

mercuriel, et particulièrement le traitement intensif par les injections de calomel, permettra de formuler un diagnostic définitif.

Certains placards de *lupus vulgaire* recouverts de squames épaisses peuvent simuler le psoriasis : leur longue durée, l'adhérence des squames, la présence d'éléments lupiques nets au voisinage permettront de les reconnaître.

Les squames du *lupus érythémateux* sont plus grisâtres que celles du psoriasis et plus adhérentes, elles sont hérissées à leur face profonde de prolongements intra-glandulaires et les plaques lupiques sont parsemées de petites cicatrices, tous caractères qui font défaut dans le psoriasis.

Dans le *pityriasis rubra pilaire*, les squames sont également très adhérentes ; de plus elles sont peu étendues, cornées ; leur disposition sous forme de grains centrés par un poil, la prédilection des lésions pour les mains et, en particulier, pour les portions pourvues de poils du dos des doigts sont autant de signes qui différencient cette maladie du psoriasis.

Le *lichen de Wilson* peut être confondu avec le psoriasis guttata, mais s'en distingue par l'absence de squames blanches faciles à avulser avec l'ongle, par la consistance ferme de ses éléments, par le prurit intense qui l'accompagne.

Certains placards de psoriasis, modifiés par le grattage, peuvent rappeler le lichen corné : ils en diffèrent par leur grande étendue, par l'aspect plus squameux de leur surface, par la coexistence en d'autres parties du corps de lésions nettement psoriasiques.

Dans les diverses *érythrodermies* scarlatiniformes (*pityriasis rubra*, dermatite exfoliatrice, etc.), les lésions sont plus continues, il n'y a pas d'ilots laissés en réserve au milieu des surfaces malades.

Le *pityriasis rosé* ne peut guère être confondu avec le psoriasis : ses éléments sont nombreux, plus larges que ceux du psoriasis punctata, moins larges au contraire que ceux du psoriasis nummulaire ; ils sont d'un rose clair, leur surface est brillante et plissée ; le grattage ne fait pas apparaître de squames, ni de piqueté sanguin comme sur les éléments psoriasiques.

La difficulté du diagnostic du psoriasis est particulièrement grande, lorsque ses lésions sont limitées à une seule région. En réalité, les cas où cette limitation est absolue sont rares, et un examen de la totalité de la surface cutanée permettra souvent, dans les cas prêtant au doute, de formuler ou de rectifier le diagnostic.

Cependant le psoriasis limité au cuir chevelu est souvent confondu avec la *séborrhée du cuir chevelu* : nous avons plus haut, à propos du diagnostic avec l'eczéma, indiqué les caractères distinctifs.

Le psoriasis limité aux extrémités des membres peut être confondu avec les *syphilides psoriasiformes plantaires et palmaires* secondaires ou tertiaires. Il diffère des syphilides secondaires par sa durée plus longue, par la largeur plus grande des éléments, par leur desquamation ou au moins leur aspect blanchâtre sous l'influence des grattages ; des syphilides tertiaires, par sa bilatéralité, par son aspect moins nettement circiné ou polycyclique, par l'absence d'infiltration de la bordure, par la tendance plus accusée à envahir la face dorsale de la main et des doigts et la face antérieure du poignet.

Traitement. — Malgré toute l'importance des médications externes pour le traitement et la suppression des lésions du psoriasis, il est de nécessité presque absolue de soumettre les psoriasiques à un **traitement interne** et à une hygiène spéciale dans le but d'atténuer et d'éloigner les poussées éruptives.

En premier lieu, suivant le conseil que très justement Duncan Bulkley a rappelé récemment⁽¹⁾, le régime alimentaire doit être réglé avec soin : souvent la diminution ou la suppression de l'alimentation carnée et des boissons alcooliques, et au contraire l'abondance des boissons aqueuses et lactées, amènent une amélioration considérable des lésions cutanées et reculent leur réapparition.

Il est d'ailleurs d'expérience que tout abaissement du taux de la nutrition, sous l'influence d'une cause pathologique, toxique ou autre, atténue les manifestations cutanées du psoriasis.

Les médicaments dits altérants sont donc *a priori* indiqués contre cette affection. De fait, Boeck et Haslund ont obtenu dans quelques cas des résultats favorables de l'administration de l'iodure de potassium à hautes doses, de 10 à 40 grammes par jour ; ces tentatives, répétées par Besnier, n'ont pu être portées aussi loin, la presque totalité des malades n'ayant pu supporter des doses aussi élevées sans troubles sérieux de la santé générale ; à doses modérées et tolérées (4 à 6 grammes par jour), l'iodure de potassium n'est pas sans utilité contre le psoriasis et surtout contre ses manifestations articulaires. Le mercure a été employé sous diverses formes, récemment encore sous sa forme la plus active, les injections de calomel, avec des résultats variables et le plus souvent insuffisants, presque toujours sans rapport avec les dangers d'intoxication que cette méthode fait courir.

Les *alcalins*, le bicarbonate de soude en particulier, sont utiles chez nombre de psoriasiques gras, obèses, à tendance glycosurique, à urines hyperacides ou atteints de dyspepsie hyperchlorhydrique.

Mais, de tous les médicaments, celui qui a la plus grande vogue dans le traitement du psoriasis est l'*arsenic*, considéré par nombre de médecins comme le spécifique de cette affection. Au nom de cette prétendue spécificité, des abus de ce médicament ont été commis sans résultats aucuns, ou avec les pires résultats, tant au point de vue des lésions locales que de la santé générale des malades. Ces excès ne peuvent faire rejeter l'arsenic de la médication antipsoriasique ; mais on ne doit pas perdre de vue qu'il est très souvent inefficace, qu'il est contre-indiqué au moment des poussées éruptives aiguës auxquelles il donnerait une intensité nouvelle, qu'il doit être administré avec modération, suspendu s'il survient des phénomènes d'intolérance gastro-intestinale et que son usage ne doit jamais être prolongé outre mesure. Ces réserves faites, il peut et doit parfois être prescrit chez les sujets atteints de psoriasis, débilités par une cause accidentelle, amaigris, et essayé chez les anciens psoriasiques dont l'affection récidive avec une trop grande fréquence. Il peut être administré sous la forme de liqueur de Fowler (de 6 à 12 ou 15 gouttes par jour), de solution d'arséniate de soude (2 à 5 milligrammes par jour), d'eau de La Bourboule.

Dans ces dernières années, les effets kératolytiques observés chez les myxœdémateux soumis à la *médication thyroïdienne* ont conduit Byrom Bramwell⁽²⁾ à essayer cette médication dans le psoriasis où il en a obtenu quelques résultats favorables. Les essais, répétés par un certain nombre d'auteurs⁽³⁾, n'ont généralement pas été satisfaisants : les lésions psoriasiques

(1) D. BULKLEY, Clinical notes on psoriasis with especial references to its prognosis and treatment. *Transactions of the medical Society of the State of New-York*, février 1895.

(2) B. BRAMWELL, An address on the thyroid treatment of skin diseases. *British Journal of Dermatology*, juillet 1894, p. 195.

(3) G. THIBERGE, Contribution à l'étude de la médication thyroïdienne. Le traitement thyroïdien du psoriasis. *Annales de Dermatologie*, 1895, p. 760.

n'ont été modifiées que parallèlement aux troubles de la nutrition générale provoqués par la médication. Si celle-ci peut être tentée exceptionnellement chez des sujets rebutés par les autres médications antipsoriasiques, et à la condition formelle d'une surveillance médicale attentive et continue, et de la suspension aussitôt que surviendraient des accidents de thyroïdisme, elle ne saurait être d'un usage courant contre le psoriasis.

Le **traitement externe** est en réalité le véritable traitement des poussées psoriasiques; lui seul, sauf exceptions très rares, peut faire disparaître les lésions cutanées, mais il ne peut les prévenir : il blanchit le psoriasique, mais ne guérit pas le psoriasis.

Ce traitement ne peut être institué d'une façon banale et uniforme. Les indications varient suivant la localisation, la forme clinique, l'intensité des lésions psoriasiques; elles varient surtout suivant la susceptibilité de la peau, permanente ou temporaire, aux agents externes : il est des psoriasiques qui ne peuvent supporter, sans présenter des poussées aiguës intenses, des substances tant soit peu actives; il est surtout, pendant le cours des poussées psoriasiques, des périodes où ces substances déterminent des exacerbations formidables et la généralisation rapide de l'éruption.

A ces malades et à ces périodes conviennent seulement les applications émoullientes et calmantes : enveloppements humides avec de l'eau bouillie additionnée d'une très faible quantité d'acide borique, ou avec des infusions de camomille, de racines d'aulnée, etc., applications de vaseline simple ou légèrement boriquée, de pommades faibles à l'oxyde de zinc, mais surtout onctions larges avec l'axonge fraîche.

De tous les agents de la médication active du psoriasis, le plus réputé est l'*huile de cade*, qui a été longtemps employée exclusivement, et dont la réputation a été quelque peu exagérée. L'huile de cade a pour avantages de ne pas être toxique, d'être souvent bien supportée par la peau, et de ne pas nécessiter une surveillance médicale fréquente; mais son odeur forte, pénétrante et persistante, — qui cependant est très atténuée si on a soin d'employer les huiles de cade distillées à haute température qu'on trouve maintenant dans le commerce, — la coloration brune de la peau, la production de folliculites (acné cadique), font obstacle à son emploi constant et souvent son efficacité est nulle ou insuffisante. Elle s'emploie en onctions à l'état pur, ou sous forme de pommades à base de glycérolé d'amidon, auquel on incorpore l'huile de cade préalablement émulsionnée au moyen de l'extrait fluide de bois de Panama, ou au moyen du savon noir; la dose d'huile de cade peut varier de 15 à 50 pour 100 (on augmente l'efficacité en ajoutant 1 à 5 pour 100 d'acide salicylique); la dose d'huile de cade est augmentée à mesure que la tolérance de la peau est constatée, et on peut à la fin du traitement l'employer pure.

Les malades soumis à ce traitement porteront pour la nuit des vêtements de flanelle, et le matin se laveront à l'eau savonneuse chaude. Dans les formes localisées, on peut employer des emplâtres ou des collodions à l'huile de cade.

L'*acide chrysophanique* (ou la chrysarobine, qui lui est identique ou très analogue), très employé en Allemagne, est le plus actif des médicaments antipsoriasiques; il a pour inconvénients de provoquer souvent une irritation très vive, se traduisant par un érythème intense, de déterminer des balanites et des conjonctivites lorsqu'il vient au contact du gland ou de la muqueuse

oculaire, de colorer en jaune les linges, les cheveux et les poils. Aussi, ne peut-il être prescrit couramment et sans surveillance médicale. Il est surtout utilisable sur les parties couvertes et dans les cas où les lésions psoriasiques sont peu étendues. On l'emploie sous forme de solution à 10 pour 100 dans le chloroforme, avec laquelle on badigeonne les plaques de psoriasis, puis on fait un deuxième badigeonnage avec une solution de gutta-percha dans le chloroforme à 10 pour 100 (traumaticine), pour maintenir l'acide chrysophanique au contact de la peau. Ces badigeonnages sont renouvelés tous les quatre ou cinq jours.

L'*acide pyrogallique*, moins actif que l'acide chrysophanique, a l'inconvénient de colorer la peau et les linges en brun ou en noir, par suite de sa réduction au contact des alcalis, et peut provoquer des accidents toxiques graves (diarrhée, albuminurie, hémoglobinurie, congestions pulmonaires parfois mortelles). Aussi ne peut-on l'employer que sur les parties couvertes et seulement sur une portion restreinte (un membre ou deux membres au plus) du tégument. Il doit être prescrit en pommades à 5 ou à 10 pour 100, additionnées ou non de 1 à 5 pour 100 d'acide salicylique. On aura soin de ne pas faire prendre de bains alcalins aux malades soumis à ce traitement.

Le *naphtol*, préconisé par Kaposi, qui l'emploie en pommades de 5 à 15 pour 100, est beaucoup moins actif que les médicaments précédents et son application donne lieu à une sensation pénible de brûlure; mais son innocuité permet de l'employer sur les lésions les plus étendues.

Le *mercure* a été préconisé sous les formes les plus diverses, pommades au calomel, à l'oxyde jaune, au turbith, etc., qui ne doivent être prescrites que dans les cas de psoriasis localisé; les bains au sublimé (2 à 4 grammes pour un bain) peuvent être employés lorsqu'il n'y a pas d'excoriations cutanées exposant à une absorption intense.

Le *soufre*, en pommade, est utile lorsque la séborrhée est associée au psoriasis.

Dans les formes localisées, on peut se contenter parfois de badigeonnages à la teinture d'iode, d'applications d'*emplâtres* de Vigo ou de Vidal.

De nombreuses autres substances ont été préconisées contre le psoriasis et ne méritent pas d'être mentionnées.

Les *bains*, simples ou alcalins, constituent un adjuvant des médications locales, en permettant de décaper les surfaces malades et d'enlever les reliquats des diverses applications externes. Dans quelques cas de psoriasis aigu, les bains d'amidon calment l'irritation cutanée. Certains sujets se trouvent bien de bains prolongés pendant deux, trois, quatre et six heures; mais leur emploi doit être proscrit chez les sujets affaiblis et nerveux.

Au cuir chevelu, la calotte de caoutchouc sert à décaper le tégument, la macération en espace clos ramollissant les squames et détruisant leur adhérence.

Les *traitements thermaux* de Loèche, Uriage, La Bourboule sont utiles dans un grand nombre de cas de psoriasis, ceux d'Aix-les-Bains, de Plombières dans le psoriasis arthropathique.

LES ÉRYTHRODERMIES EXFOLIANTES

La dénomination d'érythrodermie exfoliante a été proposée par E. Besnier pour désigner les dermatoses caractérisées à la fois par une rougeur généralisée du tégument et par une desquamation de caractères et d'intensité variables.

Elle ne désigne pas un groupe nosologique, mais simplement un ensemble clinique répondant à des affections diverses, de marche, de durée, de pronostic, de causes très variables.

La multiplicité des types cliniques d'érythrodermies exfoliantes et les nombreux points de contact symptomatiques qu'elles présentent ne permettent pas de les classer d'une façon définitive. La description détaillée de ces différents types ne saurait être donnée ici. Nous renvoyons pour leur étude complète aux travaux de Brocq⁽¹⁾, de Besnier, aux discussions du Congrès international de Dermatologie de 1889. Nous donnerons seulement un résumé succinct des caractères des principaux de ces types.

Les érythrodermies exfoliantes peuvent être divisées en :

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| ÉRYTHRODERMIES EXFOLIANTES AIGUËS ET SUBAIGUËS | { | accidentelles. non récidivantes. récidivantes. | { | idiopathiques. infectieuses. toxiques. |
| ÉRYTHRODERMIES EXFOLIANTES CHRONIQUES | { | primitives. secondaires à des dermatoses. | | |

ÉRYTHRODERMIES EXFOLIANTES AIGUËS ET SUBAIGUËS

Cliniquement, les érythrodermies exfoliantes aiguës reproduisent plus ou moins complètement le type de la scarlatine, d'où les noms d'érythèmes scarlatiniformes, de scarlatinoïdes qui leur ont été donnés.

Ils diffèrent cependant de la scarlatine par deux caractères importants : d'une part la rapidité de la desquamation, d'autre part l'absence habituelle de déterminations pharyngées.

En raison de la rapidité avec laquelle se fait la desquamation, celle-ci apparaît presque toujours alors que la rougeur du tégument n'est pas encore éteinte (E. Besnier), tandis que dans la scarlatine l'épiderme ne commence à desquamier que lorsque la congestion érythémateuse s'est cliniquement effacée.

L'érythème scarlatiniforme idiopathique non récidivant, dont l'étiologie est complètement inconnue, débute rapidement ou brusquement, s'accompagne d'un état fébrile variable, mais généralement peu intense, sans énanthème bucco-pharyngé ou avec un énanthème très peu accusé; l'érythème débute par une région variable du tégument, le plus souvent la face ou le tronc, s'étend rapidement à sa totalité, reste généralement peu intense; très rapidement, en 1 ou 2 jours, se produit une desquamation qui peut être peu accusée, ou au contraire très prononcée, se faire en longs lambeaux et se prolonger pendant plusieurs semaines. Les cheveux tombent parfois. Les ongles ne sont jamais compromis.

La dermatite exfoliatrice des nouveau-nés rentre dans la catégorie des érythrodermies exfoliantes idiopathiques aiguës. Cette affection, décrite pour la première fois par Ritter von Rittershain, survient sans cause connue dans les 15 premiers jours de l'existence; elle se traduit par de la rougeur et par une desquamation lamelleuse peu épaisse, d'abord localisées en des régions variables, puis généralisées. Sur certains points, on peut voir survenir des vésicules, des

(1) Brocq, Étude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée, ou mieux maladie d'Erasmus Wilson. Thèse de doctorat, Paris, décembre 1882; — Étude critique et clinique sur le pityriasis rubra. *Arch. gén. de médecine*, 1885, t. II, p. 68.

Voir aussi JADASSOHN. Ueber die Pityriasis rubra (Hebra) und ihre Beziehungen zur Tuberculose. *Archiv für Dermatologie*, 1891, p. 941, et 1892, p. 85, 271, 462.

bulles ou du suintement. L'affection se termine souvent par la mort, surtout chez les enfants élevés dans les maternités. Dans les cas favorables, la guérison survient en 15 à 40 jours.

L'érythème scarlatiniforme idiopathique récidivant débute également d'une manière rapide ou brusque, s'accompagne également d'un état fébrile d'intensité variable, rarement d'énanthèmes bucco-pharyngés; la rougeur du tégument est généralement très accusée, généralisée, et bientôt suivie d'une desquamation d'intensité variable mais ordinairement très prononcée; la desquamation, furfuracée et plus souvent à larges lambeaux, se reproduit pendant quelques jours ou plusieurs semaines. Les cheveux tombent le plus souvent en grande abondance. Très souvent les ongles tombent, soit aux doigts seulement, soit aux doigts et aux orteils; lorsqu'ils ne tombent pas, des sillons transversaux, profonds, marquent le trouble qu'a subi leur nutrition.

Pendant le cours de l'affection, la nutrition générale souffre également: les malades sont amaigris, affaiblis, comme après une grave maladie.

A intervalles variant de quelques semaines à plusieurs années, des poussées semblables se reproduisent en nombre variable, prolongeant la durée de la maladie pendant de longues années. Richardière⁽¹⁾ a compté jusqu'à 7 récurrences chez un malade. L'intensité de ces récurrences est variable; souvent, cependant, à chacune d'elles la rougeur devient moins prononcée, mais la desquamation est souvent plus accusée et la chute des phanères plus prononcée et plus rapide.

Les caractères de la première atteinte ne diffèrent que par des nuances de ceux de l'érythème scarlatiniforme non récidivant; la reproduction ultérieure des accidents distingue seule d'une façon nette ces deux formes d'érythrodermies exfoliantes.

L'étiologie de l'érythème scarlatiniforme récidivant est encore indéterminée. Il y a lieu de faire au sujet de son existence comme affection idiopathique les plus formelles réserves, car des érythrodermies offrant le même type clinique et également récidivantes s'observent à la suite de l'intoxication mercurielle. Depuis que les érythèmes récidivants hydrargyriques sont connus, le nombre des érythèmes scarlatiniformes récidivants idiopathiques a considérablement diminué.

Les érythèmes scarlatiniformes d'origine infectieuse s'observent au cours des maladies les plus diverses: grippe, diphtérie, fièvre typhoïde, etc. Ils sont cependant plus fréquents dans le cours des septicémies, d'origine traumatique ou puerpérale, liées au streptocoque, et dans le cours de l'érysipèle. Il est possible que, dans les infections différenciées où ils se rencontrent, ils soient sous la dépendance d'une infection streptococcique surajoutée. Ils relèvent sans aucun doute de l'intoxication par les produits solubles des microbes, et non de l'action locale de ceux-ci.

Les érythèmes scarlatiniformes survenant au cours des infections se traduisent par une rougeur intense du tégument, débutant souvent au voisinage d'une plaie infectée et se généralisant ultérieurement. La desquamation se produit rapidement. Dans quelques cas, on voit apparaître des phlyctènes et des plaques de gangrène, aux points de pression principalement.

Ces érythèmes compliquent souvent l'affection première; leur pronostic est lié à la nature et à la gravité de l'infection qui les provoque.

(1) RICHARDIÈRE, Observation d'érythème scarlatiniforme (8^e atteinte). *Annales de Dermat.*, 1885, p. 558.