathies, notablement exagérés, sont au contraire diminués ou abolis: la station devient chancelante lorsque l'on pratique l'occlusion des yeux, les pupilles réunissent mal, la sensibilité électrique est augmentée, la température du corps est abaissée, la sécrétion urinaire est amoindrie; les sécrétions cutanées sont exagérées; on a signalé, dans un cas, une atrophie du tégument.

**Septicémies secondaires.** — Dans un autre ordre d'idées, on peut voir survenir des éruptions pustuleuses qui se renouvellent pendant des mois et des accidents de septicémie (Vasile). On les a signalées particulièrement dans les poussées aiguës.

**Épithéliomes.** — Il peut se développer secondairement des épithéliomes au niveau de plaques psoriasiques, soit que la peau ainsi altérée offre une porte d'entrée en même temps qu'un terrain favorable à un microbe générateur de cette néoplasie, soit que l'irritation psoriasique réveille, suivant l'hypothèse de Cohnheim, l'activité d'éléments embryonnaires restés jusque-là inclus et inactifs dans les tissus.

**MARCHE.** — Nous avons vu combien elle est variable: le plus habituellement, il se fait des poussées successives à intervalles plus ou moins prolongés; quelques éléments persistent presque toujours entre ces poussées: il est très rare que des psoriasiques restent pendant plusieurs années indemnes de toute manifestation: on peut voir, au contraire, les éruptions se renouveler incessamment, apparaissant en de nouvelles régions alors qu'elles se sont effacées en d'autres,

soit spontanément, soit sous l'influence du traitement: quand une plaque est en voie de régression, elle cesse d'être entourée de l'aréole érythémateuse que nous avons vue représenter sa zone d'envahissement. Nous avons montré que la maladie peut prendre un caractère aigu et se généraliser; d'ordinaire, cette généralisation ne se prolonge que pendant quelques mois; ultérieurement, l'éruption se localise de nouveau suivant son mode habituel; il se fait ainsi des poussées de durée variable; elles peuvent être saisonnières. Les maladies fébriles intercurrentes peuvent amener momentanément la disparition complète des éléments éruptifs, mais cette guérison apparente ne dure pas plus longtemps que la convalescence.

Le psoriasis peut présenter des caractères différents dans les diverses périodes de la vie: chez les jeunes gens, les éléments sont plus souvent de petites dimensions, acuminés, non confluent (du Castel); à l'âge adulte, l'éruption prend les caractères typiques que nous avons décrits; chez le vieillard, le psoriasis peut perdre son acuité et n'être plus représenté, selon l'expression de Besnier, que par un état *pityrode ichtyosoïde*.

Les altérations psoriasiques laissent souvent à leur suite une *coloration plus ou moins fortement pigmentée* qui, dans bien des cas, est due aux interventions thérapeutiques plutôt qu'à la maladie elle-même.

Exceptionnellement, chez les jeunes sujets, c'est au contraire une *achromie* qui succède aux plaques psoriasiques: l'un de nous a publié deux faits semblables (1); ces macules ont la même configuration et la même disposition que les plaques psoriasiques; leurs contours sont nettement limités; la sensibilité y est intacte; leur surface est lisse et non déprimée; elles témoignent de la persistance d'un trouble de nutrition dans les cellules profondes de l'épiderme.

Plus récemment, Rille a également appelé l'attention sur ces faits (2); Caspary, Lœwenheim et Unna en ont cité de semblables; on a attribué, à tort, ces dépigmentations à la médication arsenicale.

La nutrition générale souffre généralement peu chez les psoriasiques; Quinquaud a cependant constaté une diminution dans la proportion de leur hémoglobine.

Gaucher a signalé (3) des *métastases psoriasiques*; il a vu survenir, après la disparition de l'éruption, des rhumatismes articulaires aigus avec endocardite, des dyspepsies faisant craindre un cancer gastrique, des cancers du rectum, des accès d'asthme; nous voyons trop souvent des psoriasiques être guéris de leur éruption sans

(1) HALLOPEAU, *Sur un cas de psoriasis avec achromies persistantes* (S. F. D., 1893). — HALLOPEAU et E. GASNE, *Sur la production, consécutivement à des plaques psoriasiques, d'achromies persistantes* (S. F. D., 1898).

(2) RILLE, *Ueber Leukoderma in Folge von Psoriasis vulgaris* (Dermt. Zeitschr., novembre 1899).

(3) GAUCHER, *II<sup>e</sup> Congrès international de dermatologie*. Vienne, 1893.



éprouver aucun trouble de cette nature pour ne pas être portés à admettre qu'il s'est agi là de simples coïncidences.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions doivent être étudiées dans les différentes couches de la peau.

On trouve, d'après Bosellini (1), des foyers d'infiltration autour des *glandes* et des *follicules* : ils sont constitués par des cellules, qu'il qualifie de leucocytes, en petite quantité, et de nombreuses mastzellen.

Dans la *couche sous-jacente aux papilles*, les vaisseaux sont dilatés et l'on constate, à leur périphérie, une infiltration d'éléments mononucléaires et de mastzellen ; les endothéliums sont épaissis et font saillie dans la lumière des vaisseaux.

Le *corps papillaire* est œdématié ; il forme, sur une coupe, une surface claire au-dessous de l'épiderme.

Les papilles sont tuméfiées ; elles atteignent de trois à douze fois leurs dimensions normales (2) ; elles sont le siège d'une infiltration cellulaire, parfois très considérable ; il peut se produire concurremment des extravasations sanguines ; l'infiltration se voit surtout sur le trajet des vaisseaux dilatés.

Au *niveau des poils*, on constate la disjonction de la gaine interne et un développement considérable de la couche granuleuse : leur point d'implantation sur la peau prend l'aspect d'un entonnoir rempli de lamelles cornées.

Dans l'*épiderme*, les lésions les plus importantes occupent les parties sus-jacentes aux papilles : le corps muqueux y est très amoindri et, par places, réduit à deux ou trois couches de cellules, d'où l'aspect rougeâtre des plaques et la facilité avec laquelle on y provoque un écoulement sanguin.

Les cellules basales ont perdu en partie ou en totalité leur pigment.

Dans les points qui correspondent aux sommets papillaires, leur disposition, leur direction et leur mode d'implantation sont modifiés.

Les interstices des cellules épineuses sont agrandis ; leurs prolongements sont détruits.

On a décrit, dans les cellules basales, la production de vacuoles, d'états hydropiques : ce sont là, pour Bosellini, des altérations artificielles. On voit, sur la limite des papilles, des cellules fusiformes que la plupart des auteurs considèrent, avec Biesiadecki, comme des éléments migrants : ce sont, suivant Kopytowsky, des cellules endothéliales servant à la formation de nouveaux vaisseaux.

Les espaces intercellulaires du corps muqueux renferment des amas de leucocytes en forme de coins dont le sommet est enclavé dans le corps muqueux et la base répond à la couche cornée. Les éléments, que les uns considèrent, avec Herxheimer, comme des fibres spirales émanant du derme, dont les autres font, avec Kromayer,

(1) BOSELLINI, *Ueber den psoriatischen Prozess* (Monatsh. f. p. Derm., octobre 1899).  
(2) KOPYTOWSKI, *Contribution à l'étude du psoriasis* (A. D., 1899).

des fibres protoplasmiques distinctes des précédentes, qui, pour d'autres, sont des fibres élastiques et, pour d'autres enfin, des produits artificiels, sont augmentés dans les foyers psoriasiques.

Dans la couche granuleuse, les noyaux sont petits et lamellaires ; les cellules sont également plus aplaties qu'à l'état normal ; Campana (1) a constaté que le stratum lucidum est souvent épaissi. La kérato-hyaline, puis l'élaïdine disparaissent (Munro).

La *couche cornée* est énormément épaissie ; ses cellules sont disposées en lamelles superposées d'autant plus minces qu'elles sont plus superficielles.

Les cellules basales de la couche cornée sont incomplètement kératinisées ; elles gardent leur noyau ; elles ne s'effritent pas ; les cellules cornées ne s'éliminent plus comme à l'état normal ; elles s'accumulent et forment les énormes masses qui ont été décrites (Voy. *Symptômes*) ; l'air extérieur, en y pénétrant, leur donne leur couleur argentée (Rindfleisch).

A la période d'état de la maladie, on trouve concurremment des squames en voie de dissociation et des squames en voie de formation ; la kérato-hyaline manque dans les premières, mais serait en excès dans les secondes (Unna).

La lésion la plus originale du psoriasis est constituée par la présence, dans les interstices de la couche cornée, de petits amas leucocytaires aplatis qu'on y trouve dès la période initiale du processus. L'amas original s'élimine avec la couche cornée superficielle, mais, dans la couche cornée sous-jacente, apparaît un second amas qui s'éliminera de même, et il en sera ainsi jusqu'à la fin de la plaque psoriasique.

Souvent, les squames s'accumulent à la surface ; on trouve alors des amas leucocytaires multiples séparés par des lamelles cornées ; on peut en compter jusqu'à dix, superposés régulièrement (2).

Dans les cas invétérés, le tissu conjonctif dermique s'altère profondément ; ses travées fibreuses augmentent d'épaisseur ; les parois de ses vaisseaux s'épaississent également ; il se fait une sclérose secondaire avec végétation connective (Kaposi, Kromayer) ; suivant Unna, on trouve souvent des microcoques dans les couches profondes de l'épiderme.

Quelle est la *nature* de ces lésions ?

Plusieurs auteurs, parmi lesquels nous citerons surtout Auspitz, Robinson, H. von Hebra, Jamieson, ont contesté qu'il s'agit là d'une inflammation : ils se sont fondés sur l'absence de douleur, de chaleur, de réaction fébrile, d'exsudat, de suppuration, de tissu de granulation, de cicatrices.

On peut leur répondre, comme l'a fait l'un de nous (H.), que chacun des caractères susmentionnés n'est pas nécessaire pour caractériser

(1) CAMPANA et BIGNONE, *Giorn. ital. de science mediche*, 1890.

(2) MUNRO, *S. F. D.*, 1898.



un processus inflammatoire; que l'hypérémie, la prolifération et la transsudation cellulaires, ainsi que l'infiltration parenchymateuse des cellules du corps muqueux, sont autant d'altérations d'origine inflammatoire; qu'il en est de même, à fortiori, des extravasations leucocytaires dans les papilles et la couche cornée, ainsi que des hyperplasies connectives si remarquables que Kaposi et l'un de nous (H.) ont constatées dans les cas invétérés.

Ces faits nous paraissent établir que le psoriasis est, sans contestation possible, une dermatose de nature inflammatoire (1).

Les lésions sanguines du psoriasis sont presque complètement inconnues et ont cependant une grande importance; Canon, l'un de nous (L.), ont observé, dans quelques cas rares, de l'éosinophilie, qui, parfois, mais non toujours, peut être due aux substances toxiques appliquées sur la peau du malade, en particulier à l'acide pyrogallique.

Dans des recherches encore incomplètes, l'un de nous (L.) et M. Sée ont observé l'existence fréquente d'une leucocytose dépassant le chiffre de 10 000 globules blancs par millimètre cube. Cette leucocytose est liée à une polynucléose, atteignant parfois 80 p. 100, et qui peut exister même sans leucocytose importante. Il existe fréquemment, dans le sang, des formes cellulaires anormales, surtout de gros leucocytes mononucléaires à noyau clair, à protoplasma finement réticulé. Suivant l'un de nous (L.), ces lésions sanguines permettent, qu'elles soient antérieures ou postérieures aux lésions cutanées, d'expliquer les arthropathies psoriasiques par une réaction persistante de la moelle osseuse. Il pense que, si la théorie parasitaire n'était pas exacte (Voy. Pathogénie), ces faits imposeraient l'hypothèse d'une origine toxique du psoriasis qui deviendrait une affection comparable à la dermatose de Duhring, ayant du reste un caractère commun: l'élimination de globules blancs par la peau. Mais la théorie d'une infection cutanée primitive paraît plus probable; elle est même certaine, suivant l'un de nous (H.) (Voy. p. 954), et, jusqu'à nouvel ordre, on doit considérer les lésions sanguines comme secondaires à l'infection de la peau (2).

Quel est le point de départ de la maladie? L'épiderme ou le corps papillaire? Les faits cliniques sur lesquels nous avons insisté relativement au développement, d'abord non squameux, des éléments initiaux, sont en faveur d'une altération primitivement papillaire; d'après Kaposi, l'histologie serait ici d'accord avec la clinique pour

(1) La présence de collections leucocytaires suffit du reste aujourd'hui à trancher la question, même si on prend le mot *inflammation* dans le sens restreint qui lui a été donné par Auspitz et les autres auteurs qui viennent d'être cités (L.).

(2) Ces lésions sanguines du psoriasis peuvent être considérables. Dans un fait observé par Du Castel et l'un de nous (L.), il existait, chez une femme atteinte de poussées psoriasiques avec érythrodermie, des poussées de leucocytose atteignant 16 000, 20 000, 25 000, avec une éosinophilie de 10, 20 et 30 p. 100. Les poussées leucocytaires s'accompagnaient de fièvre, montant jusqu'à 41 degrés.

établir que l'épiderme, à cette période tout à fait initiale, n'est pas encore intéressé; nous considérons comme certain, cependant, qu'il est concurremment le siège de troubles nutritifs constituant une participation effective au processus: nous en avons pour témoin ce fait que les élevures initiales deviennent squameuses par le grattage; l'épiderme doit être dès lors le siège d'altérations non perceptibles par nos moyens d'études; d'après Munro, son invasion leucocytaire serait même le phénomène initial. Quoi qu'il en soit, nous avons vu déjà qu'il doit nécessairement prendre part aux altérations si, comme le veut Kromayer, le corps papillaire et l'épiderme sus-jacent ne font qu'un seul et même organe.

D'après nos observations (H.), les glandes pilo-sébacées sont assez fréquemment le point de départ des altérations; ce fait est d'accord avec leur origine habituellement séborrhéique.

ÉTIOLOGIE. — AGE. — Dans 95 p. 100 des cas, la maladie débute entre neuf et vingt-quatre ans; elle se manifeste exceptionnellement dans la première enfance; Rille l'a vue débiter au trente-huitième jour de la vie; on cite également des faits où elle a commencé très tardivement, par exemple après soixante ans.

HÉRÉDITÉ. — On la constate dans un tiers des cas, soit que plusieurs générations soient simultanément atteintes de la maladie, soit que plusieurs frères la contractent successivement.

DIATHÈSE. — CONSTITUTION. — On a invoqué l'arthritisme; il est probable que les arthropathies psoriasiques pèsent d'un grand poids sur l'opinion de ceux qui ont fait jouer un rôle prépondérant à cette diathèse. Il est admis aujourd'hui que toute arthropathie n'implique par l'arthritisme.

Le psoriasis est-il, comme le soutenait Bazin et l'affirme encore Gaucher, plus fréquent chez les sujets ayant les attributs de cette diathèse, c'est-à-dire des migraines, de la dyspepsie, des hémorroïdes, etc.? Nous ne l'avons pas constaté dans nos observations; ce qui est démontré pour l'eczéma ne l'est pas pour le psoriasis.

Mais il est une maladie avec laquelle le psoriasis a une incontestable parenté; nous voulons parler de celle que l'on nomme aujourd'hui *séborrhée*; la coïncidence du psoriasis avec la séborrhée capitis et les séborrhéides du tronc est des plus communes; il n'est donc pas douteux que le terrain séborrhéique n'offre un terrain favorable au développement du psoriasis; d'après Unna, il s'agirait là de faux psoriasis, de séborrhéides psoriasiformes; il invoque les caractères particuliers que présente en pareils cas l'éruption et que nous avons indiqués précédemment; nous ne pouvons nous ranger à sa manière de voir; ces psoriasis des séborrhéiques ont l'évolution des psoriasis vulgaires; ils cèdent aux mêmes moyens thérapeutiques; ce sont des psoriasis modifiés par le terrain séborrhéique qui en favorise le développement.



On a remarqué que le psoriasis affecte surtout des individus d'ailleurs bien constitués; ce n'est pas là cependant une règle absolue: un individu atteint de nombreuses plaques psoriasiques invétérées, et en même temps d'arthropathies, laisse habituellement à désirer au point de vue de la santé générale.

*Causes occasionnelles.* — Le psoriasis a quelquefois débuté en même temps que la menstruation.

Tommasoli l'a vu deux fois survenir pendant la grossesse; on peut l'observer aussi à la suite d'une couche.

D'autres fois, on a pu invoquer des excès ou une vive émotion, celle que, par exemple, provoque un accident (Hardy).

Les *excitations mécaniques* comptent au nombre des causes qui peuvent déterminer l'apparition des manifestations psoriasiques; nous avons cité les bretelles psoriasiques du porteur aux halles observées par l'un de nous; la pression d'un bandage, le contact d'un col empesé peuvent avoir la même action. On peut admettre, avec une grande vraisemblance, que les localisations habituelles aux sommets des coudes et au devant des genoux ne reconnaissent pas d'autre cause; l'application permanente de compresses mouillées sur le thorax d'un pleurétique a eu la même action.

Le siège bilatéral des plaques au niveau des plis évanés peut s'expliquer aussi par les contacts incessants.

La vaccination a été plusieurs fois le point de départ d'un psoriasis.

D'autres fois, il s'est développé à la suite d'une scarlatine.

Kœbner l'a vu survenir à la suite de tatouages; le même auteur, après avoir pratiqué, chez des psoriasiques, des séries linéaires d'excoriations avec la pointe d'une aiguille, a vu une partie d'entre elles être suivies de l'apparition d'îlots psoriasiques.

Nous avons vu que les macules consécutives à un zona ou à des applications de pointes de feu peuvent être le point de départ de la maladie; d'autres fois, elle succède à un traumatisme.

Les faits de *contagion* sont très controversés; dans la plupart des cas, l'éruption n'est pas transmise au conjoint; mais, d'autre part, on a vu l'éruption survenir successivement chez une domestique et chez l'enfant qu'elle soignait; Unna a vu trois enfants être atteints de psoriasis dans une même famille après l'entrée d'une domestique atteinte de cette même maladie; Cantrell cite, à l'appui de la contagion, ce fait qu'un père et une mère ont été atteints de la maladie consécutivement à leur enfant; dans une observation de Trapeznikow, il semble s'être produit une transmission par l'intermédiaire d'un peignoir de bains: sans méconnaître la valeur de ces faits, ils ne suffisent pas jusqu'ici pour établir la nature parasitaire de la maladie.

Il en est autrement des expériences d'inoculation. Lassar a pro-

voqué, chez le lapin, une éruption très analogue à celle du psoriasis en frictionnant sa peau, préalablement rasée, avec des squames de cette dermatose.

Tenholt a vu une éruption psoriasiforme développée chez des veaux se transmettre à des animaux de même espèce et aux individus qui les soignaient.

Tommasoli assure avoir communiqué le psoriasis à des lapins par l'inoculation et par l'injection de ses squames; mais les mêmes expériences n'ont donné à Ducrey que des résultats négatifs.

Les inoculations pratiquées chez l'homme par Destot, sous l'inspiration d'Augagneur, ont une toute autre valeur.

Le 9 mai 1889, ce médecin s'inocule, au bras droit, un fragment complet d'une plaque de psoriasis; le deuxième et le troisième jour, des papules apparaissent au niveau des coudes: huit jours plus tard, elles se couvrent de squames, d'abord furfuracées, puis bientôt typiques.

Il n'est donc pas douteux que Destot ne se soit inoculé cette maladie (1).

*Ce fait fournit un argument décisif en faveur de la théorie parasitaire du psoriasis.*

Peut-on déterminer la nature de ce parasite? Des recherches nombreuses faites dans cette direction n'ont pas donné jusqu'ici de résultats satisfaisants; elles n'ont qu'un intérêt historique: inutile d'y insister.

*NATURE ET PATHOGÉNIE.* — Si nous jetons un coup d'œil en arrière, nous pouvons voir que les faits permettent, dès à présent, d'apprécier à leur juste valeur les diverses théories qui ont été émises relativement à ces questions.

Pour ce qui est du processus, nous avons vu précédemment (Voy. p. 949) qu'il est incontestablement de nature inflammatoire. Il est vrai que cette inflammation présente des caractères particuliers, puisqu'elle ne s'accompagne habituellement, ni d'exsudat liquide, ni de suppuration, et que les troubles de nutrition du tissu connectif n'y sont pas assez prononcés pour aboutir à la formation d'un tissu de cicatrice, bien qu'ils soient souvent de très longue durée et que les hyperplasies y sont exceptionnelles; on ne peut plus dire cependant que l'exsudation y fasse défaut, puisque Munro a constaté l'existence dans l'épiderme d'amas leucocytaires et que l'un de nous, dans une forme aiguë, a vu chaque élément initial s'accompagner d'une suppuration miliaire (Voy. p. 943).

*Quelle est la cause prochaine de cette inflammation?* Polotebnoff et Kuznitzky soutiennent la *théorie nerveuse*: en faveur d'une névrose vaso-motrice, le premier de ces auteurs invoque la station chancelante

(1) DESTOT, *Sur un cas d'inoculation positive du psoriasis* (Province médicale, 1889).



lorsque l'on ferme les yeux, la diminution ou l'abolition des réflexes patellaires, la dilatation des papilles, l'augmentation de la sensibilité électro-cutanée, l'abaissement de la température, la diminution de la sécrétion urinaire, l'exagération des sécrétions de la peau.

Kuznitzky s'appuie sur les localisations unilatérales de l'éruption et sur les cas où elle est survenue après un traumatisme, pour soutenir une théorie analogue; suivant lui, « l'intervention d'une irritation quelconque de la peau, bien que passagère, sur les districts vasculaires dont la tonicité se trouve déjà altérée par suite d'un état chronique, héréditaire ou acquis, d'irritabilité de leurs centres d'innervation spinaux, est indispensable à la production de l'éruption; il y a excitation des vaso-dilatateurs; le processus mérite le nom d'*angio-éréthique*. On peut rapporter à cette même cause l'origine des arthropathies: on s'explique de même comment le psoriasis peut se développer sous l'influence de troubles psychiques. Il est possible que le trouble initial de l'innervation se rattache parfois à une altération matérielle de l'axe spinal (1) ».

On peut encore invoquer en faveur de la théorie nerveuse les cas (Thibierge, Hallopeau et Gasne) dans lesquels l'éruption psoriasique s'est cantonnée exclusivement dans la sphère de distribution d'un ou de plusieurs nerfs (origine métamérique).

Quelque ingénieuses que soient les hypothèses et interprétations que nous venons d'indiquer, elles ne peuvent tenir devant les faits positifs d'inoculation que nous avons relatés.

*Si le psoriasis est inoculable, c'est qu'il est parasitaire.*

Le parasite siège, selon toute vraisemblance, dans le corps muqueux et les papilles; il y détermine la phlegmasie dont nous avons indiqué les caractères particuliers et l'aboutissement possible à l'induration végétante et sclérodermique; les cas dans lesquels un traumatisme a été la cause occasionnelle des altérations (faits de Kuznitzky, piqûres de Kœbner) peuvent s'expliquer par les troubles que ces lésions déterminent dans le mode de réaction du tégument externe et sa transformation en un terrain favorable; il en est de même des localisations métamériques: on peut admettre que, chez les sujets qui les présentent, il existe une altération latente des centres nerveux ganglionnaires ou spinaux qui constitue un milieu favorable au développement du parasite psoriasigène dans leur sphère de distribution.

*Certaines formes suppuratives et condylomateuses peuvent être dues à l'intervention secondaire de microbes pyogènes; mais il n'en est pas constamment ainsi; les générateurs habituels de la suppuration faisaient complètement défaut dans notre forme aiguë papulo-pustuleuse (H.).*

Comment se fait la multiplication des lésions? par transport méca-

(1) KUZNITZKY, *Arch. für Dermat.*, Bd XXXVIII.

nique d'une région à une autre? par l'intermédiaire du sang? Bernay et Piéry (2) ont invoqué récemment, en faveur d'une infection hématiche, les arthropathies et les troubles de l'innervation, mais cette infection peut être considérée avec vraisemblance comme secondaire à l'action de toxines engendrées par le parasite cutané. Nous serons à cet égard dans l'incertitude aussi longtemps que l'on ne connaîtra pas l'agent pathogène de cette maladie.

Les arthropathies peuvent ainsi s'expliquer, soit par une pénétration du parasite ou de ses toxines dans la circulation, soit par un trouble réflexe dans l'innervation trophique.

Pour ce qui est enfin du psoriasis des séborrhéiques, on peut admettre que le terrain de ces sujets fournit un milieu favorable au développement du microbe psoriasigène en même temps qu'il détermine un mode de réaction particulier.

DIAGNOSTIC. — *La présence de squames survenues spontanément ou après grattage, la facilité avec laquelle saignent les parties sous-jacentes et les contours nets des plaques éruptives sont autant de caractères qui permettent de considérer une éruption comme étant de nature psoriasique.*

Diverses affections cutanées peuvent être confondues avec cette dermatose.

L'*eczéma suintant* s'en distingue par ses vésicules et les croûtelles qui leur font suite; mais, dans l'*eczéma sec*, ces éléments n'existent pas et l'on peut alors hésiter entre les deux affections: nous ne doutons pas qu'Unna ne fasse rentrer dans la séborrhée nombre de cas que les autres dermatologues rattachent, à juste titre suivant nous, au psoriasis; c'est surtout quand l'éruption cutanée psoriasiforme coïncide avec des altérations séborrhéiques typiques du cuir chevelu et du thorax que la confusion est facile; Unna rejette du cadre du psoriasis les éruptions que l'on observe en pareils cas et qui présentent une marche descendante en même temps que les caractères indiqués précédemment (page 938).

Nous avons vu que, pour nous, c'est à tort qu'Unna sépare ces éruptions du psoriasis pour les rattacher exclusivement à la séborrhée: ce sont des éruptions psoriasiques qui prennent sur le terrain séborrhéique des caractères particuliers.

Le *lichen de Wilson* peut simuler le psoriasis dans sa période de maturité, alors qu'il est devenu squameux, mais ses squames diffèrent essentiellement, par leur adhérence intime au tissu, de celles du psoriasis; le prurit, presque constant et parfois si intense, les localisations, l'aspect ponctué de la surface, les stries opalines, les manifestations buccales sont autant de caractères qui ne permettent pas cette confusion.

(1) BERNAY et PIÉRY, *Pressé médicale*, 1896.



Dans l'*ichtyose*, la peau n'est pas rouge ou l'est beaucoup moins, les squames sont fines et lamelleuses, l'éruption est généralisée.

Dans le *lupus érythémateux*, la plus grande adhérence des squames et l'existence de dépressions cicatricielles entourées de rebords saillants, en activité, ne permettent pas l'erreur.

Les *syphilides papulo-squameuses* et les *circinées* peuvent offrir les plus grandes analogies avec des manifestations psoriasiques : plusieurs des moulages du musée Baretta, portant l'étiquette de syphilides, ont tous les caractères de plaques psoriasiques : les phénomènes concomitants ont pu seuls les en différencier.

En général, cependant, les squames des papules syphilitiques sont moins nacrées; la surface sous-jacente saigne moins facilement, elle est plus nettement papuleuse : mais ces signes ne peuvent être considérés comme pathognomoniques. D'après Kromayer, la papule psoriasique a la forme d'un plateau à contour abrupt, la papule syphilitique est, au contraire, convexe; malheureusement, les différences d'aspect ne sont pas toujours nettement accentuées.

Il est des régions où le diagnostic du psoriasis présente des difficultés particulières; il en est ainsi du cuir chevelu; c'est là surtout que la confusion est facile avec une séborrhéide squameuse : le psoriasis est d'ordinaire moins généralisé; ses squames forment, en s'agglomérant, des saillies plus considérables; le suintement sanguin s'y obtient plus aisément.

Aux régions palmaires et plantaires, le psoriasis peut offrir beaucoup de ressemblance avec des syphilides et des kératodermies.

Les *syphilides palmaires* sont plus souvent unilatérales; leurs contours sont plus souvent polycycliques; elles ont moins de tendance à envahir la face dorsale des doigts ou des orteils; leur base est plus indurée; plus souvent, elles deviennent le siège d'exco-riations; dans certains cas, le traitement spécifique peut seul éviter une erreur, et encore faut-il le poursuivre longtemps, *intus et extra*, car les localisations palmaires de la syphilis lui opposent fréquemment une grande résistance.

Les *hyperkératoses* ont également moins de tendance à envahir les faces dorsales, les squames y sont plus adhérentes; le plus habituellement, les lésions remontent à la première enfance ou, si elles sont survenues à l'âge adulte, c'est sous l'influence d'une profession qui en éclaire la nature.

L'*érythrodermie psoriasique généralisée* peut être prise pour un pityriasis rubra, pour une érythrodermie prémycosique, pour une érythrodermie exfoliante scarlatiniforme.

Le *pityriasis rubra* s'en distingue par sa durée, qui atteint des années, et l'absence d'îlots arrondis de peau saine.

Ce dernier caractère se rencontre également, d'une manière frappante, dans l'*érythrodermie prémycosique* (Besnier et Hallopeau);

mais ici, la violence extrême du prurit, les adénopathies énormes, l'épaississement de la peau et l'absence habituelle de desquamation ne permettent pas l'erreur.

Les *érythrodermies scarlatiniformes* ont une marche plus aiguë que les poussées psoriasiques; la desquamation s'y fait en plus larges lambeaux; il n'y a pas d'intervalles de peau saine.

Dans la *lèpre*, les manifestations cutanées diffèrent du psoriasis par l'intensité et les formes irrégulières des infiltrations dermiques ainsi que par le défaut de squames nacrées.

Aux faces palmaires et plantaires, l'éruption lépreuse est d'habitude plus uniformément généralisée que celle du psoriasis; elle s'accompagne généralement d'anesthésie et souvent aussi de troubles trophiques.

PRONOSTIC. — Il est bénin *quoad vitam*, mais sérieux en ce sens qu'il s'agit d'une maladie souvent persistante, constituant, lorsqu'elle est étendue, un état pénible; nous allons voir que, dans la grande majorité des cas, on en a raison par un traitement approprié; mais les récives sont malheureusement trop fréquentes; il y a d'ailleurs de grandes différences à cet égard entre les sujets: tel individu, atteint seulement de quelques placards aux coudes et aux genoux, vit avec eux, les tolère sans s'en occuper; d'autres, au contraire, atteints d'éruptions étendues et incessamment récidivantes, passent leur vie à se lamenter et à chercher des soins.

Les poussées érythrodermiques peuvent inspirer des craintes qui ne se réalisent pas; presque toujours, après quelques semaines ou quelques mois, les choses rentrent dans l'ordre, l'hypémie généralisée rétrocede et la maladie reprend sa physionomie habituelle.

Il est tout à fait exceptionnel de voir le psoriasis se compliquer, comme dans le cas de Neumann, d'éruptions septicémiques et se terminer par la mort; Baruchella a trouvé, dans un fait semblable, les papilles infiltrées de nombreux staphylocoques dorés.

TRAITEMENT. — On oppose au psoriasis une médication interne et une médication externe.

Traitement interne. — L'arsenic a été souvent préconisé; il est d'un usage banal sous la forme de liqueur de Fowler ou de solution d'arséniate de soude: Herxheimer recommande les injections intraveineuses de liqueur de Fowler à la dose de quinze gouttes; il a obtenu des résultats favorables dans environ la moitié des cas; ces injections sont bien supportées, mais, ainsi que nous l'avons indiqué déjà, il faut avoir soin d'étendre cette liqueur d'environ cinq parties d'eau, autrement elle provoque des escarres.

Récemment, Danlos a fait ingérer des doses énormes d'arsenic sous la forme d'*acide cacodylique*.

Il a donné quotidiennement jusqu'à 0,60 centigrammes de cette préparation qui contient plus de la moitié de son poids d'arsenic: il