

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 goutteux, 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 prompte 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.

Les squames psoriasiques peuvent atteindre un développement anormal en étendue et en épaisseur.

Parfois, principalement aux extrémités, indépendamment de toute eczématisation, les squames s'élargissent considérablement en larges lambeaux épidermiques, isolés, adhérents par un bord. Mais, habituellement, ce sont des exagérations dans l'épaisseur que l'on rencontre. Nous avons parlé des croûtes et de leur substitution à la squame ordinaire. Ces croûtes deviennent jaunes et brillantes lorsqu'elles se superposent à des disques thoraciques, inter-mammaires ou interscapulaires : psoriasis séborrhéique de Brocq, alors



FIG. 44. — Psoriasis à squames épaisses.
(Cliché Constantin. Clinique de Toulouse.)

même qu'il n'y a pas de signe d'eczématisation. En pareil cas, l'exsudation et la diapédèse anormale jouent un rôle essentiel dans de telles modifications. Parmi les psoriasis à squames épaisses, il faut, je crois, établir quelques distinctions (Fig. 44). On les englobe parfois sous la dénomination anglaise de psoriasis rupioïdes. Mais il est facile de voir que, parmi ces psoriasis rupioïdes, figurent des cas différents de toutes manières (Fig. 45). Le psoriasis rupioïde de Fox, d'Anderson, répond au psoriasis ostracea de Lang ; c'est, en somme, un psoriasis infecté au premier chef ; on ne doit pas, à mon avis, donner une telle dénomination à des observations de « cornes psoriasiques », du genre de celles que Gasmann a décrites sur le cuir chevelu. Cependant il peut arriver que, sans infection bien manifeste, sans exsudation notable, les squames s'accumulent, superposées, concentriques, amiantacées, conchyloformes. Une de nos malades, fillette de onze ans, présentait un élément de ce genre, seule efflorescence apparente pendant de longs mois. Au reste, une différenciation rigoureuse est à peu près impossible entre les nombreux cas publiés par les auteurs que j'ai cités, par Wälsch, Deutsch, Casoli, etc., et il n'y a pas lieu, peut-être, d'insister sur une morphologie sans importance réelle.

Anomalies de la papule. — Les dimensions de la papule, le degré d'infiltration dermique sous-jacente, l'épaisseur de l'élément total, disque, placard, etc.,

offrent des variations telles qu'on ne sait pas où commence l'atypicité. Cependant, on peut admettre qu'il peut exister des anomalies par exagération de l'acanthose, par lichénisation, par excès dans l'infiltration sous-épithéliale. Il est nécessaire d'apporter un peu de précision dans la détermination de ce qu'on appelle *psoriasis verruqueux*. Cette appellation est appliquée, suivant les auteurs, à trois déviations bien distinctes : 1° à des psoriasis dits aussi cornés, où l'apparence verruqueuse résulte de l'adhérence et l'apparence mamelonnée des squames, variété qui rentre dans les anomalies par accumulation des squames ; 2° à des psoriasis où l'ablation des squames laisse à nu une papule élargie, manifestement saillante, ferme, lisse, mais comme papillomateuse ; ce serait celle-là seule qu'on devrait au vrai continuer à désigner ainsi ; 5° enfin, à des psoriasis où l'on voit apparaître sur les efflorescence primitives encore en activité ou déjà disparues des formations qui sont franchement des verrues, au moins de structure et d'allure ; en pareil cas, on pourrait admettre, avec juste raison, qu'il s'agit plutôt d'une complication surajoutée ; mais il est plus simple de signaler ici ces faits, qui ne paraissent pas très rares ; Kaposi en a vu sur le scrotum, Rosenthal sur le dos de la main. Dans le cas de Jadassohn-Gassmann, les verrues, semblables à des verrues planes juvéniles, dures et basses, succédèrent à un psoriasis prurigineux. Enfin, Neumann a noté l'association de verrues séniles à un psoriasis. Il existe, du reste, bien d'autres cas de ce genre, ceux de Wälsch, Pick, Majocchi-Casoli, etc., dont l'interprétation varie suivant les observateurs et les circonstances exactes : tantôt l'état verruqueux est considéré comme une réaction acanthosique exagérée relevant du psoriasis, tantôt on a admis qu'il s'agissait de verrues vraies apparues secondairement ; assurément, l'une et l'autre explications peuvent être exactes suivant le détail des faits.

A côté de ces cas rangeons le psoriasis lichénisé de E. Besnier : élévation de la plaque, surfaces quadrillées en losanges, etc., consécutivement à des irritations, à des pressions, etc. Voilà encore un exemple de complexité de la nomenclature des qualificatifs du psoriasis ; il faut bien se garder de confondre ce psoriasis lichénisé avec le psoriasis que Brocq appelle lichénoïde : le lichénoïde de Brocq se rapproche du pityriasis rubra pilaris ; il répond donc exactement à ce que Casoli appelle psoriasis pityriasiforme ; variétés dis-

offrent des variations telles qu'on ne sait pas où commence l'atypicité. Cependant, on peut admettre qu'il peut exister des anomalies par exagération de l'acanthose, par lichénisation, par excès dans l'infiltration sous-épithéliale. Il est nécessaire d'apporter un peu de précision dans la détermination de ce qu'on appelle *psoriasis verruqueux*. Cette appellation est appliquée, suivant les auteurs, à trois déviations bien distinctes :

1° à des psoriasis dits aussi cornés, où l'apparence verruqueuse résulte de l'adhérence et l'apparence mamelonnée des squames, variété qui rentre dans les anomalies par accumulation des squames ; 2° à des psoriasis où l'ablation des squames laisse à nu une papule élargie, manifestement saillante, ferme, lisse, mais comme papillomateuse ; ce serait celle-là seule qu'on devrait au vrai continuer à désigner ainsi ; 5° enfin, à des psoriasis où l'on voit apparaître sur les efflorescence primitives encore en activité ou déjà disparues des formations qui sont franchement des verrues, au moins de structure et d'allure ; en pareil cas, on pourrait admettre, avec juste raison, qu'il s'agit plutôt d'une complication surajoutée ; mais il est plus simple de signaler ici ces faits, qui ne paraissent pas très rares ; Kaposi en a vu sur le scrotum, Rosenthal sur le dos de la main. Dans le cas de Jadassohn-Gassmann, les verrues, semblables à des verrues planes juvéniles, dures et basses, succédèrent à un psoriasis prurigineux. Enfin, Neumann a noté l'association de verrues séniles à un psoriasis. Il existe, du reste, bien d'autres cas de ce genre, ceux de Wälsch, Pick, Majocchi-Casoli, etc., dont l'interprétation varie suivant les observateurs et les circonstances exactes : tantôt l'état verruqueux est considéré comme une réaction acanthosique exagérée relevant du psoriasis, tantôt on a admis qu'il s'agissait de verrues vraies apparues secondairement ; assurément, l'une et l'autre explications peuvent être exactes suivant le détail des faits.

A côté de ces cas rangeons le psoriasis lichénisé de E. Besnier : élévation de la plaque, surfaces quadrillées en losanges, etc., consécutivement à des irritations, à des pressions, etc. Voilà encore un exemple de complexité de la nomenclature des qualificatifs du psoriasis ; il faut bien se garder de confondre ce psoriasis lichénisé avec le psoriasis que Brocq appelle lichénoïde : le lichénoïde de Brocq se rapproche du pityriasis rubra pilaris ; il répond donc exactement à ce que Casoli appelle psoriasis pityriasiforme ; variétés dis-



FIG. 45. — Psoriasis nummulaire.
— Squames épaisses, croûteuses au centre, entourées de bords rouge vif. Prurit intense. (Photographie Brocq-Sottas.)

tinctes et que nous préférons étudier ultérieurement, en même temps que les psoriasis rouges. Encore faut-il connaître l'exanthème lichénoïde et psoriasiforme de l'école de Breslau, qui paraît bien voisin du psoriasis, puisque Juliusberg considère comme lui appartenant l'observation de Fournier-Eudlitz, déterminé par ces auteurs : psoriasis syphiloïde en gouttes. A lire les observations de Neisser, de Jadassohn, de Pincus, de Juliusberg, il semble que la principale différence réside dans la fixité et la ténacité extrême des éléments éruptifs; mais nous ne pouvons espérer qu'avec beaucoup de ménagement la synthèse du psoriasis et de ces cas jusqu'au jour où ceux qui les ont observés l'accepteront eux-mêmes; peut-être n'en sont-ils pas bien éloignés. En tout cas, voici comment Brocq a systématisé sous le nom de *parapsoriasis* les faits de ce genre.

Brocq propose le nom de PARAPSORIASIS pour désigner toute une série de dermatoses rares constituant des faits de passage entre le psoriasis et les séborrhéides psoriasiformes et pityriasiques d'une part, le lichen plan d'autre part. Ces faits ont été déjà partiellement décrits par Unna sous le nom de *Parakeratosis variegata*, par Jadassohn sous les noms de *Exanthème psoriasiforme et lichénoïde* et de *Dermatite psoriasiforme nodulaire*, par Juliusberg sous celui de *Pityriasis lichénoïde chronique*, par lui-même sous celui d'*Erythrodermies pityriasiques en plaques disséminées*, par Radcliffe Crocker sous celui de *Lichen variegatus*.

Leurs grands caractères communs sont leur longue durée, leur peu de retentissement sur l'état général, l'absence totale ou presque totale de prurit, la superficialité du processus qui est constitué par une rougeur variable du derme et par une desquamation pityriasique plus ou moins prononcée pouvant même faire défaut, et leur résistance extraordinaire à la médication locale. Histologiquement, elles sont caractérisées par une infiltration de cellules rondes autour des vaisseaux papillaires qui sont dilatés, par de l'aplatissement des papilles et par une tendance à leur disparition, par de l'œdème très accentué des parties supérieures du derme et de l'épiderme, par une disparition presque complète de la couche germinative, par de la dilatation des espaces intercellulaires de la couche épineuse, par de l'œdème de la couche granuleuse qui manque par places : au niveau de ces derniers points on trouve des noyaux dans les cellules de la couche cornée.

D'après les faits que Brocq a personnellement observés, il croit devoir en décrire trois variétés ou pour mieux dire trois formes objectives principales :

La première, à laquelle il a donné le nom de *Parapsoriasis en gouttes*, est très voisine du psoriasis; elle ressemble surtout à une abondante syphilide papuleuse et papulo-squameuse sans infiltration, ou à un psoriasis en gouttes avorté. Elle est constituée par de petits éléments isolés, disséminés, maculeux ou légèrement papulo-squameux. Les faits de Jadassohn rentrent probablement dans cette première variété.

La deuxième, à laquelle il donne le nom de *Parapsoriasis lichénoïde*, est une forme morbide intermédiaire au psoriasis et au lichen plan. Elle est



I.



II.

Masson et C^{ie} Éditeurs, Paris.Imp. Firmin Didot et C^{ie} Paris.I. *Psoriasis rupioïde*Main - Moulage Baretta, Musée Hôp. S^t Louis N^o 794 (E. Besnier)II. *Psoriasis annulaire*Moulage Baretta, Musée Hôp. S^t Louis N^o 2036 (Hallopeau)

constituée par de petits éléments pseudo-papuleux, parfois aplatis et brillants parfois d'aspect atrophique, se réunissant pour former des réseaux plus ou moins irréguliers, parfois même des plaques, de telle sorte que l'éruption dans son ensemble offre une apparence bigarrée assez caractéristique. Les faits d'Unna et surtout ceux de Radcliffe Crocker semblent rentrer dans ce groupe.

La troisième, à laquelle Brocq donne le nom de *Parapsoriasis en plaques*, est une forme morbide voisine du psoriasis et des séborrhéides. Elle est constituée par des plaques circonscrites, assez bien limitées, de 2 à 6 centimètres de diamètre, disséminées çà et là sur les téguments, plus ou moins squameuses. Ce sont les Érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées.

Entre ces trois groupes de faits, il y a des faits de passage : il en existe également entre les diverses variétés et les dermatoses déjà connues, lichen, psoriasis, séborrhéides avec lesquelles elles ont des affinités.

D'autres modifications, parfois considérables, peuvent avoir pour théâtre le tissu conjonctif sous-épidermique ; exemple les variétés à début urticarien de Brocq. Les plus intéressantes ont mérité le nom de *psoriasis éléphantiasique*. Elles sont décrites par Kaposi. Balzer et Michaux en ont publié une observation. En pareil cas, il s'agit de lésions très anciennes, mal soignées, des membres inférieurs ; presque toujours, les efflorescences revêtent un type plus ou moins verruqueux. Il est vraisemblable que les infections et les irritations secondaires et la stase variqueuse jouent un rôle actif dans la production de cet œdème chronique et fixe.

Toutes ces anomalies s'observent sur des éléments de psoriasis en activité. On a vu que ceux-ci disparaissent en laissant momentanément une macule légère ou une décoloration : chromodermie ou leucodermie sont en parties sous l'influence de la médication, mais pas autant qu'on le croit ; je crois même que la leucodermie n'est nullement médicamenteuse, si nous acceptons les données d'après lesquelles le pigment est détruit dans la papule. Quoi qu'il en soit, les macules hyperchromiques sont à peu près constamment temporaires, et elles paraissent plus fréquentes, après le traitement arsenical qu'après tout autre. Au contraire, il peut arriver que les taches achromiques persistent pendant un temps très long. Nielsen signale ces faits sur lesquels Hallopeau, Rille ont insisté et qui ont encore fait l'objet de discussions portant sur leur cause. Je dois faire ici mention de l'observation de Purdon qui aurait vu des chéloïdes succéder à des éléments de psoriasis traités par la teinture d'iode. Thibierge a très judicieusement observé que la teinture d'iode était probablement beaucoup plus coupable que le psoriasis.

II. PSORIASIS ATYPIQUES DANS LEUR DISTRIBUTION. — Bien que cela puisse paraître paradoxal, il faut considérer comme atypique tout psoriasis dont les éléments éruptifs sont distribués d'une manière systématique, tout psoriasis *systématisé*.

Nous ne considérons pas comme tels les cas où papules, disques ou pla-