

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 minimales: 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.

Le traitement du psoriasis doit répondre à des indications de deux ordres : les unes sont relatives à la nutrition, à l'état général du malade ; les autres au traitement des manifestations cutanées.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Il faut régler l'existence des psoriasiques, soit en ce qui touche leur régime alimentaire, soit au sujet de l'hygiène de leur tégument.

*Régime alimentaire.* — A vrai dire, cette question ne paraît pas avoir une très grande importance. On a vu que les excès de viande n'ont probablement pas une aussi grande influence que cela a été dit, principalement par Bulkley, et j'en ai donné cette raison que le psoriasis se rencontre très bien chez les paysans du Midi, qui n'en mangent guère. Cependant E. Besnier, et aussi la plupart des médecins, admettent que le régime végétarien, substitué à un régime carné, agit d'une manière certaine dans un sens favorable. D'autre part, les aliments épicés, irritants, constipants, semblent favoriser les poussées. Enfin, il est absolument certain que l'alcoolisme provoque et aggrave notablement la maladie. Il en résulte que, d'une manière générale, on devra recommander la sobriété, dans le sens le plus large que l'on donne à ce mot, et, dans la mesure du possible, on supprimera les boissons alcooliques, et en particulier les liqueurs, etc.

Il serait péril de compter sur un traitement médicamenteux préventif.

*L'hygiène de la peau*, au contraire, doit être soigneusement réglementée ; il est très vraisemblable qu'un régime réglant sagement l'alimentation cutanée et la propreté de la peau puisse avoir une influence utile sur la raréfaction et l'atténuation des manifestations éruptives, et l'on ne peut qu'approuver les prescriptions données par Bœck et autres.

En dehors même des périodes de maladie apparente, un psoriasique devra prendre au moins deux bains par semaine, alcalins de préférence ; je crois qu'il ne faut pas recommander aveuglément des bains sulfureux ; dans l'intervalle, hydrothérapie journalière ou, au moins, pratique minutieuse du tub ; surveillance étroite du linge de corps, etc. Je ne crois pas qu'un traitement hydrominéral quelconque puisse agir à titre préventif ; il est seulement capable de modifier utilement le psoriasis d'un sujet à qui ses occupations ou ses conditions habituelles d'existence ne permettraient que difficilement un traitement exact et régulier. On ne saura donc le considérer que comme un adjuvant, et nous aurons à y revenir quand nous nous occuperons de la balnéation en général, ou du traitement arsenical, suivant la composition et le mode d'utilisation de ces eaux.

TRAITEMENT DE L'ÉRUPTION. — Il peut être interne ou externe.

*Traitement interne.* — Qu'un médicament absorbé par les voies digestives ou immédiatement introduit dans la circulation par une injection puisse exercer une action salutaire, parfois puissante, sur un psoriasis, cela ne peut être mis en doute. Mais les résultats sont plus incertains et moins rapides que ceux obtenus par la seule médication externe.

Actuellement, on ne peut accorder au traitement interne du psoriasis qu'une valeur d'expérimentation physiologique ; elle met en évidence l'action de telle ou telle substance sur la nutrition du tégument ; cette action, du reste, peut être attribuée à deux processus : ou bien le médicament agit sur l'épiderme et les lésions qu'il présente d'une manière immédiate ; ou bien il opère, grâce aux modifications, aux bouleversements qu'il détermine dans la nutrition générale du porteur, médication altérante au premier chef, disaient les anciens thérapeutes.

Le nombre des substances administrées plus ou moins utilement au cours du psoriasis est immense. Je relève dans Brocq l'énumération suivante : « Hura brésiliensis, rhus radicans, daphne mezereum, hydrocotyle asiatica, copahu, baume de Gurjun, térébenthine, huile de foie de morue, antimoine, manganèse, baryte, acide phénique, goudron et ses dérivés, teinture de cantharide, phosphore, jaborandi, acide chrysophanique, sulfate de zinc ». A cette liste joignons, d'après Besnier : le salicylate de soude, le salicylate de phénol, l'ergotine, la digitale, la strychnine, etc. Les mercuriaux ont été administrés par la bouche et en injection (oxyde jaune, calomel). Toutes ces substances, et probablement beaucoup d'autres essayées ou non, sont capables de provoquer des modifications favorables dans l'éruption d'un psoriasique ; mais je ne crois pas être injustement exclusif en disant qu'aucune d'elles ne mérite d'être utilisée dans la simple pratique ; leur action est toujours infidèle ou incomplète, et constamment leur emploi comporte des dangers qui dépendent précisément de l'intensité des modifications physiologiques générales qu'on en exige. C'est donc par respect pour la tradition, plus que pour tout autre motif, que nous étudierons avec un peu plus de soin le traitement du psoriasis par l'arsenic, l'iode du potassium et l'opothérapie thyroïdienne.

Le *traitement arsenical* exerce assurément une influence curative énergique sur un grand nombre de psoriasis ; mais il en est qui échappent presque complètement à son action ; quelques-uns peuvent en être aggravés ; quant à ceux qui guérissent, la cure exige plus de temps et autant de surveillance que les traitements externes. Enfin, il ne prévient nullement les récurrences. Pour obtenir un effet utile, il faut donner des doses élevées ; on y arrive progressivement en partant de doses légères augmentées jour par jour. La décroissance doit être lente ; il faut éviter de cesser brusquement lorsque l'on a amené le malade aux fortes doses.

C'est pourquoi beaucoup de médecins aiment à se servir de la préparation si connue sous le nom de Liqueur de Fowler. On peut partir d'une dose quotidienne de 10 gouttes ; on l'augmente chaque jour de 2 gouttes ; à partir de 50 gouttes par jour, il faut surveiller soigneusement les malades, surtout s'il s'agit de femmes ; chez la plupart des hommes, on arrive à administrer 50, 40 gouttes, sans trop d'inconvénients. Les premiers accidents d'arsenicisme sont la diarrhée et les palpitations ; quand ils commencent à se manifester, il faut modérer la quantité de médicament. Pendant sept à huit jours, sauf contre-indication, on maintient le malade aux doses maxima, puis on diminue

progressivement de 2 gouttes par jour jusqu'à ce que l'on soit revenu aux 10 ou 12 gouttes quotidiennes du début. On reprend alors l'administration ascendante déjà prescrite, et ainsi de suite. Il faut de six à sept semaines en moyenne pour blanchir un psoriasis; les éléments disparaissent en laissant des macules pigmentaires peut-être arsenicales, d'ailleurs transitoires. Il faut toujours faire prendre la liqueur de Fowler, comme les autres arsenicaux, au moment et au début des repas.

Brocq utilise la solution suivante :

Arséniate de soude . . . . .	10 centigrammes.
Eau distillée . . . . .	200 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise . . . . .	50 —

par cuillerée à café, en partant d'une par jour et en arrivant progressivement à quatre. Le dosage me paraît moins aisé qu'avec la liqueur de Fowler. En Allemagne surtout, on se sert beaucoup des pilules asiatiques :

Acide arsénieux . . . . .	5 milligrammes.
Poivre noir pulvérisé . . . . .	5 grammes.
Gomme arabique . . . . .	1 gramme.
Eau . . . . .	Q. S.

pour une pilule : de 1 à 15 pilules. La formule donnée par Kaposi indique 0,0075 d'acide arsénieux par pilule; on ne dépasse pas 10 pilules.

Il y a beaucoup d'autres préparations arsenicales, parmi lesquelles on pourra choisir. Je rappelle la solution de Donovan-Ferrari, qui contient de l'iodure d'arsenic associé au bi-iodure de mercure.

On conseille quelquefois l'administration de l'eau de la Bourboule ou d'autres sources plus ou moins riches en arsenic.

L'arsenic s'administre aussi en injection sous-cutanée ou intra-veineuse; parmi les préparations utilisées de cette manière, une seule mérite encore quelque attention de la part du praticien : le cacodylate de soude préconisé par Gautier, Danlos. Nous savons que si le cacodylate de soude peut être donné par la bouche, il est toujours préférable de l'introduire par la voie sous-cutanée. Danlos est arrivé à injecter jusqu'à 0,72 par jour et a ainsi modifié avantageusement en deux mois et demi un malade atteint d'une manière particulièrement grave. Par la bouche, on est arrivé à 0,60 par jour; en pilule de 0,05 chacune.

Le cacodylate de soude a été employé de divers côtés avec des résultats généralement bons; mais il ne paraît pas habituellement très supérieur aux autres arsenicaux. Toutefois, il reste probablement la meilleure préparation pour les injections sous-cutanées.

En règle générale, lorsque quatre à cinq semaines de traitement arsenical n'ont pas procuré une notable amélioration, il est inutile de persister. Il est clair que, dans les cas exceptionnellement graves, résistant aux autres procédés thérapeutiques, les indications sont profondément modifiées; c'est affaire au médecin de juger de la situation.

Le traitement ioduré a été étudié par Haslund. Haslund a montré qu'on pouvait guérir le psoriasis en administrant pendant un temps suffisant de hautes doses d'iodure de potassium. Il faut en donner des quantités variant de 15 à 50 grammes par jour. La méthode d'Haslund a l'avantage d'apprendre au praticien à administrer KI. En fait, on peut faire ingérer et digérer, sinon absorber, des doses de KI illimitées; il suffit de le faire avaler dans de grandes quantités de liquides, par doses fractionnées et répétées. On évite ainsi les accidents gastriques, les seuls à redouter. J'ai ainsi fait prendre, sans aucune difficulté, des doses de 25 à 40 grammes, quotidiennement, pendant quarante et soixante jours, et les malades en auraient toléré davantage si cela avait été prescrit. La méthode d'Haslund impressionne le psoriasis; elle en guérit quelques-uns; mais un bon nombre lui échappe complètement. E. Besnier l'a vue influencer heureusement les arthropathies d'un psoriasis grave. Dans mes mains et dans les mêmes circonstances, elle est restée complètement impuissante de toute manière.

La méthode d'Haslund conserve surtout un intérêt physiologique, car peu d'observateurs ont été aussi heureux que Cerchez, qui a obtenu 17 succès sur 19 cas. Cependant, elle a été essayée par un très grand nombre de dermatologistes de tous pays, et si, à peu près unanimement, on a constaté que KI, à très hautes doses, influençait favorablement le psoriasis, il était, en somme, un assez pauvre moyen de guérison.

Un certain nombre d'essais ont été faits avec l'iodothyryne; cette substance a paru posséder quelque action; mais elle n'est assurément pas digne de rester dans la pratique en ce qui touche le traitement du psoriasis. Elle nous offre une transition facile entre l'étude de la médication iodurée et celle de l'opothérapie thyroïdienne.

La médication thyroïdienne a été vivement prônée par Byron Braunwell; un très grand nombre de médecins l'ont essayée. Tous ont été unanimes pour reconnaître que le corps thyroïde, administré par la bouche ou en injection sous-cutanée, agissait avantageusement sur le psoriasis. Le fait est intéressant au point de vue physiologique; on peut se demander si c'est l'iodothyryne, ou l'arsenic ou telle autre substance contenue dans une préparation aussi complexe qui possédait une telle influence. Mais, au point de vue pratique, les résultats sont extrêmement irréguliers. En France, Méneau, Thibierge, Thévenin, moi-même, nous n'en avons pas retiré de grands avantages; l'action a été nulle sur mes trois malades; Thibierge, qui a fait de la médication une étude complète et méthodique, juge qu'elle est non seulement insuffisante, mais parfois dangereuse, et qu'à coup sûr les indications doivent être tout à fait exceptionnelles.

Pour conclure : des nombreuses substances administrées à l'intérieur pour guérir le psoriasis, il nous paraît que seul l'arsenic conserve un intérêt pratique réel; il peut encore se prescrire contre les formes moyennes toutes les fois que des contre-indications se présenteront à l'emploi des topiques externes. Mais ce serait une erreur que d'en attendre une cure plus durable que de tout

autre moyen; d'autre part, elle est assurément moins rapide et, pour être efficace, nécessite souvent autant de surveillance. Enfin, dans les cas aigus, ceux-là même où l'emploi des médications externes est le plus difficile, l'arsenic n'est pas indiqué. Je pense donc que, en règle générale, le praticien un peu habitué aux dermatoses aura tout intérêt à recourir à la thérapeutique que nous allons rapidement exposer.

*Traitement externe.* — Avant tout, un mot sur les *bains*.

La *balnéation* joue un rôle fondamental, essentiel dans le traitement du psoriasis. Au contraire de ce qui se passe dans la cure d'un grand nombre de dermatoses eczématiformes, le bain est ici presque toujours utile, jamais nuisible. Sans parler des grandes formes érythrodermiques, irritées, qui ne tolèrent aucune application et qui ne sont guère améliorées que par les bains extrêmement prolongés, sinon continus, tous les psoriasis réclament des bains. Ceux-ci ont divers avantages: ils décapent les placards, décongestionnent et désinfectent la totalité des téguments, modèrent et régularisent l'action des pommades, qui, toutes, agissent par l'intermédiaire d'une certaine irritation.

Il faut donc prescrire des bains fréquents, quotidiens, pour peu que les placards soient larges et infiltrés. Leur durée varie de une à deux heures; elle sera prolongée si les accidents cutanés sont particulièrement intenses ou profonds. La qualité des bains est assez indifférente; on peut les prescrire simples, alcalins ou amidonnés; je pense que les bains sulfureux doivent être laissés de côté. En effet, des bains sulfureux prolongés deviennent facilement irritants et sont d'ailleurs souvent mal tolérés. Tous ces bains doivent être tièdes, c'est-à-dire à une température agréable, et on les réchauffe au fur et à mesure du refroidissement.

Voici une formule de Balzer, pour préparer un bain cadique:

Huile de cade. . . . .	50 grammes.
Extrait de quillaya. . . . .	Q. S
Jaune d'œuf. . . . .	N° 1
Eau distillée. . . . .	250 grammes.

à verser dans un bain après mélange.

Parmi les thermes hydrominéaux vantés contre le psoriasis, les uns agissent surtout en boissons, en tant qu'arsénicaux; ainsi la Bourboule; d'autres, comme Louesche, comportent des bains très prolongés, passablement chauds, et influent sur l'éruption par l'intermédiaire d'une poussée érythémateuse et desquamative.

Au reste, je suis très porté à admettre que certains psoriasiques auront le plus grand intérêt à faire des séjours dans des stations d'eaux minérales à thermalité faible sous tous les rapports. Partout où ils rencontreront un médecin honnête et instruit, des bains susceptibles d'être prolongés et de bonnes conditions d'hygiène, ils guériront d'autant plus aisément que tout leur temps pourra être consacré à un traitement qui devra d'ailleurs faire appel à tous les autres moyens possibles; mais, en fait, des résultats semblables et

égaux peuvent et doivent être obtenus dans quelque résidence que se trouve le malade.

Le nombre des substances employées dans le traitement externe du psoriasis est égal, sinon supérieur, à celui des drogues administrées à l'intérieur. Un très grand nombre ont donné des résultats bons, et parfois assez réguliers, au moins dans les mains de leurs auteurs: ainsi l'alcool, l'acide phénique en pommade, ou incorporé dans la glycérine, la térébenthine, l'ichtyol, le galanin, le chlorhydrate d'hydroxylamine, l'acide salicylique, etc., etc. J'élimine également les mercuriaux dont les inconvénients me paraissent plus grands que les avantages<sup>(1)</sup>; je me bornerai donc à étudier avec quelques détails un petit nombre de substances actuellement bien connues dans leur mode d'emploi: ce sont les goudrons, sous forme d'huile de cade; la chrysarobine, l'acide pyrogallique, le naphthol. Toutes peuvent être utilisées de plusieurs manières: en pommade, en vernis, en emplâtre, dont nous reproduisons quelques formules.

Mais, sous peine de s'exposer à des accidents plus ou moins graves, ces remèdes doivent être employés avec douceur, et, autant que possible, d'une manière discontinue; comme tous doivent déterminer une certaine inflammation du tégument pour agir, il est nécessaire de tempérer leur action soit par les bains, tels que nous les avons indiqués, soit par des pâtes adoucissantes ou rafraichissantes où l'oxyde de zinc joue habituellement un rôle important. J'ai l'habitude de ne tenir sur la peau les substances actives que pendant la moitié du nyctémère, l'autre moitié étant réservée à l'oxyde de zinc. Bien entendu, c'est là une question de tolérance individuelle, et nombre de malades peuvent, surtout au début, supporter une médication vigoureuse pendant plusieurs jours de suite sans qu'il soit nécessaire d'y apporter des atermoiements.

Le *goudron*, qu'on emploie le plus souvent en France, est le goudron du genévrier oxycedre, connu sous le nom d'*huile de cade*.

L'huile de cade est employée pure ou mélangée à du glycérolé d'amidon, sous forme de collodion, ou en emplâtre.

Pure, elle doit être réservée à des surfaces relativement restreintes et nécessite une surveillance minutieuse; l'acné cadique devient alors rare. Le plus souvent, il vaut mieux l'utiliser mélangée au glycérolé d'amidon dans des proportions variant de 25 à 75 pour 100 de l'excipient. On peut commencer par le glycérolé cadique à moitié. Dans ces conditions, l'huile de cade est particulièrement utile dans la thérapeutique hospitalière; mais son odeur, sa couleur sont souvent très gênantes pour la pratique urbaine, à moins qu'on n'en restreigne l'usage à la nuit, au séjour au lit. L'action du remède est un peu moins rapide, mais aussi vive, et offre moins de désagréments. Le collodion acétonique à l'huile de cade a été recommandé par Gaucher. Les inconvé-

<sup>(1)</sup> Je dois dire cependant que la pommade de Rochard a donné de bons résultats à Blaschko, etc.; on sait qu'elle contient de l'iodo-chlorure mercurieux dans une proportion variant de 0,25 à 0,75 pour 50.

nients d'une telle préparation sont ceux qui s'attachent à tous les vernis dont en général je suis peu partisan, à l'encontre d'un grand nombre de dermatologistes contemporains. D'abord ils sont souvent difficiles à préparer, au moins pour un pharmacien ordinaire; de plus, l'action de tous les vernis, collodionnés ou autres, est extrêmement difficile à maîtriser; je les accuse d'exposer à la rétention et par suite à un excès d'irritation.

Des reproches semblables s'adressent aux emplâtres; très peu d'officines sont à même de les préparer convenablement; il faut, si l'on peut, recourir à des spécialités d'ailleurs excellentes, mais qu'on n'a pas toujours sous la main. Enfin, l'action de ces emplâtres est toujours très vive, et ils nécessitent une surveillance particulièrement attentive. Toutefois les emplâtres rendent de très grands services pour traiter des efflorescences localisées.

Voici du reste une formule de l'hôpital Saint-Louis que j'emprunte à E. Besnier.

Emplâtre simple . . . . .	100 grammes.
Cire jaune . . . . .	50 —
Huile de cade . . . . .	50 —

L'huile de cade est considérée par Brocq comme le meilleur antipsoriasique. En fait, c'est un remède excellent, sans rival pour les lésions du cuir chevelu et des ongles. Mais, pour ma part, j'ai recours le plus souvent à la chrysarobine.

La *chrysarobine* a été instaurée par Balmann-Squire. Elle est souvent désignée improprement sous le nom d'acide chrysophanique; ce dernier est un corps voisin, mais différent. Toutefois, habituellement, les préparations où l'on prescrit de l'acide chrysophanique sont faites avec de la chrysarobine.

C'est un agent très actif, très précieux; il détermine en peu de temps un érythème d'un bleu violet ou d'un rose pourpre qui se développe autour des efflorescences psoriasiques dont il est séparé par un halo décoloré. Disons tout de suite que la chrysarobine ne peut pas être employée à la face, en raison de la conjonctivite qu'elle détermine, et que, d'autre part, elle nécessite une surveillance extrêmement active.

Les modes d'emploi sont nombreux et variés: en pommade d'abord; je crois qu'il est tout à fait inutile d'en prescrire plus de 5 pour 100 d'excipient. Si l'on veut l'appliquer à des lésions du tronc ou des membres, il est utile de recourir à une formule de pâte. Celle dont je me sers est, je crois, de Lassar:

Lanoline anhydre . . . . .	} aa 40 grammes.
Cire vierge . . . . .	
Huile d'olive . . . . .	20 —
Acide chrysophanique . . . . .	5 —

S'il s'agit d'efflorescences légères, on peut les toucher avec des crayons de formules variées: voici celle que Monties a établis pour ma clinique:

Beurre de cacao . . . . .	65 grammes.
Paraffine . . . . .	10 —
Huile d'olive . . . . .	10 —
Chrysarobine . . . . .	5 à 40 —

On a préconisé la traumaticine, celle-ci appliquée en vernis sur un badigeon fait avec une solution chloroformée de chrysarobine, ou même mélangée avec la chrysarobine. Mais je crois que les pommades agissent beaucoup mieux, qu'on emploie de l'axonge fraîche, de la lanoline, de la vaseline ou tout autre excipient de ce genre. On fait aussi des emplâtres à la chrysarobine et comme ceux à l'huile de cade ils rendent de très grands services en cas de lésions circonscrites.

Je rappelle qu'il est souvent nécessaire d'interrompre de temps en temps les applications de chrysarobine pour les remplacer par

Oxyde de zinc . . . . .	} aa 25 grammes.
Lanoline . . . . .	
Vaseline . . . . .	

D'autre part, les bains amidonnés sont indiqués pour peu que l'érythème médicamenteux s'exagère.

On a remarqué que l'action de la chrysarobine s'affaiblissait par l'usage prolongé; et c'est précisément dans de tels cas qu'on a pu se louer d'y avoir substitué la pommade de Rochard.

L'acide *pyrogallique* est peut-être un peu plus dangereux que les corps précédents, au point de vue d'une intoxication générale; cependant on l'évite sûrement à la condition de le prescrire en faible quantité et de ne jamais l'appliquer aux formes irritables. En fait, le grand reproche que je lui adresse est que son action est passablement irrégulière. D'autre part, il détériore fortement le linge qu'il colore d'une manière indélébile.

Je crois prudent de ne pas ordonner de pommade à plus de 5 pour 100.

D'une manière générale, dans les formes graves, l'acide pyrogallique doit être exclu, et même, dans les cas habituels, il vaut mieux que le praticien en abandonne l'emploi à des dermatologistes de profession; en tout cas, il y a nécessité absolue de surveiller étroitement l'état des reins et des urines qui noircissent s'il existe de l'intoxication générale.

Je veux dire un mot du *naphtol-β* qui est recommandé par Kaposi; il est blanc, inodore, moins irritant que tous les précédents agents; mais il est moins actif, moins sûr, et réclame cependant encore l'attention des médecins. On l'ordonne en pommade en contenant de 5 à 10 pour 100.

Les différents renseignements que nous venons de donner doivent être considérés comme très résumés et élémentaires. Mais ils sont à peu près suffisants. Il ne nous est pas possible de donner à ce travail une plus grande étendue. Il va sans dire que des indications exceptionnelles peuvent réclamer un traitement spécial. Cependant, je crois que les précédentes données peuvent faire face à presque toutes les éventualités. Quant à la façon de les utiliser, le tact et l'expérience du médecin seuls en peuvent être juges; mais c'est une règle à ne point perdre de vue, qu'il ne faut pas aller trop vite toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une forme irritable ou d'une éruption très étendue.