

Anatomie pathologique. — NICOLLE a fait l'examen biopsique d'une saillie ortiée et a montré que la lésion est caractérisée uniquement par un œdème superficiel inégalement réparti suivant les points et, d'une façon générale, modérément accentué.

Traitement. — Celui-ci, qui ne peut s'adresser qu'à l'état général du sujet, différera nécessairement suivant les cas et consistera en bromures, douches, etc., institution d'un régime diététique sévère.

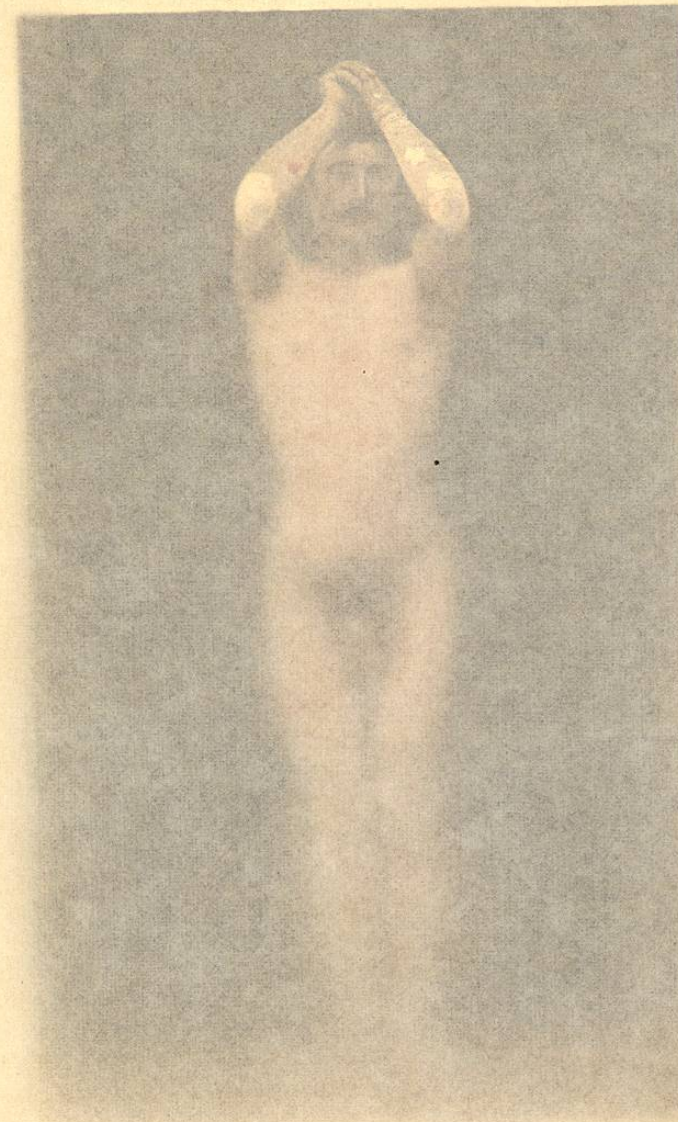
Dans le cas que nous avons observé et dans lequel le phénomène se produisait chez un urticarien, l'antipyrine a très rapidement fait disparaître la sensation prurit de l'urticaire vraie diminuant et cessant, d'où, par conséquent, abstention du grattage et, par suite, non-production de la pseudo-urticaire dermographique.

PSORIASIS

(Voir la planche XLII.)

Synonymie. — Herpès furfureux circiné. — Herpès squameux centrifuge. — Herpès squameux lichénoïde d'ALIBERT. — Lepra vulgaris et alphoides de WILLAN et BATEMAN. — Alphos d'ERASMUS WILSON. — Dartres squameuses sèches. — Dartres écailleuses.

Définition. — Le psoriasis est une affection de la peau qui consiste, objectivement, dans la production de squames sèches, blanches, argentées, plus ou moins épaisses, relativement adhérentes, au-dessous desquelles la surface cutanée



Anatomie pathologique. — NICOLLE a fait l'examen histologique d'une saillie ortiée et a montré que la lésion est caractérisée uniquement par un œdème superficiel inégalement réparti suivant les points et, d'une façon générale, modérément accentué.

Traitement. — Celui-ci, qui ne peut s'adresser qu'à l'état général du sujet, différera nécessairement suivant les cas et consistera en bromures, douches, etc., institution d'un régime diététique sévère.

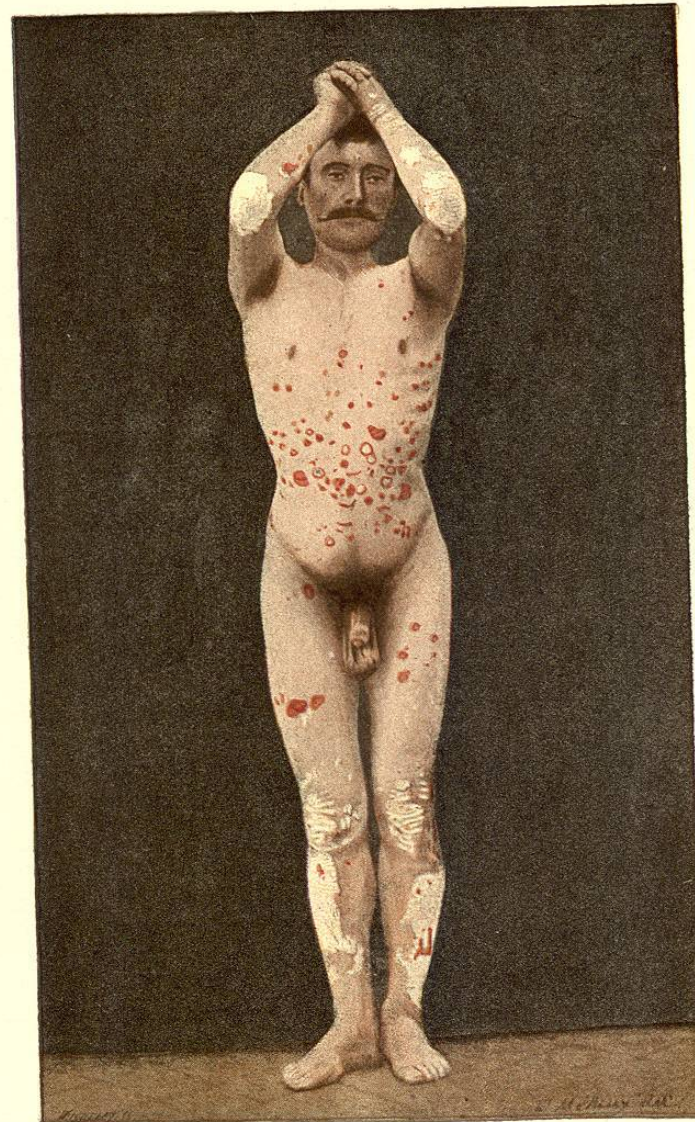
Dans le cas que nous avons observé et dans lequel le phénomène se produisait chez un urticarien, l'antipyrine a très rapidement fait disparaître la sensation prurit de l'urticaire vraie diminuant et cessant, d'où, par conséquent, abstention du grattage et, par suite, non-production de la pseudo-urticaire dermatographique.

PSORIASIS

(Voir la planche XLII.)

Synonymes. — Herpès furieux circiné. — Herpès squameux centrifuge. — Herpès squameux lichénoïde d'ALIBERT. — Lepra vulgaris et alphoïdes de WILLAN et BAYEMAN. — Alphas d'ERASMUS WILSON. — Dartres squameuses sèches. — Dartres écailleuses.

Définition. — Le psoriasis est une affection de la peau qui consiste, objectivement, dans la production de squames sèches, blanches, argentées, plus ou moins épaisses, relativement adhérentes, au-dessous desquelles la surface cutanée



Pl. XLII. — Psoriasis.

est d'une couleur rouge plus ou moins foncée, luisante, épaisse, saillante et saignant facilement.

Subjectivement l'affection s'accompagne ou non de prurit; l'état général reste bon, sauf chez les sujets arrivés déjà à un certain âge et chez lesquels on peut trouver des troubles digestifs et musculaires plus ou moins variés et, dans certaines formes, de véritables arthropathies.

Variétés. — Cette maladie peut offrir à l'observateur des formes différentes, que celles-ci constituent des variétés à proprement parler ou simplement des degrés dans l'acuité de l'affection.

Le psoriasis peut ne consister qu'en un simple petit point rouge s'effaçant par la pression du doigt, mais se couvrant d'une squame blanche sous l'influence du grattage: c'est le *psoriasis punctata*, forme sous laquelle débute toujours l'affection.

Quand la tache, recouverte de squames blanchâtres, est arrondie, légèrement saillante, semblable à une petite tache de bougie, elle constitue le *psoriasis guttata*.

Les éléments éruptifs sont-ils plus grands, ils forment des plaques qui ressemblent à des pièces de monnaie de cinquante centimes, d'un franc, de deux francs, de cinq francs; c'est alors le *psoriasis* dit *nummulaire*. (Voir la planche XLII.)

Quand, par leur cohérence, les éléments psoriasiques forment des dessins à bords saillants, encadrant une surface saine plus ou moins grande (aspect qui peut encore résulter de la guérison au centre d'une plaque de psoriasis), dessinant des lignes circinées, des rubans sinueux, on a le *psoriasis figuré*, plus spécial au tronc, le *psoriasis linéaire*, *psoriasis gyrata*, le *psoriasis annulaire*, etc.

Lorsque le psoriasis constitue de vastes placards recou-

vrant de grandes surfaces comme les boucliers de jadis, c'est le *psoriasis scutata*, le *psoriasis diffusa*, dont l'exagération produit le *psoriasis inveterata* « recouvrant souvent tout un membre comme le ferait une écorce d'arbre » (HARDY), envahissant parfois le tégument cutané presque tout entier par ses larges placards de squames épaisses et fendillées.

Quelles que soient les diverses formes affectées par le psoriasis qui ne changent en rien, d'ailleurs, l'essence du processus, la maladie est toujours caractérisée par l'aspect de ses squames plus ou moins épaisses, pulvérulentes, stratifiées, rupioïdes, plus ou moins adhérentes, d'un blanc mat ou d'un blanc jaunâtre, ressemblant à des taches de bougie ou de plâtre déposées sur la peau et devenant, sous l'influence du grattage, d'un blanc brillant ou nacré. Au-dessous des squames, le derme est généralement sec, parfois légèrement humide, mais toujours d'un rouge brun qui déborde sur la peau saine, brillant, lisse, crevassé cependant dans certains cas et offrant, quand le grattage pour l'enlèvement des squames a dû être un peu violent, un piqueté hémorragique caractéristique (signe du piqueté sanglant).

Siège. — Un des faits les plus importants à signaler dans l'étude du psoriasis, c'est sa tendance à envahir certains points de la surface cutanée et particulièrement la partie médiane des surfaces d'extension des membres, genoux et coudes (voir la planche XLII) où on le note souvent dès le début de l'affection ; il est rare, en effet, qu'un psoriasique n'offre pas en ces régions des traces de la maladie dont il est atteint qui s'y manifeste presque toujours par des placards qui seraient absolument pathognomoniques, si des affections psoriasiformes ne pouvaient, elles aussi, affecter ces mêmes régions.

Dans certains cas, l'éruption est localisée et circonscrite à la tête, aux paupières, à la paume des mains, à la plante des pieds, aux ongles, au prépuce, à l'orifice vulvaire, mais non sur la muqueuse (le psoriasis vrai des muqueuses n'existant pas) ; d'où la description par les auteurs de ces divers psoriasis, rarement circonscrits, il est vrai, d'une façon complète à ces régions ; le plus souvent celles-ci sont atteintes en même temps que le reste du corps, mais présentent des aspects spéciaux.

A la tête, le psoriasis peut envahir le cuir chevelu plus ou moins complètement ; dans certains cas on n'y rencontre que quelques éléments psoriasiques ; parfois, au contraire, ce sont des amas de squames plâtreuses formant des bosselures caractéristiques, traversées par les cheveux, plus secs qu'à l'état normal. Tantôt, le psoriasis du cuir chevelu n'est indiqué que par quelques squames furfuracées, comme tantôt la tête est le siège d'une plaque unique débordant le cuir chevelu et reconnaissable au front et à la nuque par sa ligne arrondie et rouge.

Le psoriasis de cette région a été confondu avec le *favus*, l'*herpès tonsurant*, la *séborrhée*, le *lupus érythémateux* et l'*eczéma*.

Ce dernier s'en distingue surtout par ses limites moins nettes et son caractère d'humidité.

Dans le *favus*, les croûtes sont jaunes et l'altération des cheveux ainsi que les cicatrices habituelles rendent souvent inutile l'examen microscopique qui pourrait juger en dernier ressort.

Le diagnostic du psoriasis de la face est plus difficile ; c'est surtout avec le *lupus érythémateux* qu'on peut le confondre ; si le *lupus* n'a point encore produit de lésions cicatricielles, le meilleur guide, pour arriver au diagnostic, sera de rechercher ailleurs les signes de l'une ou l'autre affection.

Aux oreilles, le psoriasis ressemble beaucoup à l'*eczéma séborrhéique*.

Quand il affecte les paupières, il les rend sèches, raides et les met en ectropion.

Lorsqu'il siège aux mains et aux pieds, ce qui arrive encore plus rarement qu'on ne le croit en général, le psoriasis respecte presque toujours la face dorsale ; ses squames sont souvent foliacées ; l'épiderme est épaissi, les mouvements sont gênés par les fissures sillonnant la peau qui « se fendille comme un vieux morceau de cuir desséché qu'on cherche à courber ».

Le psoriasis est souvent confondu ici avec la *syphilis*, l'*eczéma*, la *kératodermie*.

Les syphilides palmaires ou plantaires sont plus lamelleuses, forment des cercles ou des segments de cercle et sont surtout bien plus souvent unilatérales que le psoriasis presque toujours symétrique.

Le diagnostic du psoriasis et de l'*eczéma* est souvent très difficile : on a signalé, à la paume des mains, la rougeur plus vive du psoriasis.

Dans la *kératodermie*, au contraire, la rougeur est moins vive, et les squames beaucoup plus épaisses.

Le psoriasis des ongles, décrit pour la première fois par BIETT, est isolé ou concomitant à d'autres lésions psoriasiques ; il est caractérisé par des taches opaques ou ecchymotiques, de la sécheresse, de l'épaississement, de la rugosité, de la fragilité ; l'ongle est ponctué, sillonné de stries transversales et peut même tomber, détaché par les amas de squames épidermiques.

Aux régions génitales, en raison de l'humidité qui leur est spéciale, le psoriasis n'est pas squameux et ressemble beaucoup aux syphilides papuleuses, d'où un diagnostic presque impossible localement.

En dehors des différences objectives dues à ces sièges divers, il existe des psoriasis dits atypiques comme ceux qui, limités aux plis de flexion de certaines articulations, à bords nets, d'une couleur rouge vif, luisants, squameux, quelquefois même suintants, ont été décrits par UNNA dans son *eczéma séborrhéique*.

Ailleurs, le psoriasis peut affecter primitivement ou non la totalité de la peau (*psoriasis scarlatiniforme*) qui devient rouge, luisante, ridée sous les squames peu épaisses, foliacées et peu adhérentes.

Dans d'autres cas, le psoriasis est *papillomateux*, *verruqueux*, surtout aux mains.

Enfin, chez certains sujets, le *psoriasis arthropathique* s'accompagne de douleurs articulaires (forme arthralgique) ou de véritables arthropathies.

Marche. — Chaque élément psoriasique, pris en particulier, offre une marche à peu près typique : débutant par une rougeur et une tuméfaction limitées, bientôt recouvert par la squame caractéristique qui peut aussi être le premier phénomène appréciable, l'élément psoriasique s'agrandit excentriquement, reste stationnaire à la période d'état pendant un temps plus ou moins long (quelques semaines ou quelques mois), puis décroît, en même temps que diminuent aussi la rougeur et la tuméfaction, la sécrétion et l'accumulation épidermique ; mais la peau garde encore fréquemment pendant un certain laps de temps une pigmentation plus foncée qu'à l'état normal.

Envisagée au point de vue général, la marche du psoriasis est essentiellement chronique ; c'est une affection qui procède par poussées successives, souvent de plus en plus intenses. Ces poussées durent plus ou moins longtemps, deux ou trois mois en moyenne, laissant dans leurs

intervalles des repos plus ou moins longs, variant de quelques semaines à trois, quatre, huit mois, un an, quelquefois même durant de longues années.

Parfois, les récidives deviennent de moins en moins intenses et le malade ne garde plus comme symptômes de son affection que quelques squames aux coudes et aux genoux. Cet état est le seul auquel on puisse donner le nom de guérison du psoriasis, affection qui ne disparaît jamais complètement et sans retour.

Pronostic. — Le pronostic, peu sérieux quant à la lésion locale, est grave par la ténacité et la fatalité des récidives du psoriasis; ce qui, chez certaines classes de malades, influe fâcheusement sur l'état moral.

BAZIN indique comme terminaison possible du psoriasis l'asthme, la bronchite chronique, le cancer; HARDY confirme l'opinion de BAZIN au sujet de cette dernière maladie.

Ce qu'il est bon de savoir, c'est qu'il est certain que le psoriasis *inveterata* ou *scarlatiniforme* peut tuer par la cachexie qu'il provoque ou aboutir à la maladie décrite sous le nom d'herpétide maligne exfoliatrice (Voir ce mot).

Diagnostic. — L'*eczéma* se différencie du psoriasis par ses bords moins limités, plus diffus, ses squames plus molles, plus lamelleuses, plus jaunâtres; dans l'*eczéma*, il y a eu ou il y a une sécrétion séreuse caractéristique; toutefois l'*eczéma* séborrhéique offre quelquefois des difficultés de diagnostic insurmontables.

Dans le *lichen ruber planus*, qui ressemble beaucoup au psoriasis punctata, on trouve la plupart du temps, outre les localisations spéciales au lichen (voir ce mot), quelques papules brillantes caractéristiques; de plus, dans le lichen, les squames sont plus fines, moins saillantes,

moins blanches, plus adhérentes, et la peau semble aussi plus épaisse et plus ridée.

Le psoriasis circiné a été confondu avec l'*herpès circiné*; dans ce dernier, les squames minces, peu adhérentes, ont été presque toujours précédées de vésicules ou de vésicopustules; l'affection est plus superficielle; enfin, le microscope d'ailleurs lèvera tous les doutes.

Le *pityriasis rosé* de GIBERT se distingue du psoriasis par l'aspect de ses squames et par son évolution.

Dans le *lupus érythémateux*, les squames sont grisâtres, mais, s'il n'y a pas de cicatrices, le diagnostic peut être parfois fort difficile.

Le psoriasis scarlatiniforme diffère de l'*herpétide exfoliatrice* par sa rougeur plus vive, ses squames moins abondantes et son état général moins grave.

Dans le *pityriasis rubra*, les squames sont minces, peu adhérentes, non imbriquées et n'occupent pas les sièges de prédilection du psoriasis.

Le diagnostic du psoriasis avec certaines *syphilides* est quelquefois difficile et les différences ordinairement signalées (écailles plus épaisses du psoriasis, différence de coloration, etc.) sont souvent en défaut; il est bon, toutefois, de noter que, dans la syphilis, la squame, plus rare, n'est jamais une lésion primitive et que la syphilis palmaire et plantaire est souvent asymétrique; mais les antécédents, les commémoratifs et le traitement spécifique seront seuls parfois à donner la clé du diagnostic.

Étiologie. — Pour le professeur LANG, d'Innsbruck, la cause du psoriasis serait un parasite; d'autres observateurs, A. WOLFF, de Strasbourg, DESTOT, de Lyon, partagent cette manière de voir qui n'est pas encore admise généralement.

Quoi qu'il en soit, le psoriasis ne paraît pas contagieux; il est héréditaire, mais souvent d'une façon indirecte; plus commun chez l'homme que chez la femme, il apparaît ordinairement pour la première fois à l'âge adulte, souvent aussi dans l'enfance.

L'arthritisme et le nervosisme influent certainement sur sa production et sa réapparition.

Anatomie pathologique. — Anatomico-pathologiquement, le psoriasis consiste en une hypertrophie des couches superficielles de la peau.

Traitement. — Malgré la spécificité jadis tant vantée de l'arsenic dans le psoriasis, il n'existe contre cette maladie aucun médicament d'une utilité véritablement curative; c'est plutôt la constitution du sujet qui doit guider dans le choix d'une médication interne à instituer par l'arsenic aussi bien que par l'iodure de potassium, l'huile de foie de morue, les alcalins, le mercure, etc., etc.

Toutefois, MAC CALL ANDERSON, de Glasgow, obtiendrait de bons résultats, chez les enfants, avec le baume de copahu donné à l'intérieur à doses progressivement croissantes.

Localement, il faut d'abord décaper le malade, c'est-à-dire, le débarrasser des amas de squames; on y arrive par les bains, l'enveloppement dans le caoutchouc, les frictions au savon noir, les onctions grasses.

Ensuite, plusieurs modes de traitement sont à choisir et semblent même varier d'influence avec les sujets.

Le traitement le plus ordinaire consiste en frictions bi-quotidiennes avec l'huile de cade soit pure, soit coupée

de glycérolé d'amidon en quantité plus ou moins élevée suivant les formules d'E. VIDAL :

Huile de cade vraie	45 grammes.
Extrait fluide de Panama.	q. s. pour émulsionner.
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre.	90 grammes.
Essence de girofle.	q. s.
(Glycérolé cadique faible d'E. VIDAL.)	

Huile de cade vraie	50 grammes.
Extrait fluide de Panama.	5 —
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre.	45 —
Essence de girofle.	q. s.
(Glycérolé cadique fort d'E. VIDAL.)	

L. Brocq conseille d'y ajouter un peu d'acide salicylique :

Huile de cade vraie.	100 grammes.
Extrait fluide de Panama.	10 —
Glycérine	84 —
Amidon	7 —
Acide salicylique.	6 —
Essence de girofle	10 —

Ce traitement, en général assez bon, a le défaut d'être souvent impraticable en raison de l'odeur désagréable de l'huile de cade.

Il n'en est pas de même du traitement par l'acide chrysophanique (BALMANNO SQUIRE), mais celui-ci a l'inconvénient d'être très irritant pour les yeux, de tacher le linge et de colorer en violet la peau saine, en jaune brun les ongles, les poils et les cheveux; on peut l'employer soit sous forme de pommade à 10 p. 100, soit en badigeonnant les plaques avec le médicament dissous dans le chloroforme ou l'éther, en le recouvrant ensuite d'une couche de traumaticine (dissolution d'une partie de gutta-percha purifiée dans dix parties de chloroforme).

Les mêmes procédés peuvent être employés en substi-

tuant à l'acide chrysophanique l'acide pyrogallique, mais à doses moitié moindres et en usant de grandes précautions pour éviter toute intoxication que l'on constaterait au début par l'apparition d'une teinte noire ou rosée dans les urines. Certains dermatologistes préfèrent à ces traitements ceux par les mercuriaux (que T. MAPOTHER, de Londres, emploie à l'intérieur et à l'extérieur), les divers goudrons, l'anthraxobine, l'acide phénique, le naphthol, la créoline, etc.

L'éthylate de soude, à la dose de 2 grammes dans 100 grammes d'huile d'olive, aurait, dans un cas, amené en vingt jours la disparition presque complète de l'affection (GAMBERINI et MONARI, de Bologne).

P. EICHHOFF a publié deux cas de guérison rapide (en quinze jours) par des applications d'aristol en pommade ou en collodion à 10 p. 100.

Nous-même avons essayé à diverses reprises les applications répétées tous les deux jours sur chaque placard d'ichthyol ammonium pur avec, dans l'intervalle, des frictions avec des pommades à l'ichthyol au dixième. En quinze jours, trois semaines au maximum, nous avons, dans des cas où les placards étaient en petit nombre, obtenu leur disparition; dans les cas où les taches étaient nombreuses, l'amélioration qui se manifestait au début du traitement par un affaissement et une décoloration de la lésion cessait bientôt de progresser et nous étions forcé de revenir aux traitements classiques.

A l'intérieur, l'ichthyol ne nous a semblé donner aucun résultat bien appréciable, sinon dans certaines variétés se rapprochant beaucoup de l'eczéma séborrhéique de UNNA.

PSOROSPERMOSE FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE

DE DARIER

(*Angiofolliculite cornée psorospermiqne, irritative, séborrhéique, proliférante, végétante.*)

Définition. — E. BESNIER et A. DOYON désignent sous cette dénomination une affection de la peau « qui cessera d'être rare quand on saura la reconnaître » et déjà décrite sous le nom d'*hypertrophie générale du système sébacé* par LUTZ et de *kératose folliculaire* par J.-C. WHITE, mais dont ces auteurs ignoraient la nature coccidienne.

E. BESNIER et A. DOYON décrivent cette affection de la façon suivante :

Symptomatologie. — « Au premier stade de l'affection cutanée, et maintenant patente pour un observateur prévenu, l'efflorescence est un soulèvement papuliforme plan, arrondi ou conique, léger, quelquefois de la couleur normale de la peau dans les points où le système pileux prédomine sur le sébacé, mais, dans les autres, blanc sale, grisâtre, jaunâtre, quelquefois noir ou noirâtre, selon la couleur de la peau et le degré de la séborrhée, sans orifice folliculaire appréciable ni trace d'ombilic, et traversé ou non, ou côtoyé par un poil. La main passée à la surface de ces éléments perçoit une sensation de rugosité, de râpe, plus ou moins accentuée.

Si l'on cherche à ruginer l'efflorescence, on éprouve une

résistance vive; il faut faire effraction de la couche cornée pour enlever une petite masse en forme de clou à tête plan-convexe, dont la partie inférieure représente une véritable petite corne, enchâssée dans une dépression infundibuliforme par une extrémité conique ou cylindrique, d'un blanc sale, de consistance demi-molle et un peu grasse au doigt. La dépression de la peau qui reçoit cette extrémité est un infundibulum à bords un peu saillants, papuleux; il correspond manifestement à l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé. Si plusieurs éléments sont enlevés à la fois, la peau apparaît inégale, rugueuse, criblée de petits orifices en entonnoir; l'épiderme est conservé, et il n'y a pas de suintement sanguin. »

L'aspect varie toutefois avec les localisations anatomotopographiques, selon que la région atteinte est plus ou moins riche en follicules pilo-sébacés, sébacés, sudoraux.

Au cuir chevelu et sur les régions pileuses, l'affection ressemble, au début, à la séborrhée sèche; plus tard seulement, elle prend un aspect papillomateux.

Ailleurs, dans les sillons et plis cutanés, ce sont des placards croûteux, noirâtres ou huileux, coïncidant alors avec des comédons indépendants, d'après DARIER, de la psorospermoze.

A la face dorsale des mains et des doigts, l'éruption consiste en petites papules blanchâtres, peu saillantes, très confluentes et adhérentes; aux régions palmaires et plantaires, « l'extrémité des doigts, les lignes papillaires, sont couvertes de petites perforations ponctuées, peu profondes, sans altération de la couleur normale ou de points jaunâtres (cas de DARIER) très fins, saillants, ou déprimés, nodules cornés microscopiques fondus dans le revêtement épidermique corné de la région; ils ne desquament pas et ne sauraient être extirpés.

« Dans le second stade, stade de végétation, les éléments cutanés consistent en saillies folliculaires à pertuis central, dont le revêtement corné est, en partie, éliminé, autour de l'infundibulum d'abord, lequel apparaît entouré d'un anneau rouge à teintes variées, mollasse, bourgeonnant, suintant, fétide, et occupé par un comédon imparfait ou simplement par de l'exsudat puriforme. Aux régions de confluence, ces éléments se juxtaposent inégaux, les uns comprimant, les autres comprimés, en même temps que la région entière est épaissie et soulevée. Le tout exhale une odeur indéfinissable et absolument intolérable. »

Chez deux malades (cas d'E. BESNIER et de J.-C. WHITE) on a constaté l'existence de *leucokératoses linguales et buccales*.

Pronostic. — Aucun trouble fonctionnel ne coexiste avec cette affection à marche progressive et symétrique dont le diagnostic est cependant très sérieux en raison de sa généralisation et de sa résistance aux traitements.

Diagnostic. — Le diagnostic se fera toujours par l'examen microscopique qui déterminera la nature de la maladie due, comme l'a démontré DARIER, à des psorospermies ou coccidies, organismes de la classe des sporozoaires.

Traitement. — Aucun traitement n'a réussi jusqu'à présent; ni les acides phénique ou salicylique, ni le goudron, le soufre, etc.; les mercuriaux semblaient, dans le cas d'E. BESNIER, agir sur la prolifération des éléments psorospermiques, mais ne pouvaient malheureusement pas être employés d'une façon continue.