

générale, soit dans l'étendue de territoires circonscrits, la nutrition, le pouvoir de résistance d'un épiderme déjà prédisposé.

Pour conclure : ne devient psoriasique que celui qui apporte en naissant une prédisposition nécessaire, et qui rencontre au cours des événements les parasites aptes à déterminer l'apparition de lésions cutanées en puissance; cependant que des altérations fondamentales, dyscrasiques ou nerveuses, favorisent l'explosion des accidents en débilitant, d'une manière continue ou paroxystique, l'épiderme sans cesse en défaillance.

Mais nous ne pouvons même pas affirmer l'unité du contagé; nous ignorons également si cette prédisposition est elle-même univoque, transitoire ou passagère.

Que cliniquement, il y ait un psoriasis, personne n'en peut douter, et cela suffit au praticien, mais il n'y a que lui qui ait le droit d'être satisfait, et il ne faudra point être étonné si, un jour, nous voyons notre psoriasis transformé en un groupe de maladies psoriasiformes, parmi lesquelles l'avenir opérerait successivement des sélections inattendues ⁽¹⁾.

V

DIAGNOSTIC

Dermatose passablement polymorphe, de structure et d'apparence parfois indécelées, le psoriasis peut être assez difficile à reconnaître. Ou bien une autre maladie engendre des efflorescences cutanées plus ou moins psoriasiformes, ou bien un psoriasis subit des déviations telles que son aspect complètement modifié le rend semblable à d'autres affections, par ailleurs entièrement distinctes.

Si l'on voulait énumérer et différencier en détail toutes les dermatoses capables d'être confondues avec le psoriasis, on pourrait passer en revue toutes les dermatoses, depuis la lymphodermie perniciose ou les érythrodermies prémycosiques jusqu'à la gale ou la trichophytie. On nous permettra donc d'éliminer après un simple énoncé les affections qui ne sont qu'exceptionnellement et vaguement psoriasiformes : certaines variétés de lupus érythémateux, quelques formes cornées de lichen plan, le pityriasis rosé de Gibert, telles altérations unguéales, etc., etc., dont le diagnostic différentiel trouvera mieux sa place dans l'article consacré aux unes ou aux autres.

Nous nous bornerons à indiquer rapidement les accidents grâce auxquels le psoriasis peut être confondu avec la syphilis, l'eczéma et telles « érythrodermies ». En réalité, on se propose de faire ressortir les analogies accidentelles bien plutôt que de montrer les différences.

En ce qui concerne la *syphilis*, actuellement, tout le monde est d'accord

⁽¹⁾ C'est une opinion de ce genre, mais poussée à l'extrême, que défend Bollini (*Giorn. ital. delle mal. ven. et della pelle*, 1901, p. 815).

pour exclure de la nomenclature l'expression de psoriasis palmaire ou plantaire pour désigner les syphilides squameuses sèches des paumes et des plantes. En réalité, le véritable psoriasis existe sur les mêmes régions, mais il est relativement rare; ordinairement (non toujours) il est associé à d'autres manifestations bien reconnaissables; enfin, et surtout, la ressemblance paraîtra en réalité faible pour celui qui aura connaissance de l'une et l'autre lésion.

Pour tout autre, le diagnostic s'appuiera principalement sur l'existence d'autres déterminations éloignées restées fidèles à leur type originel, sur la recherche des antécédents, sur l'observation de l'évolution, sur l'influence du traitement; localement, l'intensité du processus desquamatif marginal, l'absence de papulation nette, l'étendue des placards, etc., aideront à éviter une erreur que je crois, en somme, assez exceptionnelle.

Par contre, on doit savoir qu'il existe une syphilide psoriasiforme tégumentaire en placards disséminés dont les éléments sont complètement identiques à des efflorescences psoriasiques vraies tout à fait typiques. J'ai rencontré des cas où le diagnostic était impossible, et l'erreur fatale, en l'absence d'antécédents, ou d'autres accidents plus significatifs; cette syphilide peut être très précoce et, pour se prononcer d'une manière assurée, on doit attendre l'apparition d'autres accidents, tels que des plaques muqueuses. Je ne parle pas ici des papules larges syphilitiques du cuir chevelu; celles-ci peuvent, il est vrai, ressembler singulièrement à des papules psoriasiques de la même région; mais elles sont presque constamment associées à d'autres éléments mieux caractérisés; les mêmes données permettront de reconnaître la véritable nature de certaines syphilides papuleuses squameuses généralisées; notons d'ailleurs qu'en cas de syphilis la papule est beaucoup plus solide, beaucoup mieux apparente; elle s'efface moins bien à la pression, et traduit en somme des modifications sous-épithéliales infiniment plus intenses et plus stables. Ces dernières sont encore bien plus prononcées quand on se trouve en présence de certaines syphilides tertiaires dont l'apparence psoriasiforme est assez grossière, et qui se reconnaîtront d'ailleurs sans grande difficulté si l'on se renseigne sur leur évolution, et si l'on examine avec un soin suffisant la coexistence et le degré d'infiltration de leur base.

La question de la différenciation de l'eczéma est au contraire très complexe et soulève de nombreuses incertitudes.

D'abord, existe-t-il des rapports entre le psoriasis et l'eczéma? et lesquels? Pour répondre à cette question, il faudrait préalablement s'entendre sur le sens qu'on doit attribuer au vocable « eczéma », et l'on sait que sa signification varie singulièrement suivant celui qui l'emploie. En fait, on a vu des dermatologistes autorisés admettre la transformation possible du psoriasis en eczéma; mais une telle manière de voir résulte essentiellement de la conception qu'ils peuvent avoir de l'eczéma.

Si on a voulu dire que tels éléments du psoriasis sont susceptibles de s'eczématiser, c'est-à-dire de se surcharger de suintement, l'expression était

justifiée; nous avons décrit ces psoriasis eczématisés; nous les avons considérés comme adultérés par une complication accidentelle, septique, toujours éphémère, favorisée par des conditions locales, etc.; mais nous nous refusons absolument à les considérer comme pouvant rentrer dans le cadre eczéma.

D'autre part, il peut arriver qu'un placard d'eczématisation neurodermique revête un aspect plus ou moins psoriasiforme; mais la ressemblance est toujours assez grossière, et la confusion serait purement objective. En réalité, l'eczéma tel que je le comprends n'a rien de commun avec le psoriasis. Au contraire, une foule de cas appartenant à l'ancien groupe eczéma, ceux-là qui caractérisaient l'eczéma séborrhéique de Unna, qui constituent essentiellement nos séborrhéides eczématisantes, se rapprochent sensiblement du psoriasis. Déjà Unna a vivement insisté sur ces points de contact et a montré leur importance au double point de vue clinique et histologique, et il en aurait volontiers opéré la synthèse; nous ne pensons pas qu'il faille aller jusque-là. Cependant le diagnostic peut devenir extrêmement difficile, voire impossible, et non seulement le diagnostic clinique, mais encore la différenciation nosologique; c'est là une étude qui sera mieux à sa place quand nous étudierons les séborrhéides; nous verrons alors Torök réclamer pour le psoriasis telles altérations que nous considérons comme des séborrhéides. Pour le moment, nous plaçant au seul point de vue clinique, nous dirons qu'en cas de doute motivé il vaut mieux opter pour le psoriasis; en fait, les différences peuvent être minimes: rareté ou absence de toute formation papuleuse dans les séborrhéides, permanence rigoureuse de la forme sèche et squameuse de l'éruption psoriasique, inefficacité du soufre dans ce dernier cas, tels sont quelques-uns des meilleurs renseignements. Mais, dans bon nombre de cas, la détermination ne peut se faire sur un seul examen; on est obligé de s'appuyer sur une observation prolongée pendant des mois et des années; il est rare qu'au cours des temps quelque épisode ne se produise pas pendant lequel la maladie originelle ne s'offre pas avec son aspect typique, de psoriasis ou de séborrhéide. J'ai dit que nous reviendrions plus longuement sur ce sujet; mais, d'ores et déjà, il faut admettre que: dans l'état actuel de nos connaissances, il existe des cas frontières, des observations de passage dont la détermination est et reste impossible; peut-être sont-ce là des formes mixtes dont l'avenir nous permettra une conception précise, mais dont la signification actuelle nous échappe complètement.

Des réflexions assez semblables s'imposent si l'on aborde le diagnostic du psoriasis rubra d'avec d'autres variétés d'érythrodermie.

Lorsque la rougeur et la desquamation respectent des zones plus ou moins étendues de peau saine, un dermatologiste un peu expérimenté évite la confusion sans trop de difficultés, d'autant plus que, au voisinage des bords de l'épiderme, on découvre habituellement des papules encore typiques. Mais quand ces éléments font défaut, quand la dermatite est à peu près universelle, le diagnostic peut présenter une difficulté extrême. Je me rappelle avoir vu dans le service de Besnier un galeux qui avait pu passer pour un psoriasique;

tel autre malade fut considéré comme atteint d'érythrodermie prémycosique par des dermatologistes fort compétents, tandis que d'autres, également compétents, n'y voyaient rien autre que du psoriasis. J'ai déjà signalé ces faits qui sont absolument démonstratifs: le psoriasis peut subir des transformations telles qu'il devient méconnaissable. Dans ces cas, l'état des ongles peut encore rendre quelques services; mais nous savons que l'onyxis psoriasique n'est guère spécifique, que le psoriasis *rubra* peut s'accompagner d'alopécie et de chute des ongles, etc. Dans de telles conditions, on n'a de secours que dans l'analyse des accidents antérieurs, dans l'étude des circonstances qui ont pu provoquer l'apparition de la dermatose actuelle, de sa métamorphose, et, mieux encore, dans l'observation de la marche des événements.

Mais, enfin, on a vu que le psoriasis *rubra* pouvait représenter un état irrémédiable, définitif, transformation du psoriasis, plutôt que psoriasis pur et vrai; alors, non seulement le diagnostic est impossible, mais encore inutile, peut-être injustifié.

Mêmes réflexions à propos du pityriasis rubra pilaris: si ce dernier est bien constitué, tout le monde le reconnaît; mais telles formes bâtardes de l'une et l'autre maladie cessent d'être distinguables et, peut-être, d'être distinctes. Et cela encore se répète, quoique plus exceptionnellement, à propos des séborrhéides généralisées à forme objective de pityriasis *rubra*, et enfin à propos de ce fameux pityriasis *rubra* de Hebra qui reste à peu près introuvable en France.

Que conclure? Cela seul: que le psoriasis n'est pas constitué par la seule forme ou disposition des éléments éruptifs, mais bien par l'ensemble des caractères qu'il peut offrir, et particulièrement par ceux que révèle l'étude de la maladie et des symptômes cutanés. C'est le principe qu'il ne faut jamais perdre de vue toutes les fois qu'on se trouve en présence de variétés ambiguës, parfois indéterminables, dont nous venons de rappeler l'existence.

VI

TRAITEMENT

Le psoriasis est, par définition, une affection indéfiniment récidivante; il peut présenter des rémissions plus ou moins prolongées; il peut se limiter à des manifestations tout à fait discrètes; mais je ne crois pas qu'aucun dermatologiste sérieux ose affirmer avoir guéri un psoriasique. Il résulte de cet état de chose que la thérapeutique de cette maladie est extraordinairement riche et complexe, richesse toute apparente, d'ailleurs, et complexité peu justifiable; on s'explique, enfin, l'existence des innombrables réclames qui occupent la quatrième page des journaux ou même se glissent dans les comptes rendus des Sociétés médicales, respectables, mais, à ce sujet, trop confiantes et mal éclairées.