

irrégulièrement d'ailleurs, à la peau des membres et du tronc; il y affecte des lieux d'élection et modifie ses allures suivant la région qu'il occupe. Il est à noter



FIG. 41. — Psoriasis de la face.
(Cliché de Constantin. Clinique de Toulouse.)

que, d'après Nielsen, la nuque serait toujours épargnée. Sa localisation à la face antérieure du genou, à la face postérieure du coude est particulièrement commune; elle n'a pas la signification absolue qu'on lui a longtemps accordée; mais si les séborrhéides

sèches siègent volontiers dans ces points, elles n'y offrent jamais la structure papuleuse constante dans le psoriasis. En général, les efflorescences du psoriasis à ce niveau n'atteignent guère un développement considérable en surface; mais elles sont irrégulières, épaisses, tenaces, fixes. La région pré-tibiale présente souvent des placards petits, ou peu épais, parfois congestifs. Sur tous les autres points des membres on peut rencontrer, soit des papules, soit des placards, discoïdes ou irréguliers; mais l'efflorescence psoriasique type ne se rencontre pas dans les régions palmaires et plantaires, car elle y subit des transformations qu'on décrira ultérieurement. Sur le dos des mains et des premières phalanges, on l'observe, mais assez mal.

Sur le tronc, le psoriasis revêt toutes les formes; mais c'est principalement dans le dos et sur la poitrine qu'on voit les placards circonscrits à squames épaisses, à contours géographiques, qui recouvrent parfois d'énormes surfaces. Il est plus volontiers papuleux sur le tégument abdominal. Les auteurs indiquent la région sacrée comme un lieu d'élection; cela n'est pas complète-

ment exact, car c'est précisément un point où les séborrhéides deviennent volontiers psoriasiformes.

Bien qu'on ait tenté de relever une certaine symétrie dans la distribution des efflorescences psoriasiques, elle manque presque constamment, ou, du moins, n'offre nullement des caractères de certitude suffisante.

Il faut mentionner une troisième région comme spécialement atteinte par la maladie: le cuir chevelu (Fig. 45). A ce niveau, surtout à la marge frontale, le psoriasis reste typique, mais avec des squames très minces, une rougeur un peu exagérée, etc.; sur le cuir chevelu même, il y a d'abord des papules parfaitement développées; mais, à côté de ces papules, et parfois sans elles, on note une desquamation extrêmement abondante, où la séborrhée joue un rôle tout à fait important.

Il est à noter que les cheveux sont très généralement respectés; c'est là une remarque qui peut servir à montrer combien la lésion psoriasique est de surface. *Symptômes subjectifs locaux.* — D'une manière générale, on peut admettre que les efflorescences psoriasiques sont dépourvues d'accidents subjectifs; elles ne sont pas prurigineuses. Cependant, cette règle souffre des exceptions nombreuses; je pense même qu'il est bien rare qu'un psoriasique n'ait jamais éprouvé de démangeaisons; mais le prurit est d'ordinaire léger et fugitif. Il n'en est pas toujours ainsi; le prurit peut être sinon intense, du moins très prononcé et persistant. Ce prurit n'offre pas de particularités; il est assurément plus accusé chez les alcooliques, les dyspeptiques et les sujets excitables. Il peut accompagner des lésions tout à fait ordinaires; mais il est beaucoup plus fréquent associé à des lésions irritées ou infectées. Je l'ai vu précéder une éruption papuleuse universelle.

Laycock, dès 1871, a signalé la diminution de la sensibilité au centre des plaques. Rendu, ultérieurement, a fait des constatations semblables; mais la peau est si profondément modifiée, qu'on peut se demander quelle est la valeur de ces phénomènes. *État général des psoriasiques.* — C'a été longtemps un axiome que le psoriasis était la dermatose des gens robustes, « la dartre des forts ». A la vérité,



FIG. 42. — Psoriasis
(Collection Brocq-Sottas.)



FIG. 45. — Psoriasis de la face et du cuir chevelu.
(Collection Brocq-Sottas.)

un très grand nombre de psoriasiques sont très bien portants. Il y a des exceptions ; mais, étant donnée la fréquence de la maladie, on ne doit pas s'en étonner ; on ne peut pourtant pas exiger que le psoriasis mette ceux qui en sont atteints à l'abri de toutes les autres maladies ! Comme d'autres, j'ai vu des psoriasiques se tuberculiser d'une manière aiguë ; mais, précisément, il s'agissait de fièvres alcooliques.

Cependant, il y a lieu d'examiner avec soin les symptômes généraux qui ont été notés de part et d'autre, et auxquels les interprétations pathogéniques ont essayé de conférer une importance plus ou moins méritée.

Le sang des psoriasiques a été l'objet de recherches assez nombreuses. Quinquaud a constaté que l'hémoglobine était en déficit, et Zélenew confirme les assertions de Quinquaud, cependant que Thin l'avait trouvée augmentée. Zélenew a ajouté que le traitement arsenical ne paraissait pas améliorer cette hypoglobulinémie.

La constitution histologique du sang a été étudiée par Canon, qui n'a constaté ni leucocytose, ni éosinophilie ; une seule fois, il rencontra une proportion d'éosinophiles de 10 pour 100. Les premières recherches de Leredde furent aussi à peu près négatives. Plus récemment, Leredde et Sée ont observé de la leucocytose portant principalement sur les polynucléaires. Ils y ont rencontré des formes cellulaires anormales : gros mononucléaires à noyau clair, etc. Mon chef de clinique, Dalous, a trouvé tout à fait sain le sang de quelques psoriasiques, que je l'avais prié d'examiner.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il ne paraît pas qu'on doive attacher une grande importance à ces faits ; leur interprétation est difficile ; l'équilibre leucocytaire, du moins dans certaines limites, est si instable chez les sujets sains, qu'il ne doit pas présenter chez les malades une importance aussi constante qu'on l'a dit.

Sur les urines des psoriasiques, je ne connaissais pas de recherches satisfaisantes. J'en ai fait faire quelques examens qui n'ont révélé aucune anomalie ; mais ces recherches sont tout à fait insuffisantes, et celles de Gastou sont également rudimentaires (diminution de l'urée, hyperacidité, etc.). W. Pick a constaté que la glycosurie alimentaire n'était pas plus fréquente chez les psoriasiques qu'au cours des autres dermatoses.

Verroti⁽¹⁾ a cru pouvoir établir un rapport entre la poussée psoriasique et le fonctionnement du rein : l'urine serait d'autant plus riche en acides que la poussée est plus aiguë. Oro et Mosca signalent l'hypertoxicité urinaire⁽²⁾.

Les accidents subjectifs, qui peuvent être rattachés à des altérations générales du psoriasis, ont, semble-t-il, plus d'importance théorique que réelle. Cependant, même ceux qui considéraient le psoriasis comme une dermatose purement locale, ont signalé l'existence de troubles de la sensibilité. Hebra indique avec précision l'existence de la sciatique. On peut ranger sous deux chefs les accidents de ce genre qui ont été relevés : accidents *rhumatoïdes*,

(1) VERROTI. *Ref. in Giornale ital. de Mal. ven. et d. p.*, 1902, p. 505.

(2) ORO et MOSCA, *Ann. de Derm. et Syph.*, 1905, p. 270.

accidents nerveux, divisions d'ailleurs purement arbitraires, car rien ne prouve que les uns et les autres ne relèvent pas de causes communes. Je désigne comme rhumatoïdes les algies articulaires et musculaires sur lesquelles Besnier et ses élèves ont particulièrement insisté. Il n'est pas possible de savoir si ces algies sont purement épisodiques, ou si elles représentent une forme élémentaire du psoriasis compliqué d'arthropathies que nous aurons à étudier ultérieurement. Quant aux accidents nerveux, ils comprennent soit des phénomènes douloureux, localisés à des sphères nerveuses, en particulier dans celle du sciatique, soit des troubles beaucoup plus généraux : neurasthénie, hystérie, etc.

C'est Polotebnoff qui a le plus vivement insisté sur ces derniers ; mais ils ont été constatés bien avant lui. Willan avait déjà signalé l'inappétence, l'insomnie, relevés aussi par Kaposi. Bazin a vu des migraines, des névralgies ; Hillairet des migraines encore, des cardialgies, etc. ; ce sont des céphalées, des douleurs d'oreilles ; puis des vertiges, des troubles de la station, de l'exagération ou de la diminution des réflexes ; de l'exagération de la sensibilité au courant électrique (déjà signalé par Laycock), etc. A mon avis, tous ces petits accidents sont rares, au moins dans le sud de la France, et je dirai qu'il est plus juste d'y voir des manifestations d'une neurasthénie dépourvue de toute spécificité ; nous sommes trop habitués à rencontrer cette même neurasthénie chez une foule de malades atteints d'affections récidivantes, quoique insignifiantes, du tégument corné ou muqueux ou des organes génitaux, pour admettre qu'elle soit psoriasique. A ce compte-là, les arthrites chroniques, l'herpès récidivant, telles alopecies, les acnés pourraient revendiquer un cortège identique, et je pense que peu de personnes seront tentées de l'accorder. Les accidents d'arthralgies et de myalgies sont beaucoup plus intéressants ; mais il me semble probable qu'ils représentent des complications beaucoup plutôt que des accidents du psoriasis normal.

ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES. — Bien entendu, toute espèce de maladie se peut observer chez les psoriasiques ; mais il en est un certain nombre auxquelles on a attribué, sinon reconnu, une prédilection pour ces maladies.

Je laisse de côté les associations exceptionnelles, telles que celle du tabes, de la sclérose latérale amyotrophique, etc., sur lesquelles nous reviendrons ailleurs. J'indique, en passant, la fréquence relative de la neurasthénie, de l'hystérie, à laquelle nous avons déjà eu l'occasion de faire allusion. J'omets ici tous les désordres « rhumatoïdes », arthropathiques, qu'il nous faudra étudier en même temps que les complications et qui, nettement, possèdent quelque spécificité.

On a signalé, à différentes reprises, des troubles pulmonaires chez les psoriasiques, en admettant une relation possible avec la dermatose : ainsi Gaskoin pour l'asthme, Hillairet pour la bronchite, Quincke et Hölscher pour le catarrhe pulmonaire. Cet asthme, D. Bulkley le considère comme ayant la valeur d'une simple association et non comme l'expression d'une métastase, ainsi que le veut encore Gaucher. Les médecins anglais et américains ont

souvent vu la goutte chez les psoriasiques ; mais cela tient simplement à ce que la goutte est fréquente dans leur sphère d'observation. A Toulouse, je n'ai, en dix ans, rencontré, dans ma pratique, que trois gouteux, et aucun n'était psoriasique.

Pour ma part, je suis très porté à croire que toutes ces associations ne sont que l'effet du hasard et qu'elles ne possèdent aucune signification réelle. Dans un sens inverse, je note que j'ai vu des syphilides prendre un aspect psoriasiforme très marqué chez des individus antérieurement atteints de psoriasis.

MARCHE. — Il y a à décrire : l'évolution de la lésion, l'évolution de la maladie.

La lésion, on l'a déjà vu, marche d'une manière éminemment variable. Parfois elle reste petite, fixe dans ses dimensions, modifiée seulement dans son apparence plus ou moins squameuse, plus ou moins congestive. D'autres fois, elle grandit ou s'étend, en se dilatant ou en se fondant avec des efflorescences voisines. Il est tout à fait impossible de reconnaître une loi quelconque dans cette évolution, qui peut être progressive ou nulle. La progression, même, si elle s'effectue, s'opère dans des limites de temps extraordinairement variables : de quelques jours à quelques mois.

Une papule psoriasique peut-elle guérir spontanément ? Cela est certain, ou, du moins, elle peut disparaître sous des influences extrêmement minimes : bains, etc. D'autre part, dans un très grand nombre de cas, elle peut persister indéfiniment.

Quant à la maladie elle-même, sa marche est absolument capricieuse et déréglée. Elle possède cependant un caractère fondamental : la récurrence certaine et indéfinie.

Par définition, le psoriasis est une maladie chronique ; on peut lui reconnaître deux manières d'être : *type chronique* ordinaire, *type chronique avec exacerbation*. En réalité, ils se confondent : tout psoriasis est chronique ; tout psoriasis est exposé à des exacerbations, c'est-à-dire à des *poussées aiguës*.

Existe-t-il des psoriasis aigus d'emblée, aigu étant pris dans le sens de l'exanthème papuleux universel à apparition prompt et à évolution rapide ? Cela est possible, mais peu probable, et, à coup sûr, rare. Dans l'immense majorité des cas, une éruption généralisée plus ou moins brusque s'effectue sur des sujets déjà porteurs depuis longtemps d'une ou plusieurs efflorescences chroniques, silencieuses, souvent ignorées ou méprisées du porteur.

Comme toutes les dermatoses, le psoriasis est profondément modifié par les altérations importantes, fébriles ou non, qui frappent l'individu en totalité, par ou sans l'intermédiaire d'une détermination viscérale précise. Les pyrexies font disparaître temporairement l'exanthème ; toute cachexie s'accompagne de son effacement ou de sa disparition. Revillet a attribué une influence de cet ordre à la syphilis. C'est là un phénomène physiologique tout à fait dénué de spécificité ; tout le monde sait que la gale s'efface momentanément chez les individus atteints de fièvre violente. Je pense que c'est dans ce sens

qu'il faut interpréter les soi-disant métastases que Gaucher a cru observer et contre la réalité desquelles Hardy lui-même avait déjà protesté.

II. — Psoriasis atypiques.

Il n'est pas facile, il n'est pas possible de donner une définition précise de ce que l'on doit considérer comme un *psoriasis atypique*. Où finit le psoriasis normal ? Où commencent les psoriasis compliqués ? Cependant cette distinction s'impose si l'on veut être clair. Je pense qu'on peut accepter comme *atypiques* les psoriasis où, parmi les symptômes précédemment étudiés, il en est qui font défaut ou sont profondément modifiés, soit que ces modifications se développent sur des lésions du tégument corné habituel, soit qu'elles résultent immédiatement des conditions locales dans lesquelles évoluent les efflorescences. Par suite, nous distinguerons :

- 1° Des psoriasis atypiques essentiels par déviation des lésions cutanées ;
- 2° Des psoriasis atypiques de distribution ;
- 3° Des psoriasis atypiques par influence locale ;
- 4° Des psoriasis atypiques dans leurs symptômes subjectifs.

Ainsi, les psoriasis atypiques se distinguent des psoriasis normaux en ce qu'ils offrent une augmentation, une diminution ou une modification des symptômes réguliers déjà décrits. Ils se distinguent des psoriasis compliqués en ce qu'ils ne supposent l'adjonction d'aucun élément étranger à la maladie pure.

I. PSORIASIS ATYPIQUES ESSENTIELS. — L'anomalie peut se rencontrer dans les squames ou dans la papule dermo-épidermique.

Anomalies dans les squames. — Les squames psoriasiques peuvent être anormales par leur coloration ou par un développement inférieur ou exagéré. En général, la squame psoriasique est blanche, nacréée. Mais elle peut devenir jaunâtre, d'aspect croûteux, grise, et même on l'a vue noire (*psoriasis nigra* de Neumann), mais toutes ces modifications sont peu importantes ; elles résultent d'influences extérieures et se combinent à d'autres déviations primordiales.

Il y a des psoriasis où la squame peut être réduite à une épaisseur minime et à des dimensions très restreintes, presque pulvérulentes ; on les qualifie de *pityriasiformes*, parfois d'ichtyossoïdes. La première appellation est préférable, à la condition qu'on ne veuille pas désigner ainsi certaines variétés de psoriasis *rubra* sur lesquelles nous reviendrons. En pareil cas, il n'est pas toujours facile de savoir quelle est exactement la part de la maladie dans ce phénomène. On a vu que, sur le cuir chevelu, cette modalité pityriasique s'observe fréquemment, et à un très haut degré de développement ; mais il est malaisé de faire la part d'une séborrhée associée au psoriasis. En général, les squames sont fines, minces et peu étendues lorsqu'elles affectent les localisations périlaires, périfolliculaires auxquelles nous avons fait allusion.