

vu l'extension des lésions, on doit être très réservé dans l'emploi des topiques actifs. Ces topiques sont généralement mieux supportés que dans le psoriasis et provoquent moins de réaction inflammatoire, mais par contre leur efficacité est moindre.

Le régime alimentaire des malades atteints de pityriasis rubra pilaire doit être réglé comme celui des psoriasiques et on doit en exclure tous les aliments excitants.

### LE PSORIASIS

**Définition.** — On désigne depuis Willan sous le nom de psoriasis une dermatose caractérisée par la production de squames blanches, de dimensions variables, reposant sur une base rouge facilement saignante, dermatose dont les poussées éruptives se reproduisent ordinairement pendant toute l'existence avec des périodes plus ou moins longues d'accalmie.

**Description.** — L'élément primitif de l'éruption psoriasique est généralement constitué à son début par une légère saillie d'apparence papuleuse, de forme arrondie, de la dimension d'une tête d'épingle ou plus large, de coloration rouge vif ou rouge brunâtre, surmontée d'une squame blanche et mince que l'ongle détache facilement. Lorsque l'élément est plus large, les squames deviennent plus épaisses, blanches, restent brillantes lorsqu'elles n'atteignent pas des dimensions considérables et dans le cas contraire prennent parfois un aspect opaque comparable à celui du plâtre; lorsque, par la réunion d'une série d'éléments voisins, il s'est formé un large placard, les squames sont quelquefois fendillées, présentant des fissures profondes ou rhagades, douloureuses, qui arrivent jusqu'à la surface du derme, sans jamais l'entamer; en pareil cas, les squames épaisses sont souvent de dimensions inégales, leurs couches successives se recouvrant irrégulièrement les unes les autres.

Quelles que soient les dimensions en surface de la plaque, quelle que soit l'épaisseur des squames, celles-ci peuvent toujours être détachées par le grattage. Et, fait constant, lorsque les squames sont détachées, la surface des lésions offre un aspect brillant, vernissé, comme si elle était recouverte d'une mince cuticule légèrement humide. En grattant cette surface avec l'ongle après la chute des squames, parfois même dès que celles-ci sont tombées, on voit apparaître de très fines gouttelettes sanguines, qui s'échappent du sommet des papilles mises à nu; ce signe, indiqué par Auspitz et Hebra, a une grande importance au point de vue du diagnostic du psoriasis, bien qu'on puisse l'observer dans quelques cas de syphilides psoriasiformes. Lorsque les malades font tomber les squames par le grattage, on peut voir des croûtes brunes plus ou moins étendues se produire, par le même mécanisme, au niveau des parties excoriées.

Les placards de psoriasis sont entourés d'une zone rouge, tantôt claire, tantôt brunâtre qui déborde les squames dans une étendue variable: cette bordure est d'autant plus accusée que la plaque est plus récente et en voie d'extension.

Quelle que soit l'étendue des éléments, leur base est toujours souple, sans induration, ni épaissement, sans aucune trace de néoplasie dermique, caractère qui offre au point de vue du diagnostic une valeur considérable.

Cependant, aux membres inférieurs, principalement chez les sujets qui sont atteints de prurit, on voit parfois les plaques psoriasiques s'infiltrer, s'épaissir; leur consistance rappelle celle du lichen, mais il n'y a là rien de comparable à la sensation que donnent les syphilides.

Dans quelques cas rares, et surtout chez des sujets atteints depuis longtemps de psoriasis, les placards peuvent présenter à leur surface des saillies verruqueuses ou papillomateuses (psoriasis végétant) qui ne doivent pas être confondues avec les épithéliomas développés à la surface des plaques psoriasiques.

**Variétés morphologiques des lésions psoriasiques.** — Les éléments éruptifs du psoriasis peuvent se présenter sous des formes très variables qui modifient l'aspect clinique de l'affection, et dont quelques-unes méritent une mention spéciale.

Tantôt, ils sont de petites dimensions, de forme arrondie, disséminés plus ou moins uniformément sur de grandes étendues de la surface cutanée (*psoriasis guttata*).

Plus souvent, ils sont de dimensions plus considérables, variant du diamètre d'une pièce de 1 franc à celui d'une pièce de 5 francs ou à la largeur de la paume de la main. Ces éléments, de forme arrondie, peuvent rester isolés les uns des autres (*psoriasis nummulaire*), ou se réunir en placards de dimension parfois considérable, de forme allongée, souvent irréguliers ou à contours polycycliques. Ces éléments peuvent être soit recouverts de squames épaisses (*psoriasis scutata* des anciens auteurs), soit au contraire peu squameux et d'un rouge brun presque uniforme lorsqu'ils occupent les plis articulaires.

Les éléments de petites dimensions peuvent prendre une disposition annulaire, figurant un cercle rosé ou rouge recouvert de squames peu épaisses et dont le centre a une coloration normale ou un peu brunâtre (*psoriasis circiné*).

D'autres fois, les cercles atteignent des dimensions considérables, celles d'une pièce de 5 francs et plus: ces cercles plus ou moins réguliers, quelquefois incomplets, à contours continus ou interrompus de place en place, parfois intriqués les uns avec les autres pour former des contours géographiques (*psoriasis figurata* ou *gyrata*), sont ordinairement recouverts de squames assez épaisses: c'est à cette variété éruptive du psoriasis que Willan avait donné le nom de lèpre vulgaire, dénomination qui n'a plus guère aujourd'hui qu'un intérêt historique, et doit être abandonnée à cause des confusions auxquelles elle expose.

L'épaisseur variable des squames a permis de décrire des variétés multiples, depuis le *psoriasis scarlatiniforme*, dans lequel les squames sont peu apparentes, mais le deviennent par le grattage qui les révèle sous la forme de taches ou de traînées blanchâtres, légèrement opaques, et le *psoriasis pityriasiforme*, dont les squames plus nettes rappellent celles de la séborrhée sèche du cuir chevelu, jusqu'au *psoriasis rupioïde* à squames épaisses, stratifiées.

Les éléments psoriasiques peuvent être disséminés en petit nombre sur une ou plusieurs régions; ils peuvent au contraire occuper, en nombre variable et avec des dimensions également variables, la presque totalité de la surface cutanée. Parfois, et cela souvent comme première manifestation clinique remarquée, le psoriasis est généralisé et envahit toute l'enveloppe dermique, formant d'immenses placards rouges qui disparaissent par la pression, recouverts de squames tantôt peu apparentes, plus souvent larges, en grande partie soulevées par leurs bords; dans ces formes de psoriasis généralisé, si abondante que soit l'éruption,

il reste toujours en quelques points des îlots de réserve où la peau a conservé sa couleur et son aspect normal.

**Évolution des éléments psoriasiques.** — Lorsqu'un placard psoriasique évolue vers la guérison, la rougeur périphérique s'efface, les squames deviennent moins épaisses ou ne se reproduisent plus après leur chute, la rougeur de la plaque diminue et disparaît, mais laisse à sa place pendant un certain temps une tache pigmentée de coloration brunâtre plus ou moins foncée qui à son tour disparaît graduellement.

**Localisations du psoriasis.** — Le psoriasis a des *sièges de prédilection* très nets mais non absolument exclusifs : c'est ainsi qu'il débute ordinairement et qu'on le rencontre de préférence au sommet des coudes et à la partie antérieure des genoux; il faut bien savoir cependant que, dans certains cas, ces régions sont absolument respectées. La partie antérieure des jambes, la région fessière, en arrière du grand trochanter, en sont encore fréquemment le siège.

Il s'observe souvent au cuir chevelu, où il est caractérisé par des squames arrondies, épaisses, stratifiées, traversées perpendiculairement par les cheveux, mais se détachant assez aisément; les éléments psoriasiques débordent ordinairement la lisière antérieure du cuir chevelu et laissent voir sur le front une portion de leurs disques.

Le tronc et les segments supérieurs des membres sont atteints dans tous les cas de psoriasis de quelque intensité et c'est même parfois sur le tronc, surtout vers la région lombaire, que les placards offrent leurs dimensions les plus considérables; c'est lui également qui est le siège le plus ordinaire du psoriasis guttata.

Par contre, la face est très souvent respectée, sauf chez les sujets séborrhéiques, chez lesquels la séborrhée modifie l'éruption psoriasique.

La paume des mains et la plante des pieds sont plus souvent encore indemnes; dans quelques cas cependant, elles sont le siège exclusif ou presque exclusif des lésions psoriasiques : celles-ci s'y traduisent par des plaques peu étendues ou des taches rouges arrondies, pouvant arriver à occuper toute l'étendue de la paume de la main, recouvertes de squames blanches ou jaunâtres, lamellaires, fines, assez adhérentes. Ces lésions, qui ont une grande tendance à gagner la face dorsale de la main et surtout la face antérieure du poignet, peuvent être confondues avec les syphilides psoriasiformes<sup>(1)</sup>.

Il est également rare d'observer le psoriasis aux organes génitaux : chez l'homme, il forme sur le gland ou le fourreau de la verge des placards ou plus souvent des contours figurés, rouges, avec des squames minces et brillantes.

Le plus ordinairement, l'affection occupe, parfois avec des degrés d'intensité variables, les divers territoires cutanés.

Quels que soient son siège et sa forme, le psoriasis est généralement une affection peu prurigineuse, ou même complètement aprurigineuse; cependant, lorsqu'il évolue rapidement, lorsqu'il est irrité par une cause externe (pommade ou autre), il devient l'origine de démangeaisons parfois très vives; il en est de même sous l'influence de causes internes, par exemple, chez les alcooliques, chez les albuminuriques et souvent aussi chez les sujets névropathes.

Les *ongles* peuvent participer aux altérations de la peau; parfois parsemés

<sup>(1)</sup> DARIER, Du psoriasis palmaire, à propos de 5 cas de psoriasis atypique localisé à la main. *Annales de dermatologie*, avril 1896, p. 609.

de petites punctuations ressemblant à celles que produit une épingle enfoncée dans la cire, ils sont plus souvent épaissis et irréguliers, striés, la coupe de leur tissu rappelant l'aspect de la moelle de jonc. D'autres fois, ils sont décollés sur une étendue variable à partir de leur bord libre. Ces lésions unguéales peuvent être la conséquence d'altérations psoriasiques du limbe péri-unguéal, mais peuvent aussi se développer sans autres localisations du psoriasis sur les doigts, parfois même être la première manifestation de l'affection.

Les *muqueuses* sont respectées par le psoriasis : l'affection à laquelle Bazin a donné le nom définitif de psoriasis lingual et que l'on décrit actuellement sous le nom de leucoplaxie ou de leucokératose bucco-linguale, n'a rien à faire avec le psoriasis cutané, dont elle diffère absolument et avec lequel elle ne coïncide pour ainsi dire jamais.

Le psoriasis s'accompagne dans un certain nombre de cas (5 pour 100 d'après E. Besnier) de manifestations articulaires bien étudiées par Bourdillon<sup>(1)</sup>. Ces manifestations peuvent varier de la simple arthralgie jusqu'aux arthropathies les plus caractérisées; ces dernières sont tantôt partielles et affectant souvent le type du rhumatisme noueux, tantôt généralisées et répondant soit au type du rhumatisme osseux, soit à celui du rhumatisme fibreux. Elles ne se développent le plus ordinairement qu'après de nombreuses atteintes de psoriasis et aboutissent dans certains cas graves à un état d'infirmité absolue : elles ne peuvent nullement être mises sur le compte du rhumatisme et ont avec le psoriasis des connexions intimes, quoique le mécanisme de ces connexions reste indéterminé.

Les viscères des psoriasiques ne sont pas le siège de lésions directement imputables à la maladie. Les anciens auteurs avaient signalé des métastases viscérales du psoriasis qui ne sont plus guère admises par les dermatologistes contemporains. Cependant Hardy a signalé le développement fréquent du cancer viscéral chez les sujets atteints de psoriasis.

On doit noter à ce propos que des épithéliomas peuvent s'observer à la surface de placards psoriasiques, ainsi que Pozzi, Cartaz, J. White, H. von Hebra en ont rapporté des exemples : cette complication n'est pas le fait d'une évolution naturelle des lésions psoriasiques, mais bien la conséquence d'une irritation produite sur la peau par ces lésions et doit être comparée sous ce rapport à l'épithélioma des cicatrices, et à celui qui complique le lupus.

**Marche.** — Le psoriasis débute le plus ordinairement pendant la deuxième enfance ou l'adolescence. Il peut cependant se manifester à tout âge : Rille en a cité un cas chez un enfant de 56 jours<sup>(2)</sup> et il n'est pas rare de le voir apparaître chez des adultes, parfois même il se développe pour la première fois passé 50 ans.

Les premières lésions en général occupent les genoux et les coudes (le cuir chevelu dans les cas à début tardif), qui peuvent rester pendant longtemps leur siège exclusif; plus tard, elles s'étendent à d'autres régions, soit progressivement et successivement, soit, plus rarement, sous la forme de poussées aiguës et généralisées.

Le psoriasis évolue toujours par poussées successives d'intensité variable,

<sup>(1)</sup> C. BOURDILLON, Psoriasis et arthropathies. Thèse de doctorat. Paris, 1888-1889.

<sup>(2)</sup> RILLE, Ueber Psoriasis vulgaris im frühen Kindesalter. *Wiener medizinische Wochenschr.*, 1895.

séparées par des intervalles de répit au cours desquels la peau reprend son aspect normal et se blanchit, suivant une expression consacrée.

Sauf le cas où, après une période longue de localisation aux lieux d'élection, le psoriasis se généralise d'une façon aiguë, les premières poussées sont le plus souvent peu intenses, localisées aux lieux d'élection; les suivantes ont une intensité et une extension plus considérables.

Ces poussées reviennent à intervalles variables; s'éloignant parfois sous l'influence du traitement, elles se rapprochent quelquefois de façon à devenir subintrantes. Des causes diverses et en particulier les écarts de régime et les excès alcooliques, la ménopause, en ramènent plus fréquemment le retour.

Au contraire, toutes les causes d'affaiblissement prolongé éloignent les poussées de psoriasis et en atténuent les manifestations; chez les vieillards, il finit par ne plus se traduire que par des plaques à peine squameuses, d'apparence ichthyosique.

L'affection peut être considérée comme incurable en ce sens que, quel que soit le traitement employé et quelle que soit son efficacité contre les poussées de psoriasis, il est à peu près impossible d'empêcher définitivement la réapparition de celles-ci.

**Complications.** — Outre la coexistence fréquente avec la séborrhée, outre la transformation épithéliomateuse que peuvent subir les plaques de psoriasis, on peut voir survenir dans cette affection, à titre de complication, des poussées d'inflammation généralisée de la peau, avec rougeur intense, desquamation abondante, chute des cheveux et des ongles et phénomènes généraux graves qui caractérisent l'herpétide maligne exfoliatrice de Bazin : cette complication, rare d'ailleurs, n'est pas spéciale au psoriasis, mais peut s'observer dans toutes les dermatoses étendues et rebelles.

**Causes.** — Plus fréquent chez l'homme que chez la femme, le psoriasis apparaît quelquefois à la suite d'une émotion, d'un traumatisme, d'une maladie infectieuse, de la vaccination, etc. Mais ce ne sont là que des circonstances qui facilitent la découverte d'une éruption déjà existante ou qui mettent en jeu une prédisposition antérieure.

Très fréquemment, il est héréditaire; l'hérédité, soit directe, soit collatérale, n'est pas fatale, mais fréquente.

Les sujets atteints de psoriasis sont le plus souvent, mais non pas aussi constamment qu'on l'avait cru, des sujets robustes et vigoureux; à côté des arthritiques obèses, chez lesquels la maladie se rencontre de préférence, on voit des sujets maigres, anémiés, tuberculeux ou candidats à la tuberculose. On ne peut faire de cette affection un attribut de l'arthritisme.

Des causes locales (contusions, tatouages, ventouses scarifiées, etc.) peuvent provoquer le développement d'éléments psoriasiques au niveau des points irrités, mais elles ne font qu'éveiller la prédisposition morbide et ne créent pas à elles seules la lésion cutanée.

**Nature.** — La nature du psoriasis a été très diversement interprétée et les théories les plus variées ont été mises en avant.

Bazin le considérait comme une affection diathésique, relevant tantôt de l'arthritisme, tantôt de l'herpétisme; cette opinion, basée sur la longue durée,

les récurrences de la maladie et sur sa coexistence avec d'autres manifestations de ces diathèses, a singulièrement perdu du terrain; le psoriasis arthritique de Bazin a passé presque en entier au compte de l'eczéma et il ne reste plus guère dans le psoriasis que ce qu'il appelait le psoriasis herpétique, qui est loin de s'accompagner toujours de manifestations diathésiques nettes.

Lang, Eklund, Wolff ont successivement décrit dans les squames du psoriasis des parasites divers (epidermophyton de Lang, lepecolla repens de Eklund) auxquels ils ont attribué une valeur pathogène. Leur forme arrondie, qui est celle des dermatomycoses, permet sans aucun doute de supposer une origine parasitaire aux éléments du psoriasis; quelques faits plus ou moins nets de contagion, comme celui de Unna, dans lequel l'apparition du psoriasis chez deux enfants a suivi l'arrivée dans une famille d'une femme de chambre psoriasique, le développement de l'affection à la suite de la vaccination, la guérison locale sous l'influence d'agents thérapeutiques qui sont tous doués de propriétés parasitocides plus ou moins accusées, tendent à confirmer cette hypothèse; les expériences de transmission du psoriasis aux animaux (Lassar, Tommasoli, etc.) ou à l'homme (Destot) sont tellement contestables qu'elles ne peuvent éclairer la question.

Tant qu'on n'aura pas trouvé d'une façon constante un parasite spécifique au niveau des lésions psoriasiques, cette théorie restera hypothétique, car la longue durée de l'affection, ses récurrences, ainsi que son développement à la suite de traumatismes, ne sont pas des preuves décisives de son origine parasitaire. Il faut reconnaître cependant toutes les probabilités que donnent à l'hypothèse parasitaire les arguments précédents : la preuve bactériologique n'est pas donnée non plus pour des affections que l'on ne peut considérer autrement que comme parasitaires. La plupart des auteurs allemands, Unna, Neisser, admettent aujourd'hui cette théorie. Si l'on complète cette théorie par l'admission des causes prédisposantes — résultant de troubles névropathiques ou d'altérations nerveuses, ainsi que l'admet Radcliffe Crocker, ou de la faiblesse du tonus vasculaire, comme le croit Unna, ou de l'hérédité, — qui aideraient à l'implantation et à la pullulation du parasite, elle rend compte mieux que tout autre de toutes les particularités cliniques du psoriasis.

L'existence d'un trouble de nutrition congénital de l'épiderme est compatible avec la longue durée de la maladie, ses récurrences faciles et fréquentes, sa transmission héréditaire, son début dans un âge peu avancé : elle s'accorde moins bien avec les longues périodes de guérison apparente et les manifestations articulaires qui accompagnent la dermatopathie; encore resterait-il à savoir la cause et le mode de production de ce trouble de nutrition.

La symétrie ordinaire des éléments psoriasiques, parfois leur disposition initiale sur des territoires cutanés de distribution nerveuse comme dans les cas de Thibierge<sup>(1)</sup>, de Kutznitzki et de Hallopeau<sup>(2)</sup>, la coexistence fréquente de troubles nerveux divers (névralgies, migraines, manifestations hystériques et neurasthéniques), l'apparition de l'éruption après des émotions morales dans quelques cas, enfin la présence des arthropathies qui peuvent être comparées et

<sup>(1)</sup> THIBIERGE, Un cas de psoriasis avec localisation prédominante sur le territoire du nerf saphène interne gauche. *Annales de dermatologie*, 1895, p. 1185.

<sup>(2)</sup> HALLOPEAU et GASNE, Sur un cas de psoriasis avec achromies persistantes et localisations suivant des sphères de distribution nerveuses. *Annales de Dermatologie*, juillet 1898, p. 690.

assimilées aux arthropathies d'origine nerveuse sont autant d'arguments qui viennent à l'appui de la théorie nerveuse soutenue par Polotebnoff<sup>(1)</sup>, E. Besnier, Bourdillon, Ed. Brissaud. L'absence de lésions des nerfs cutanés n'est pas une preuve absolue de l'inanité de cette théorie, qui demande de nouvelles recherches anatomo-pathologiques et qui est loin d'être incompatible avec l'hérédité et avec la marche du psoriasis. En tous cas, ces arguments, alors même qu'ils ne suffisent pas à établir l'origine nerveuse du psoriasis, tendent à faire admettre que le système nerveux n'est pas étranger à la symptomatologie du psoriasis, en localisant à certains territoires de la peau, gouvernés par les troubles nerveux, l'action de la cause première du psoriasis.

**Anatomie pathologique.** — La simple observation macroscopique a montré que l'aspect blanc particulier des squames psoriasiques a pour cause leur infiltration par un grand nombre de bulles d'air et que, par une compression énergique, elles prennent une coloration grisâtre.

L'étude histologique des lésions psoriasiques a été faite par de nombreux auteurs et a conduit aux constatations suivantes :

Les squames sont le résultat d'une hypertrophie énorme de la couche cornée de l'épiderme, qui se subdivise en deux étages, l'un superficiel desquamant, l'autre profond dont les cellules encore vivantes et non kératinisées sont pourvues de leur noyau. Il n'y a pas absence de kératinisation, mais cette kératinisation est anormale. La couche de Malpighi est fortement hypertrophiée et parsemée de petites lacunes résultant d'une atrophie spéciale des noyaux cellulaires : la couche granuleuse est intacte d'après Vidal et Leloir, Pecirka, disparue complètement d'après Suchard, au moins pendant la période d'activité de l'affection, car plus tard la kératohyaline se reforme au-dessous des squames; la couche basale de l'épiderme est normale.

Le derme est le siège d'une congestion, prédominante dans ses couches superficielles, qui peut aller jusqu'à la formation de petits foyers hémorragiques; les vaisseaux sont dilatés, tortueux et entourés d'une gaine de cellules lymphatiques. Les papilles sont œdématisées et allongées du fait de la prolifération épithéliale interpapillaire (Auspitz). Vidal et Leloir ont constaté l'intégrité des nerfs cutanés.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la chronologie relative des lésions dermiques et épidermiques. Kaposi considère les altérations inflammatoires du derme comme primitives et tenant sous leur dépendance les troubles de nutrition de l'épiderme. I. Neumann, Jamieson, Robinson, Pecirka, Loewe en font, au contraire, une affection primitivement épidermique avec altérations dermiques secondaires et leur opinion se rapproche de celle d'Auspitz, qui rangeait le psoriasis parmi les épidermidoses.

Pour Unna, la parakératose qui aboutit à la production des squames et les lésions dermiques qui traduisent un état inflammatoire sont l'effet d'une seule et même cause : il n'y a donc pas à discuter sur leur chronologie. Cette opinion, qui semble admise par la plupart des auteurs, concorde bien avec les données de la clinique qui montrent toujours la desquamation et la rougeur dermique coexistant dès que les lésions sont appréciables macroscopiquement.

Munro<sup>(2)</sup>, étudiant des lésions psoriasiques à leur début, a trouvé de petits

<sup>(1)</sup> POLOTEBNOFF, Psoriasis. *Ergänzungshefte zu Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1891, p. 547.

<sup>(2)</sup> MUNRO, Note sur l'histologie du psoriasis. *Annales de Dermatologie*, novembre 1898, p. 931.

abcès miliaires amicrobiques occupant la couche épidermique; le vice de la kératinisation qui constitue la lésion psoriasique à sa période d'état serait, d'après lui, secondaire au développement de ces abcès; la pathogénie de ceux-ci reste indéterminée et le rôle des microbes dans leur production est même douteux.

Le psoriasis constitue, pour Unna, un des types du catarrhe sec de la peau; se basant sur l'identité de ses lésions avec l'eczéma psoriasiforme de la peau, il n'admet pas l'individualité du psoriasis.

On trouve dans le sang des psoriasiques (Canon, Leredde) une augmentation légère et non constante des éosinophiles.

**Diagnostic.** — Dans la grande majorité des cas, l'eczéma est facilement distingué du psoriasis en raison du caractère humide de ses lésions, dont les placards irréguliers et mal délimités présentent en quelque point des vésicules ou des croûtes. Mais certaines formes d'eczéma et particulièrement d'eczéma séborrhéique ont avec le psoriasis une étroite ressemblance : c'est probablement à elles que se rapportent les descriptions que Bazin a données du psoriasis arthritique et leur existence justifie jusqu'à un certain point l'opinion rappelée plus haut de Unna. La distinction ne peut pas se baser uniquement sur le siège, car les deux affections peuvent affecter ou non les surfaces d'extension des coudes et des genoux; elle repose sur le caractère des squames, qui sont sèches dans le psoriasis, toujours un peu grasses dans l'eczéma, sur l'aspect vernissé et le saignement facile de la peau après l'enlèvement des squames psoriasiques. Souvent on peut invoquer l'aspect des lésions du cuir chevelu, constituées dans le psoriasis par des placards plus saillants, traversés perpendiculairement par les cheveux avec intégrité habituelle du système pileux, dans la séborrhée par des squames moins épaisses, accompagnées de chute plus ou moins prononcée des cheveux, ou, si la production squameuse est plus développée, par des squames grisâtres traversées obliquement par les cheveux qu'elles entraînent lorsqu'on les enlève. Il est cependant des cas où ces divers caractères sont douteux, où les plaques ont en certaines régions le caractère psoriasique net, tandis qu'en d'autres, comme la face, elles sont grasses et séborrhéiques. Dans ces cas, pour lesquels on a invoqué parfois l'association de la séborrhée et du psoriasis, le diagnostic doit souvent rester en suspens : il arrive fréquemment que les récurrences ultérieures de la maladie, plus constantes dans le psoriasis que dans l'eczéma, permettent seules de l'établir d'une façon définitive. On remarquera d'ailleurs que, dans ces cas douteux, le traitement est le même pour les deux affections entre lesquelles il y a doute.

Un grand nombre de *syphilides papuleuses* en nappe prennent un aspect tellement semblable à celui du psoriasis qu'elles ont été décrites à tort sous le nom de psoriasis syphilitique, dénomination vicieuse, car le psoriasis n'a rien à faire avec l'infection syphilitique : la couleur, les squames sont semblables dans les deux cas, la dissémination des lésions et leur topographie peuvent également être les mêmes. Outre les accidents syphilitiques antérieurs ou actuellement présents, on se basera pour admettre la syphilis sur la non production d'hémorragies punctiformes par le grattage des plaques dépouillées de leurs squames, bien que ce signe puisse exister dans les syphilides psoriasiformes, mais surtout sur l'existence d'un épaississement et d'une infiltration plus ou moins accusés des téguments, qui font défaut dans le psoriasis. En cas de doute, le traitement