



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923.

THÈSE

100

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean CORNILUS

Né à Tergnier (Aisne), le 10 novembre 1894

SUR DEUX CAS

D'ÉRYTHRODERMIE EXFOLIANTE

PSORIASIQUE

Président : M. JEANSELME, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1923

001

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

001

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean CORNILUS

Né à Tergnier (Aisne), le 10 novembre 1894

SUR DEUX CAS

**D'ÉRYTHRODERMIE EXFOLIANTE
PSORIASIQUE**

Président : M. JEANSELME, professeur



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^o, ÉDITEURS

45, rue Racine, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie.	MM	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO	
Physiologie.	Ch. RICHET	
Physique médicale	ANDRÉ BROCA	
Chimie organique et Chimie générale	LESGREZ	
Bactériologie	DEZANÇON	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT	
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ	
Pathologie médicale	N...	
Pathologie chirurgicale.	LECENE	
Anatomie pathologique.	LETULLE	
Histologie	PRENANT	
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD	
Thérapeutique	CARNOT	
Hygiène.	BERNARD	
Médecine légale.	BALTHAZARD	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER	
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER	
Clinique médicale	ACHARD	
	WIDAL	
	GILBERT	
	CHAUFFARD	
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN	
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	CLAUDE	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELMR	
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE	
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER	
	DELBET	
Clinique chirurgicale	LEJARS	
	HARTMANN	
	GOSSET	
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNE	
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU	
	BRINDEAU	
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE	
	JEANNIN	
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE	
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA	
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ	
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEHLEAU	
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL	
Clinique propédeutique.	SERGEANT	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	REITTERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIEBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoulLET	ROUVIERE
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A.)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBÉ HENRI	MULON	VILLARET
CLEHC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE D^r PAUL CORNILUS

A MA MÈRE

*Hommage de piété filiale et
de profonde reconnaissance.*

A M. le Professeur JEANSELME

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette
thèse.*

Avec toute notre gratitude.

A M. le Docteur MILIAN
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Hommage de reconnaissance
pour les notions précieuses ac-
quises dans son service pour
l'établissement de cette thèse et
pour nous-même.*

A M. le Docteur MOURETTE
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Chirurgien chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin (Aisne)

Témoignage d'amitié.

A MON AMI MARCEL LELONG

Interne des Hôpitaux de Paris

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MEIS ET AMICIS

SUR DEUX CAS

D'ÉRYTHRODERMIE EXFOLIANTE

PSORIASIQUE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion, dans le service de M. le Dr Milian, d'observer, en l'espace de six mois, 2 cas d'érythrodermie exfoliante généralisée survenue chez des psoriasiques.

Ces érythrodermies généralisées apparaissant chez des psoriasiques, soit spontanément en apparence, soit sous l'influence d'irritants occasionnels, soit — et c'est le cas le plus fréquent — au cours d'une application thérapeutique, sont des faits fréquents et bien connus de tous ; mais la nature véritable de ces éruptions est loin d'être précisée et les opinions des auteurs à ce sujet sont variables.

Les classiques admettent que cette complication est due à l'action irritante ou toxique du médicament utilisé pour faire disparaître les lésions psoriasiques, le plus souvent l'acide chrysophanique : il s'agit alors d'une toxidermie d'origine externe, médicamenteuse. D'une telle opinion découle obligatoirement une con-

séquence pratique importante : la cessation du traitement chrysophanique ou la contre-indication formelle de l'emploi de ce médicament. Seules des applications calmantes, d'axonge par exemple, peuvent convenir comme traitement local.

De rares auteurs seulement (Hallopeau et Leredde et surtout M. Milian) pensent qu'il ne s'agit pas d'une éruption médicamenteuse, mais d'une poussée aiguë généralisée de psoriasis. Les uns admettent cependant que le médicament agit comme une cause occasionnelle capable de déclancher l'érythrodermie psoriasique au même titre que tout irritant externe ou interne. Les autres innocentent complètement le médicament et admettent qu'il s'agit uniquement d'une poussée aiguë généralisée de psoriasis survenant spontanément, en simple coïncidence, sans que le médicament soit en cause. De telles opinions résulte une conduite pratique exactement inverse de la précédente : pas d'axonge, nécessairement inefficace, mais applications thérapeutiques actives (acide chrysophanique, huile de cade, etc...).

Nous ne pouvons espérer dans ce modeste travail solutionner entièrement ce problème. Il pose en effet une question extrêmement complexe de pathologie générale qu'il est impossible de résoudre définitivement sans un grand nombre d'observations bien analysées. Toutefois, nous tenons à apporter aux débats les deux cas dont nous avons été témoin, et nous espérons montrer que — dans ces deux cas tout au moins — l'érythrodermie n'était pas due au médica-

ment, mais était uniquement liée à une généralisation du psoriasis, sans que nous ne puissions formuler que des hypothèses sur ce qui a pu être la cause réelle de cette généralisation.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée obligeamment par M. le Dr Milian.) (1)

Ch... Alexandre, 64 ans, jardinier. Entre salle Saint-Louis n° 20, le 22 mai 1922, pour une éruption érythro-squameuse généralisée. Cette éruption siège sur tout le corps, mais son aspect varie un peu selon les régions. Sur les membres supérieurs et la tête, les éléments ne sont pas confluent et laissent entre eux des intervalles de peau saine ; à la face postérieure des deux coudes, on trouve quelques éléments de psoriasis : il s'agit de placards écailleux, circulaires, de dimensions allant de 0 fr. 50 à 5 francs, superficiels. Ils donnent au grattage le signe de la tache de bougie, des squames abondantes et fines, puis une dernière pellicule large sans laquelle on voit sourdre la rosée sanglante caractéristique. Les lésions psoriasiques des deux coudes existent solitaires depuis deux ans environ.

Par contre, sur le tronc et sur les membres inférieurs, l'éruption est confluent, sans intervalle de peau saine, et a l'aspect typique d'une érythrodermie exfoliante desquamative. La coloration générale est rouge écrevisse. La peau est chaude, tendue ; partout elle est le siège d'une abondante desquamation, fine par endroit, en copeaux lamellaires dans

1. Cette observation a fait l'objet d'une communication de MM. Milian et Lelong à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, séance du 6 juillet 1922.

d'autres, et dont les débris emplissent le lit du malade. Quand le malade se lève, il tombe de son corps sur le sol une véritable pluie de squames. Le malade est considérablement œdématié, ses jambes sont infiltrées, arrondies en poteau ; la pression du doigt obtient aisément un godet. De même les mains sont gonflées, les doigts élargis, la figure notablement bouffie.

Il n'y a pas de prurit, mais le malade est en proie à une soif intense depuis le début de la maladie.

Cette éruption a débuté brusquement une semaine auparavant, dans la matinée du 14 mai, après deux journées de travail en plein soleil dans son jardin par une très forte température (32° à l'ombre) : c'est à cette circonstance qu'il attribue son éruption. D'autres irritants externes sont peut-être à invoquer cependant, car le 18 mai, le malade prit un bain sulfureux suivi d'une application sur tout le corps de pommade cadum. Le lendemain, il constatait une aggravation marquée de son état, avec augmentation de l'œdème et de la rougeur et apparition de nouveaux éléments sur le tronc.

Tous ses appareils sont normaux. Température 37°6 ; pouls normal ; urines sans sucre ni albumine. Le malade est particulièrement robuste, très gros, d'aspect pléthorique (98 kgr. 500 à l'entrée).

C'est d'ailleurs un goutteux avéré. Il a eu une attaque de goutte en 1901 qui a laissé au niveau de l'articulation phalango-métatarsienne du gros orteil des tophis facilement palpables.

Il est le septième d'une famille de 14 enfants, tous bien portants. Ses parents sont morts de vieillesse à 77 et 73 ans. Il n'est pas marié.

Evolution. — Des applications d'axonge sont faites quotidiennement sur tout le corps sans résultat. La desquamation persiste abondante sur tout le tégument. La température est même subfébrile (38° le 1^{er} juin au soir, 37°9 le 2 juin au soir). Seul l'œdème diminue un peu ; le poids, après être monté à 99 kgr. 500, descend progressivement jusqu'à 89 kilos.



Mais à partir du 9 juin, malgré l'axonge, une nouvelle poussée œdémateuse et desquamative se dessine, le poids remontant jusqu'à 99 kgr. 500 le 16 juin avec température à 37°6.

Les 13, 14, 15 juin, on tente une application de pommade chrysophanique au centième limitée à la jambe gauche. Le 16 juin, presque toute desquamation a disparu au niveau du segment ainsi traité dont l'aspect contraste avec celui du reste du corps. L'œdème lui-même a diminué. L'autre jambe est mise alors à la même pommade.

Le 19 juin, les deux jambes sont rouges, vernissées, sans la moindre desquamation : seule la partie moyenne de la jambe droite a gardé un aspect nettement psoriasiforme et écailleux. C'est qu'à ce niveau un pansement nécessité par une biopsie avait empêché l'application de la pommade.

Le 24 juin, ce mode de traitement est étendu à tout le corps, sauf à la tête qui est enduite de pommade au calomel. A partir de ce jour, l'amélioration est générale et régulière ; la desquamation et les œdèmes disparaissent. Le poids tombe à 84 kgr. 500 le 3 juillet, en même temps que les urines atteignent 3 litres, le malade ayant maigri de 15 kilos depuis son entrée.

Examens de laboratoire

1° Sang. — Réaction de Wassermann : négative.

Formule leucocytaire :

Le 28 mai, globules blancs : 11.700 ; polynucléaires neutro : 80 ; éosino : 0 ; mononucléaires : grands : 17 ; moyens : 1 ; lympho : 2.

Le 13 juin, au moment de la deuxième poussée : globules blancs : 12.160 ; polynucléaires-neutro : 75,6 ; éosino : 5,4 ; monos : grands : 2 ; moyens : 7 ; lympho : 10.

Le 3 juillet, globules blancs : 8.500 ; polynucléaires : neutro : 52 ; éosino : 0 ; monos : grands : 12 ; moyens : 8 ; lympho : 28.

2° Recherche de l'insuffisance hépatique :

Pas d'urobiline dans les urines ; épreuve de la glycosurie alimentaire : négative.

En résumé, dès son arrivée à l'hôpital, ce malade présentait incontestablement une érythrodermie aiguë exfoliante généralisée : rougeur diffuse de tout le corps, squames abondantes en copeaux, œdème généralisé avec augmentation considérable du poids et diminution des urines, fièvre légère.

Quelle était la nature de cette érythrodermie ?

L'existence aux coudes et aux avant-bras de plaques squameuses présentant au grattage méthodique les signes typiques du psoriasis : tache de bougie, squames abondantes et poussiéreuses puis une dernière pellicule large sous laquelle on voit sourdre la rosée sanglante permettait d'affirmer qu'il s'agissait d'une érythrodermie exfoliante survenant chez un psoriasique. D'ailleurs, le malade présentait antérieurement à l'éruption généralisée quelques placards permanents localisés aux coudes et aux genoux. Il attribuait la généralisation de l'éruption à deux jours de jardinage en plein soleil par une chaleur torride.

Peut-être l'application par le malade quelques jours après de pommade Cadum et un bain sulfureux ont-ils intensifié quelque peu cette éruption. Peut-être aussi le terrain joue-t-il un certain rôle dans le déclenchement de l'éruption, et est-il intéressant de relever que le malade était un gouteux, pléthorique avéré, aimant le bon vin. Notons cependant que les épreuves classiques d'insuffisance hépatique ont été négatives.

Devant une telle éruption on pouvait se demander s'il s'agissait d'une éruption médicamenteuse, ainsi que le pensent les classiques.

Le malade fut d'abord mis à l'axonge. Or, malgré cette thérapeutique appropriée aux irritants médicamenteux, l'éruption, loin de s'améliorer, subit bientôt une aggravation et le malade fit une deuxième poussée aiguë généralisée, marquée par la recrudescence de l'érythrodermie et des œdèmes.

L'idée vint alors qu'on pouvait avoir affaire à une généralisation du psoriasis lui-même se présentant sous la forme d'une érythrodermie, que cette généralisation ait été provoquée par un irritant physique (le soleil,) ou chimique (la pommade cadum ou le bain sulfureux). Il était facile de donner la preuve de la nature psoriasique de cette érythrodermie en mettant précisément le malade au traitement médicamenteux spécifique du psoriasis, à savoir l'acide chrysophanique. Bien entendu, ce médicament fut d'abord essayé avec toute la prudence convenable, c'est-à-dire en tâtonnant, région par région, de façon à vérifier la susceptibilité du malade. On constata rapidement la transformation complète des régions traitées, dont la desquamation, l'œdème et la rougeur disparurent progressivement; l'application de la pommade à la totalité du corps permit en une dizaine de jours la guérison de l'éruption généralisée, alors que les simples applications d'axonge n'avaient eu aucun effet favorable, et même n'avaient pu empêcher l'éclosion d'une nouvelle poussée. Parallèlement à la disparition des œdèmes, le poids du malade avait fondu de 20 kilogs. Ce qui montrait que cette évolution favorable n'était pas qu'une simple coïncidence, c'est que la jambe droite protégée par un pansement motivé par une biopsie avait été soustraite à l'action médicamenteuse chrysophanique et avait conservé son infiltration œdémateuse, sa rougeur et ses squames abondantes et que ces phénomènes ne cédèrent que quand elle fut à son tour soumise au traitement chrysophanique.

Il nous paraît donc logique de dire que cette érythrodermie non améliorée par l'axonge, guérie par un spécifique du psoriasis, n'était pas d'origine médicamenteuse, mais était une forme aiguë généralisée de psoriasis à type d'érythrodermie exfoliante et que la conduite à tenir en de pareils cas est de recourir au traitement véritablement actif du psoriasis et non aux applications émollientes.

OBSERVATION II

(Prise par nous dans le service de M. le Dr Milian.)

P... Simone, 14 ans, entre salle Lugol, n° 1, le 22 août 1922, pour des lésions érythémato-squameuses nombreuses de la peau.

A l'examen on constate qu'il s'agit de placards localisés typiques de psoriasis, siégeant principalement sur la face antérieure des genoux, la face postérieure des coudes, aux mollets, aux avant-bras et au cuir chevelu.

Aux genoux, les placards sont de la dimension d'une grande paume de main et aux coudes ils atteignent cinq francs. Ceux des membres sont beaucoup plus petits; quelques-uns sont punctiformes; certains sont entourés d'un léger halo rouge. Tous ces éléments fournissent au grattage méthodique les signes caractéristiques du psoriasis : tache de bougie, squames sèches, abondantes et fines, dernière pellicule large et découvrant une rosée sanglante nette. Au cuir chevelu, les placards sont exactement limités et sont recouverts de squames épaisses, grisâtres, formant une véritable carapace; le grattage de ces squames fait découvrir une surface rouge non suintante. Les cheveux sont conservés et particulièrement secs; ils traversent les squames et résistent à la traction. Les ongles sont normaux.

La température est normale à l'entrée; le pouls est à 80. Le cœur, les poumons, l'appareil digestif, le système nerveux sont normaux; l'examen des urines ne révèle rien de particulier. Le Wassermann est négatif dans le sang. La malade n'est pas encore réglée, et les poils de la région pubienne n'ont pas encore fait leur apparition; les seins commencent à se développer. L'état général est bon, le poids est de 44 kilogrammes.

Les lésions psoriasiques datent, d'après la malade, de la seconde quinzaine du mois de mai 1922. Elle était alors en pension et elle s'aperçut un jour que la face antérieure des

genoux présentait des plaques blanchâtres ; quelques jours plus tard la face dorsale des mains, puis les coudes se couvrirent d'éléments analogues. En juin, le cuir chevelu fut envahi à son tour et présenta des croûtes très épaisses.

Les antécédents de cette enfant ne présentent rien d'autre à relever qu'une varicelle et une coqueluche suivie de broncho-pneumonie dans la première enfance.

Evolution. — Devant ce psoriasis banal, on institue le traitement classique du psoriasis : applications d'axonge pour ramollir et décaper les lésions pendant trois jours, puis pommade chrysophanique au centième.

Aucun incident notable jusqu'au 11 septembre. Le traitement chrysophanique est bien supporté.

11 septembre. — Ce jour-là apparaît brusquement une éruption érythémato-squameuse sur tout le corps, y compris la figure où l'on n'avait pas mis d'acide chrysophanique. Tout le tégument est d'une teinte rouge vif, sans intervalles de peau saine, et l'on peut à peine discerner les éléments psoriasiques préexistants. En outre un œdème diffus apparaît ; la face est bouffie ; les membres inférieurs sont uniformément gonflés, et le doigt y laisse partout son empreinte ; en pinçant la peau, on a l'impression d'un épaissement considérable du derme. Pas de prurit.

L'état général est peu touché. La température oscille entre 37°5 et 38 degrés ; le pouls est à 90. Les urines atteignent 1.200 centimètres cubes et contiennent le jour de l'éruption un léger brouillard d'albumine (0 gr. 25). Le poids de la malade, normalement de 44 kilos, est passé à 49 kgr. 100.

12 et 13 septembre. — Une desquamation abondante se fait par larges lambeaux. Les draps de la malade sont remplis d'une épaisse couche de squames, et quand elle se lève, une pluie de copeaux desséchés tombe sur le sol. Les ongles présentent un sillon transversal séparant la partie distale de l'ongle, restée normale, de la partie proximale, la plus jeune. Cette dernière est piquetée des lésions habituelles du psoriasis qui sont décrites plus loin.

La température oscille entre 37 et 38 degrés comme avant

l'éruption, et la courbe se maintient au même niveau jusqu'à la fin de la maladie. La quantité d'urine diminue, reste le 12, le 13 et le 14 septembre à 1 litre, puis remonte le 16 septembre à 1.200 centimètres cubes.

Un examen de sang pratiqué ce jour donne les résultats suivants :

Formule leucocytaire

Nombre : 7.350.

Polynucléaires neutro.	44,5
Polynucléaires éosino.	5
Polynucléaires baso.	0
Lymphocytes.	35,5
Moyens mononucléaires.	6
Grands mononucléaires.	9

En présence de cette éruption érythémato-œdémato-squameuse généralisée survenue brusquement chez cette psoriasique, au cours du traitement chrysophanique, la première idée qui devait nécessairement venir à l'esprit, était qu'il s'agissait d'une éruption médicamenteuse, et la prudence conseillait de cesser ce médicament.

12 septembre. — Suspension de l'acide chrysophanique, applications quotidiennes d'axonge.

17 septembre. — Aucune modification de l'état de la malade ; la rougeur, l'œdème, la desquamation persistent intenses. Urines à 900 centimètres cubes sans albumine.

2 octobre. — Malgré la suppression de tout irritant, et malgré les applications pluri-quotidiennes d'axonge depuis vingt jours, l'état de la malade ne s'est nullement amélioré ; toute la peau reste rouge, épaissie, œdémateuse, la desquamation abondante. C'est alors que l'idée vient qu'il a pu s'agir d'une érythrodermie psoriasique au cours du traitement chrysophanique. D'ailleurs le grattage des lésions montre les signes habituels du psoriasis.

Le traitement chrysophanique est alors repris, mais avec

la plus grande prudence ; on enduit d'abord de pommade une jambe ; dès le lendemain on note une disparition complète des squames à ce niveau et une diminution de l'œdème contrastant avec l'état des autres régions qu'on a continué à enduire d'axonge. On généralise d'abord peu à peu les applications chrysophaniques, sauf à la face et au cuir chevelu qui sont mis à la pommade au calomel.

En même temps que l'œdème diminue, les urines augmentent, passent à 2 litres et le poids descend à 43 kgr. 500.

25 octobre. — Guérison. La peau a repris partout son aspect normal ; il ne persiste simplement comme cicatrices en quelque sorte du psoriasis, que, d'une part, quelques médaillons cuivrés aux genoux, et d'autre part surtout, des lésions intenses des ongles ; le sillon transversal que nous avons déjà signalé a continué à se rapprocher de l'extrémité unguéale, chassant le vieil ongle resté sain ; ce dernier est remplacé presque en entier par un ongle grêle, friable, strié transversalement et criblé de ponctuations rappelant celle d'un dé à coudre ; les ongles des pieds présentent des lésions identiques.

En résumé, il s'agit d'une érythrodermie exfoliante apparue au cours du traitement par l'acide chrysophanique d'un psoriasis ; cette éruption a pu au début en imposer pour une éruption médicamenteuse, une toxidermie due à l'acide chrysophanique. Mais l'absence de prurit, l'absence d'amélioration par les applications émollientes d'axonge continuées patiemment pendant vingt jours, obligèrent à la considérer comme liée à une généralisation aiguë du psoriasis. Ce diagnostic fut rapidement certifié par le traitement d'épreuve prudemment conduit au début. La pommade chrysophanique en effet améliora rapidement, puis finalement guérit cette éruption.

CHAPITRE II

LES ÉRYTHRODERMIES EXFOLIANTES GÉNÉRALISÉES PSORIASIQUES

Définition. — L'observation clinique montre qu'il existe au cours du psoriasis vulgaire des éruptions généralisées simulant une érythrodermie érythémato-œdémateuse.

Historique. — Ce fait est enseigné dans la plupart des classiques, mais il faut dire qu'aucun auteur jusqu'à présent ne s'est attaché à en préciser la nature.

En 1904, Audry, dans la *Pratique dermatologique*, signale ces érythrodermies sous le nom de « psoriasis rubra », distinguant un type bénin et un type grave, ce dernier comprenant lui-même deux variétés : le psoriasis rubra exfoliatif sec et le psoriasis rubra pustuleux.

Mracek et Hudelo en 1905 signalent la possibilité de poussées aiguës érythrodermiques avec fièvre, insomnie, survenant au cours d'un psoriasis vulgaire.

Brocq en 1907 signale la possibilité d'érythrodermies exfoliantes généralisées au cours du psoriasis,

qu'elles surviennent spontanément ou à l'occasion d'un traitement.

Seuls un petit nombre d'auteurs semblent en avoir soupçonné la nature psoriasique :

Hallopeau et Leredde (1900) décrivent ce qu'ils appellent une « variété érythrodermique de la forme aiguë du psoriasis » s'accompagnant assez souvent d'une réaction fébrile d'intensité variable.

Gougerot enfin (1919) admet que le psoriasis peut devenir confluent, la peau prenant un aspect rouge foncé, scarlatiniforme, tuméfié.

Il faut en venir seulement à la communication de MM. Milian et Lelong, à la Société de Dermatologie en juillet 1922, pour voir cette nature psoriasique de l'érythrodermie affirmée et démontrée, au moins dans certains cas.

Symptomatologie. — Il s'agit le plus souvent d'un psoriasis vulgaire, localisé, mais pauvre en éléments ; quelques petits placards lenticulaires aux coudes et aux genoux ou même un élément isolé ; le malade ne s'en inquiète guère la plupart du temps et n'a recours à aucun traitement, mais ces lésions minimes vont servir d'épine à la complication.

Le début est brusque, quelquefois spontané, le plus souvent attribué par le malade à une cause extrêmement variable.

Ces causes sont nombreuses : les unes sont externes, — tantôt irritants physiques, tels que coup de soleil, chaleur, traumatismes, tantôt applications de substances chimiques caustiques employées à titre

occasionnel (teintures diverses, crèmes de toilette, bains sulfureux, savons irritants, substances ménagères), ou souvent thérapeutique (sels mercuriaux, huile de cade, acide chrysophanique),—les autres sont internes, liées à des intoxications soit exogènes alimentaires (écarts de régime, alcool, vins généreux, aliments toxiques ou épicés, gibier, crustacés), soit endogènes (maladies de la nutrition, goutte, diabète, obésité).

Du jour au lendemain, la surface cutanée, dans presque toute son étendue (la face est moins touchée que le reste), prend une couleur rouge vif, luisant, écarlate, phlegmoneux ; elle se couvre de squames minces lamelleuses, parfois foliacées, peu adhérentes, tombant spontanément, couvrant alors les draps du malade, tombant en pluie de son corps quand il se lève. De plus la peau présente une infiltration œdémateuse diffuse recevant l'empreinte du doigt, mais pouvant être d'une dureté élastique ; toute la peau est gonflée, épaissie à la palpation. Les ongles montrent les lésions typiques du psoriasis ; les cheveux peuvent tomber en tout ou partie. Les signes fonctionnels sont peu marqués : la peau donne au malade une sensation de tension qui gêne les mouvements. Le prurit est habituellement nul ou peu marqué.

L'état général est touché relativement peu. Au début, on note des frissons répétés, de la frilosité, une fébricule oscillant autour de 38 degrés, 38.2 pendant l'évolution de l'affection, un pouls légèr-

ment accéléré. Ce qui frappe surtout, c'est la diminution marquée des urines coïncidant avec l'œdème et sans doute avec la diminution de l'excrétion chlorurée ; parfois on trouve un léger disque d'albumine. L'examen du sang décèle une leucocytose moyenne, autour de 11.000 à 12.000, avec polynucléose, marquée et très légère éosinophilie au moment de la poussée aiguë.

Ce tableau persiste une huitaine de jours, et l'affection tend ensuite à s'améliorer plus ou moins vite ; la desquamation devient de plus en plus abondante en même temps que l'œdème diminue, que le poids du malade tombe, que les urines augmentent considérablement de volume. La terminaison se fait souvent par une véritable crise avec débâcle urinaire. La peau du malade est alors redevenue normale : elle a repris sa couleur rose, son épaisseur et sa souplesse habituelles ; les placards isolés du psoriasis qui avaient été la cause de l'incident aigu réapparaissent et, avec les lésions unguéales psoriasiques, permettent le diagnostic rétrospectif. Le malade n'est pas à l'abri des récives qui peuvent se produire à plus ou moins longue échéance ; quelquefois même on peut noter des poussées subintrantes à répétition (Gougerot).

Diagnostic. — Celui d'érythrodermie exfoliante généralisée est évident d'emblée, puisqu'on a les trois éléments : érythème généralisé, desquamation intense, infiltration œdémateuse de l'épiderme, du derme et de l'hypoderme.

Mais quelle est la nature de cette érythrodermie ? Ces éruptions surviennent habituellement secondairement à une autre dermatose, et c'est cette dermatose primitive qu'il faut maintenant dépister. Elles ne sont pas rares au cours du mycosis fongoïde, de la lymphodermie pernicieuse de Kaposi, du pemphigus, de l'eczéma, des dermatoses survenant chez les cachectiques et les débilités, mais surtout on les observe au cours du psoriasis et des affections parapsoriasiques.

En pratique, dans l'ordre des dermatoses chroniques préexistantes, c'est au psoriasis qu'il faut penser d'abord. Il faut donc interroger le malade, chercher dans ses antécédents la notion de petites plaques restées méconnues jusque-là, les dépister sous l'érythrodermie qui peut ne pas les masquer complètement. De plus, les lésions squameuses de l'érythrodermie présentent au grattage méthodique des pellicules abondantes et fines, la tâche de bougie, la dernière squame et la rosée sanglante.

Mais à côté de ces érythrodermies liées à une dermatose chronique préexistante décrites dans tous les classiques, on connaît maintenant des éruptions de même aspect en rapport avec une intoxication médicamenteuse : le tableau de l'érythrodermie exfoliante arsénobenzolique, en particulier, rappelle absolument l'aspect de notre premier malade.

Ces érythrodermies si graves soient-elles ne nous intéressent pas ici, puisqu'elles n'affectent aucun rapport avec le psoriasis. Disons cependant que

l'acide chrysophanique appliqué sur la peau pourrait peut-être déclancher des éruptions à type d'érythrodermie œdémateuse exfoliante. On aurait signalé la possibilité dans ce cas d'infiltration pseudo-phlegmoneuse de la peau avec desquamation. Quant à nous, nous considérons que les éruptions chrysophaniques ne peuvent prendre qu'exceptionnellement le type érythrodermique et nous allons insister sur le diagnostic différentiel entre l'érythrodermie psoriasique et les éruptions chrysophaniques, à cause de l'intérêt pratique considérable de cette question, le problème se posant devant chaque cas de savoir s'il faut recourir à l'acide chrysophanique ou s'il faut cesser un traitement chrysophanique déjà commencé.

Diagnostic différentiel entre l'érythrodermie psoriasique et les éruptions chrysophaniques.

Dans les cas typiques, les éruptions provoquées par l'application d'acide chrysophanique ne se présentent pas sous la forme d'une érythrodermie.

Leur début est habituellement lent et progressif, précédé par quelques signes avertisseurs d'intolérance : souvent dès la première application, le malade se plaint d'une sensation de cuisson douloureuse qui oblige à réduire le titre de la préparation chrysophanique ou même à en cesser momentanément les applications.

L'éruption se présente comme un érythème, c'est-à-dire comme une rougeur franche qui apparaît plutôt en peau saine qu'autour des éléments psoriques, qui ne se généralise pas ou très lentement. Il est de couleur rouge vif au début, passant ensuite à une teinte violacée ou bronzée assez spéciale ; les ongles prennent aussi cette teinte violacée. Il s'agit d'une simple modification de coloration de la peau : il n'y a pas d'œdème, pas de desquamation. Cet érythème s'accompagne de sensation douloureuse très nette, prurit ou brûlure. Il n'y a généralement pas de fièvre ; l'état général n'est pas modifié.

L'évolution est typique ; l'érythème s'étend à chaque application nouvelle, la douleur s'exagère, et c'est elle qui oblige à suspendre le traitement. Par contre sous l'influence de l'axonge, l'éruption s'amende progressivement : par ce caractère, elle s'oppose nettement au psoriasis.

Cependant les faits sont loin d'être toujours aussi schématiques. Si l'acide chrysophanique est continué d'une façon intempestive, l'érythème peut prendre un aspect œdémateux, inflammatoire, phlegmoneux ; on peut voir s'établir une desquamation. Mais celle-ci ne présente pas au grattage les signes du psoriasis ; de plus elle n'est pas survenue d'emblée mais a été précédée plusieurs jours auparavant d'un érythème chrysophanique typique annonçant l'intolérance.

Dans les cas difficiles, le traitement d'épreuve méthodiquement conduit aide à résoudre le pro-

blème. Une éruption chrysophanique s'améliore par l'axonge et les pansements émollients. Un psoriasis érythrodermique ne rétrocede pas sous l'influence de l'axonge, mais bien au contraire augmente d'intensité.

Ainsi dans notre deuxième observation, qui est un bon exemple de ces cas difficiles, nous n'avons pu avoir un diagnostic certain sur la nature de l'érythrodermie qu'après essai infructueux d'amélioration par l'axonge, et essai graduel et heureux de l'acide chrysophanique.

Anatomie pathologique. — Au surplus dans ces cas difficiles, l'étude anatomo-pathologique fournit un argument que nous croyons décisif. La biopsie montre, dans le cas d'érythème, de simples lésions de congestion capillaire. Quand il s'agit d'érythrodermie psoriasique, on rencontre partout la structure du psoriasis (disparition du stratum granulosum, persistance des noyaux dans la couche cornée et hypertrophie du corps muqueux). C'est également ce qu'a constaté M. Darier, dans les différentes biopsies qu'il a pratiquées (1).

Pathogénie. — Les érythrodermies franches survenant au cours du psoriasis peuvent donc être dues à une généralisation de cette affection et sont cliniquement et anatomo-pathologiquement de nature psoriasique. Cette généralisation peut se faire spontanément en apparence; le plus souvent elle est

1. Darier, Discussion à la Société de Dermatologie du 6 juillet 1922.

déclanchée brusquement par des causes internes ou externes que nous avons déjà énumérées, au nombre desquelles nous devons compter l'intervention thérapeutique. Un problème de pathologie générale reste alors à élucider. Comment ces causes agissent-elles? De quelle façon peuvent-elles transformer un psoriasis localisé en psoriasis généralisé?

Etant donnée notre ignorance actuelle de la nature intime du psoriasis, on ne peut formuler à ce sujet que des hypothèses hasardeuses. Y a-t-il chez les psoriasiques une « viciation fonctionnelle » de la peau telle que ces malades répondent toujours aux excitants internes ou externes sous la forme de lésions psoriasiques (Samberger, Darier)? C'est là une idée très séduisante, mais malheureusement non encore démontrée par l'observation ni l'expérimentation.

Une autre hypothèse peut être faite. Peut-être s'agit-il, selon une idée émise par M. Milian, de phénomènes biotropiques, c'est-à-dire de la mise en jeu, par le médicament ou d'autres causes, des germes infectieux banaux, hôtes habituels de la peau, mais en vie latente jusque-là.

Peut-être aussi se trouve-t-on en présence d'une exaltation brusque de la virulence du parasite du psoriasis lui-même (si tant est qu'il y ait un parasite du psoriasis).

Comme nous l'avons dit au début, nous ne pouvons que mentionner ces diverses hypothèses et il est hors de nos moyens de les vérifier.

Traitement.— En pratique, c'est la question qui importe, et voilà pourquoi nous avons essayé de préciser les caractères typiques de l'érythrodermie psoriasique par rapport surtout aux éruptions chrysophaniques.

Il dépendra essentiellement du diagnostic. D'autre part nous avons vu que le traitement d'épreuve faisait partie intégrante du diagnostic.

C'est dire combien devant chaque cas particulier il faudra être prudent ; c'est le plus souvent en tâtonnant, après essai prolongé de l'axonge et l'échec de cette médication simple, qu'on sera amené à tenter une médication antipsoriasique active. Comme dans les deux cas que nous rapportons, il faudra procéder méthodiquement, commencer par un segment limité, rechercher l'influence du médicament par comparaison avec les autres régions du corps, n'augmenter le territoire d'application du médicament que lorsqu'il est démontré qu'il a été bienfaisant.

CONCLUSIONS

1° Il existe une forme aiguë généralisée du psoriasis à type d'érythrodermie œdémateuse exfoliante.

2° Cette forme est rarement primitive ; elle survient le plus souvent secondairement à un psoriasis limité vulgaire.

3° Les causes de cette généralisation du psoriasis sont variables et nombreuses (externes ou internes). Leur mode d'action intime nous échappe, de même que nous ignorons la nature même du psoriasis.

4° Parmi ces causes les interventions thérapeutiques tiennent une place importante à préciser, car du point de vue pratique il s'agit de savoir si l'éruption est imputable à la maladie ou à la médication. L'érythème chrysophanique, quand il est typique, se distingue du psoriasis généralisé par son début progressif, annoncé par des douleurs, sa teinte bronzée ou violacée, sa généralisation rare, sa structure histologique, sa guérison par la cessation de l'acide chrysophanique, mais exceptionnellement il est vrai, l'acide chrysophanique peut produire des éruptions à type érythrodermique ; dans ces cas le traitement d'épreuve prudent et méthodique est,

avec la biopsie, le meilleur moyen de diagnostic différentiel.

5° Il faut toujours traiter soigneusement les éléments isolés de psoriasis, même les plus discrets, car ils peuvent être le point de départ d'une généralisation aiguë.

Vu : le Président de la thèse,

JEANSELME

Vu : le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

P. APPEL



6 56

BIBLIOGRAPHIE

- Hallopeau et Leredde*. — Dermatologie, 1900.
Audry in Pratique dermatologique, 1904.
Mracek et Hudelo. — Atlas de Dermatologie, 1905.
Brocq. — Traité de Dermatologie, 1907.
Gougerot. — La Dermatologie en clientèle, 1919.



