

devenir excessive; elle se manifeste à tous les étages de la couche desquamante, et même édifie des abcès au-dessous de celle-ci, entre elle et les plans qui devraient correspondre au *stratum granuleux* absent. D'autres fois, on retrouve les lymphocytes agglutinés en trainées denses entre les strates de desquamation, et ils peuvent être plus nombreux que les noyaux de cellules cornées. En pareil cas, et quoique l'apparence macroscopique ne l'indique pas suffisamment, la masse de desquamation peut finir par être sensiblement comparable à une croûte. On voit ainsi combien la définition de papule sèche non exsudative appliquée au psoriasis est incomplète et, dans bien des cas, partiellement inexacte. En fait, on conçoit difficilement comment un épiderme rendu profondément vulnérable par une kératinisation maladroite serait respecté par les innombrables agents microbiens de la peau et de l'extérieur<sup>(1)</sup>.

*Nerfs.* — J'ai dit tout à l'heure que les glandes de la peau étaient saines. Les observateurs, tels que Leloir, Kopp, Neumann, Kromeyer, qui ont étudié les nerfs, disent qu'ils les ont trouvés normaux.

En résumé, on peut admettre que la lésion initiale du psoriasis siège dans l'épithélium; les premiers accidents appréciables sont : la disparition de l'éléidine et une kératinisation maladroite et incomplète. L'acanthose est secondaire. Les lésions intra-dermiques sont d'abord une dilatation des veinules de la papille, puis, ultérieurement, des altérations inflammatoires; parmi ces dernières, les unes relèvent de la lésion épidermique psoriasique seule; les autres répondent à des infections secondaires. Il n'y a aucun inconvénient à désigner une telle lésion par l'appellation de parakérose (catarrhe sec de l'épiderme, dit Unna), mais à la condition de ne point donner à ce terme une valeur pathogénique. Il est possible que la lésion psoriasique soit dès le début une lésion parasitaire, donc inflammatoire; mais nous n'en sommes nullement assurés, et je ne vois pas la possibilité de repousser l'opinion de ceux qui veulent y voir le résultat d'un trouble trophique. Quant à la primauté, dans le temps et dans la hiérarchie, des phénomènes vasculaires intra-papillaires, je ne crois pas qu'on puisse l'accepter.

## II

## SYMPTOMATOLOGIE DU PSORIASIS

Nous aurons à étudier successivement le psoriasis tel qu'il se présente habituellement, le psoriasis *normal*, si l'on peut s'exprimer ainsi, puis les psoriasis

<sup>(1)</sup> J'ai inclus et coupé des croûtes d'un psoriasis ruploïde du dos des mains; on trouvait : d'abord un plan profond avec des débris de papilles recouverts de couches épithéliales en feuillets stratifiés, puis des surfaces constituées par des cellules épithéliales claires répondant peut-être au *stratum intermedium*, enfin une couche de débris de toute espèce. Partout, foyers d'infiltration lymphatique extrêmement violente; véritable inondation de cellules migratrices, de polynucléaires surtout. Enfin, toutes les couches les plus externes, les plus disjointes, envahies par une flore microbienne extrêmement riche et variée; ce sont, en particulier, des staphylocoques et de véritables cultures de streptocoques.



où tels symptômes deviennent prédominants ou disparaissent, ou subissent des déviations : *psoriasis anormaux* ou *atypiques*, et enfin les psoriasis auxquels des influences étrangères ont communiqué des caractères nouveaux, *psoriasis compliqués*<sup>(1)</sup>.

### I. — Psoriasis normal.

Sans doute il peut exister des différences considérables entre plusieurs cas de psoriasis, qui néanmoins seront considérés par tous les dermatologistes comme des psoriasis normaux, c'est-à-dire vulgaires. Cependant la synthèse de ces faits s'opère facilement grâce aux caractères élémentaires de la lésion psoriasique. Je pense même que l'importance de la morphologie extérieure tant exagérée par R. Willan conserve ici presque toute sa valeur. Il est donc nécessaire d'étudier d'abord l'efflorescence psoriasique initiale, pure, typique, en précisant chacun des accidents qui entrent dans sa constitution. Il sera facile, ultérieurement, de reprendre chacun de ces symptômes et de décrire les aduérations qu'ils peuvent subir.

Il y a lieu de considérer successivement : la *squame*, puis l'*élevure papillaire congestive*, la *papule*.

*La squame.* — La squame est-elle antérieure, parallèle ou consécutive à la papule? En d'autres termes, la dyskératose précède-t-elle, accompagne-t-elle, suit-elle la réaction vasculaire sous-épithéliale?

On peut accepter comme acquis ce fait, qu'il n'y a point de papule sans squame; si cette dernière n'est pas manifeste, un coup d'ongle suffit pour la faire apparaître. Il reste à savoir si la squame peut exister indépendamment de la papule. Besnier l'affirme, et je pense qu'il a raison : la squame est antérieure et supérieure à la papule.

Les auteurs allemands distinguent parfois la papule pâle et la papule rouge. On peut se demander jusqu'à quel point la papule pâle se confond avec « le point dyskératosique plat ou légèrement saillant, la tache lenticulaire argentée » d'E. Besnier. Il existe assurément des malades chez lesquels on découvre des efflorescences psoriasiques constituées exclusivement par une petite masse

(1) La bibliographie du psoriasis est immense. Cf. en particulier : L. NIELSEN, *Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 1892, t. XV, p. 516. — ROSENTHAL, *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, t. XXV, Supplément, p. 78. — GASSMANN, *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, t. XLIII et XLIX. — KUTZNICKI, *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, t. XXXVIII, p. 405. — J. SELLEI, *Sammlung de Volkman*, n° 527. — RADT, *Psoriasis des ongles*. Thèse de Leipzig, 1895, et le livre de Heller. — CASOLI, *Giorn. ital. delle mal. ven. et della pelle*, 1900. — VIGNAL, *Psoriasis vaccinal*. Thèse de Lyon, 1897. — BARUCHELLO, *Soc. ital. de dermat.*, oct. 1899. — SOVEIX, *Psoriasis oculaire*. Thèse de Paris, 1896. — L. BROcq, *Parapsoriasis*. *Ann. de dermat. et de syphil.*, avril 1902. — Ces indications concernent les travaux les plus riches en bibliographie. Y joindre naturellement Kaposi, Besnier et Doyon, les différents traités de Brocq, d'Hallopeau, etc., et surtout le livre de Besnier (*Traité de thérapeutique appliquée de Robin*) sur le traitement de l'eczéma et du psoriasis. Il y a de très nombreuses indications bibliographiques à la suite de l'article de S. Grosz dans le *Handbuch de Mracek* : T. II : I : six cent vingt environ. — C. ADRIAN, *Über arthropathia psoriatica*, in *Mitteilungen aus den Grenzbielen der Medizin und Chirurgie*.

punctiforme blanche, écaillée par le coup d'ongle, qui ne recouvre aucune saillie, qui ne cache aucune coloration appréciable. Même, cet état peut persister pendant plusieurs jours, et je suis très porté à croire qu'une telle efflorescence peut guérir et disparaître sans avoir jamais été plus loin dans son développement.

Toutes les efflorescences d'un psoriasis sont-elles, au début, révélées par la seule squame ou la papule congestive est-elle constamment secondaire? Il est impossible de répondre à cette question, car nous ne connaissons peut-être jamais les premiers stades anatomiques et cliniques de chaque lésion. Mais, dans la pratique courante, nous pouvons admettre que la lésion du psoriasis est une papule squameuse, et que la squame et l'élevure sont fidèlement associées.

La squame psoriasique n'a pas de forme; elle est généralement large, écaillée, blanche, sèche, brillante, nacrée. Son adhérence varie; souvent elle est stratifiée, de telle sorte que le grattage en détache successivement plusieurs feuillets; d'autres fois elle est mince, étendue, transparente, comme collodionnée sur les bords. Le coup d'ongle est souvent nécessaire pour la bien mettre en évidence, mais il faut bien se garder de croire que ce dernier caractère n'appartient qu'au psoriasis.

La squame est d'autant plus blanche qu'elle est plus épaisse et plus irrégulière; Rindfleisch dit que cette blancheur est due à l'air infiltré entre les strates cornées. Quoi qu'il en soit, cette blancheur fait souvent défaut; les squames deviennent plus ou moins grises, plus ou moins jaunâtres, parfois presque noires d'après Neumann, suivant les conditions où se trouve le malade, ou les complications suivies par les lésions.

L'étendue de la squame est également très indéterminée; nous avons dit qu'en général elle était large; elle est presque toujours sensiblement plus étendue que la papule qu'elle coiffe. Très rarement, elle est pityriasiforme, c'est là une véritable anomalie. On se rend compte que les squames sont beaucoup plus étendues que les papules, soit par le simple grattage, soit, mieux encore, en examinant l'évolution des larges placards recouverts d'une

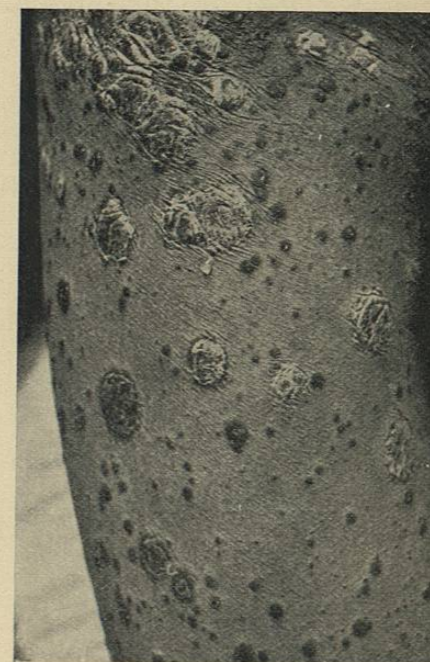


FIG. 53. — Psoriasis à tous degrés d'évolution. (Photographié par Sottas dans le service de Brocq).



nappe plâtrée. Sous l'influence des bains et des pommades, on voit que l'étendue totale du placard se résout en une foule de papules bien distinctes les unes des autres, tandis que la couche de squames était continue.

L'adhérence des squames est assez prononcée, surtout sur des éléments jeunes ou peu étendus; il faut presque toujours quelque effort pour les enlever en totalité.

*La papule.* — Une fois la squame enlevée, on découvre une élevation papuleuse revêtue d'un épiderme lisse, vernissé, brillant, d'un rose vif ou bleuâtre, parfois un peu jaune. D. Bulkley a jugé utile de lui donner un nom et il l'a



FIG. 56. — Psoriasis invétéré. — Bras droit. — Surface arrondie dépourvue de squames au niveau d'un vésicatoire récemment appliqué.

appelée : cuticule sous-squameuse. Ce n'est rien que la couche épithéliale privée de sa couche cornée normale; mais, en réalité, presque toujours recouverte d'une ou plusieurs couches de strates dyskérotosiques.

La couleur rouge est celle du sang, elle apparaît parce qu'il y a angioparalysie des capillaires veineux, et par suite congestion; elle est d'autant plus manifeste que, comme l'a remarqué Leloir, l'absence des couches cornées supprime l'obstacle à la réflexion des rayons colorés. Cette rougeur disparaît d'ailleurs facilement à la pression et reparait immédiatement.

Si l'on gratte avec un peu d'insistance le sommet de la papule dénudée de ses squames, on voit bientôt apparaître une fine rosée sanguine qui suinte par une foule de points très fins, répondant au sommet de chaque papille. Le saignement de la papule au grat-

tage est parfois désigné sous le nom de signe d'Auspitz, mais il a été très expressément signalé bien avant lui par Hebra, Devergie et d'autres. C'est un phénomène constant de l'efflorescence psoriasique papuleuse; mais elle ne lui appartient pas exclusivement.

La papule psoriasique est habituellement très peu élevée; sa consistance est extrêmement faible; c'est à peine si le doigt la perçoit; si les lésions sont anciennes et étendues, ces caractères peuvent se modifier considérablement; les efflorescences, une fois desquamées, restent basses, mais leur consistance



peut s'accuser, c'est-à-dire qu'elles s'infiltrant; infiltration purement et simplement inflammatoire et congestive. Cette infiltration peut être assez étendue en surface, mais toujours mince, comme parcheminée, ou mieux, papyracée, pour emprunter une expression des syphiligraphes. Les placards ainsi modifiés ont généralement des bords nets, bien circonscrits sur la peau saine avoisinante.

Habituellement, les efflorescences psoriasiques sont disséminées au hasard sur le tégument; on a dit qu'elles siégeaient souvent autour des orifices pilosébacés; je crois, pour ma part, que cette localisation est plutôt exceptionnelle et constitue presque une variété périfolliculaire.

*Évolution de l'efflorescence psoriasique.* — Ce que nous venons de décrire, c'est, si l'on peut s'exprimer ainsi, la lésion psoriasique « en soi », c'est le psoriasis *punctata, guttata* des auteurs, le psoriasis papuleux, en tache de bougie dont les éléments peuvent être plus ou moins nombreux, plus ou moins généralisés, plus ou moins accusés dans un sens ou dans l'autre. Mais l'efflorescence psoriasique peut se développer, s'agrandir et dépasser de beaucoup les dimensions d'une papule. Pour cela, elle utilise deux processus : 1° l'extension, l'élargissement d'un seul élément initial; 2° l'agrégation d'un certain nombre de papules apparues simultanément ou successivement. En même temps, l'épaisseur et la consistance de la lésion initiale ou modifiée peuvent subir des modifications profondes suivant l'intensité de l'infiltration dermique déjà signalée.

L'extension, l'élargissement d'une papule psoriasique est rarement considérable; il est exceptionnel qu'elle dépasse 2 ou 3 millimètres environ; elle conserve sa forme arrondie, elle est nummulaire.

C'est par l'agrégation, l'adjonction d'autres éléments, que les placards se forment et s'agrandissent. Parfois plusieurs papules surviennent d'emblée, simultanément, très rapprochées les unes des autres, et ne tardent pas à se confondre complètement, dans leur rougeur et dans leurs squames; elles peuvent de la sorte constituer soit de petits placards à contours informes, tantôt de beaux disques bien arrondis; ces derniers s'accompagnent fréquemment d'une notable infiltration rouge et forment un territoire continu, à bords nets, où la rougeur dépasse habituelle-



FIG. 57. — Psoriasis de la gouttière vertébrale. (Collection Brocq-Sottas.)



ment la squame, à l'encontre de ce qui se passe dans la papule jeune. Une telle lésion peut atteindre 5 ou 6 centimètres de diamètre et offrir l'apparence d'une gigantesque papule.

D'autres fois, les efflorescences sont disséminées en jet arrondi, en circinations élégantes; elles décrivent ainsi de grands cercles incomplets, intersectés entre eux, limités à la périphérie par un mur de papules agminées par leurs squames et dans leur infiltration. Cette marge psoriasique est plus ou moins large, suivant l'étendue du placard. Souvent, en particulier sur le tronc,



FIG. 38. — Psoriasis circiné et marginé. (Collection Brocq-Sottas.)

quand la lésion a atteint un certain degré de développement, le centre de la plaque présente non une guérison, mais une rétrocession manifeste: disparition des squames, atténuation considérable de la rougeur, dépression de la saillie tégumentaire. Au contraire, la marge est recouverte d'une nappe squameuse, blanche ou grise, plus ou moins épaisse. C'est là la *lepra Grecorum*, la lèpre willanique. Enfin, on rencontre simplement de vastes placards irrégulièrement

arrondis ou ovalaires, recouverts d'une couche plâtreuse de squames tout à fait continues, à bords nets, reposant sur le liséré rouge d'inflammation, quelquefois le recouvrant et le dissimulant tout à fait. En découpant ces grands placards, on voit, comme nous l'avons dit, qu'ils résultent de la réunion d'un très grand nombre de papules encore distinctes sous leur couvercle de squames agminées.

Il existe une nomenclature très variée pour désigner les dispositions plus ou moins compliquées affectées par les efflorescences psoriasiques. Le psoriasis est *figurata*, *gyrata*, *scutata*, etc. On compare les placards à des cartes géographiques, à des pièces de monnaie, etc. Tout cela n'a pas grande utilité. On peut cependant mettre à part les cas où les papules se disposent en cercles ou en segments de cercles, en circinations plus ou moins compliquées, et les désigner en bloc sous le nom de psoriasis figurés ou tout simplement de psoriasis circinés. Dans ces cas, la progression de la plaque s'effectue habituellement par un processus centrifuge bien net, tandis que souvent les disques et les placards procèdent d'une poussée d'éléments presque contemporains. Mais

les grandes figures résultent de la réunion fortuite et capricieuse d'un ou plusieurs cercles qui s'intersectent et s'interfèrent. Cette interférence n'est pas absolue. Un élève de Jadassohn, Gassmann, a décrit avec soin une forme de psoriasis à petits cercles dont les traînées serpentineuses s'entre-croisent et chevauchent les unes sur les autres. En pareil cas, la limite du placard est dessinée non par une large bande squameuse, mais par une ligne élégante de papules marginales plus ou moins serrées; c'est à peu près le psoriasis *gyrata* des classiques.

En somme, on voit que le psoriasis normal peut s'offrir sous l'aspect de papules distinctes, — de papules cohérentes en disques et en placards continus, — de papules agminées en figures de circination.

*Localisations.* — Aucun point du tégument corné n'est à l'abri des atteintes du psoriasis; mais parmi les localisations, ou mieux, les distributions qu'il est susceptible d'affecter,



FIG. 40. — Psoriasis disséminé (punctata, guttata et nummulaire) datant de quelques jours. (Collection Brocq-Sottas.)

les unes sont vulgaires, communes, et les autres plus ou moins exceptionnelles; ces dernières rentrent dans les variétés atypiques, et nous n'étudions présentement que les formes ordinaires, normales. On peut en distinguer deux grandes variétés, suivant que l'éruption est généralisée, universelle, ou localisée d'une manière appréciable.

La première forme: *psoriasis papuleux universel*, est loin d'être la plus fréquente; elle est cependant peut-être la mieux caractérisée, la plus pure; elle est constituée par la présence d'un grand nombre de papules à peu près contemporaines, distinctes, sinon isolées, répondant à la papule ou goutte de bougie, à squames relativement minces, larges, à congestion très manifeste. Les éléments psoriasiques sont inégalement répartis sur le tégument, respectant parfois la face, presque toujours la paume des mains et la plante des pieds. Chacune des efflorescences représente exactement la papule type, telle que nous l'avons décrite.

Dans la très grande majorité des cas, le psoriasis se présente localisé très



FIG. 59. — Psoriasis scutata de la jambe chez une jeune femme.

les unes sont vulgaires, communes, et les autres plus ou moins exceptionnelles; ces dernières rentrent dans les variétés atypiques, et nous n'étudions présentement que les formes ordinaires, normales. On peut en distinguer deux grandes variétés, suivant que l'éruption est généralisée, universelle, ou localisée d'une manière appréciable.

La première forme: *psoriasis papuleux universel*, est loin d'être la plus fréquente; elle est cependant peut-être la mieux caractérisée, la plus pure; elle est constituée par la présence d'un grand nombre de papules à peu près contemporaines, distinctes, sinon isolées, répondant à la papule ou goutte de bougie, à squames relativement minces, larges, à congestion très manifeste. Les éléments psoriasiques sont inégalement répartis sur le tégument, respectant parfois la face, presque toujours la paume