Demonstrationen – Démonstrations

W.		Jadassohn
R.		Paillard
N.		Hunziker
A.		Maggiora
H.		Lozeron

Clinique universitaire de Dermatologie, Genève (Dir. Prof. W. Jadassohn)

Hématome périunguéal sous le tableau clinique a”un mélanome (tourniole mélanique) 150/56, R. Carlo, 1888.

La coloration existait depuis une année et s’étendait. Le diagnostic de mélanome semblait évident. Avant d’amputer le doigt, nous avons fait quelques strips avec du Scotch (d’après Szakal). A notre surprise un hématome s’est vide et tout est rentré dans l’ordre après l’excision du reste de la lésion. Notre technique avec le strip, qui tout de même ne cause qu’un traumatisme mineur, a permis d’éviter une amputation superflue.

Ulcère décubital par sonde gastrique à l’aile du nez 1886/64, D. Ami, 1912.

Chez la malade de 53 ans, la sonde de Sengstaken-Blakemore à triple voie gra-duées avec ballonets gastrique et œsophagien – traitement hémostatique des varices œsophagiennes – a été placée pour hémorragie.

Enlevée après 48 heures, le patient montre un ulcère décubital à l’aile du nez qui s’est guéri en 3 semaines.

On devra modifier les sondes de façon à ce que cette complication puisse être évitée.

Pyoderma gangrenosum – Colitis ulcerosa 2322/65, M. Monique, 1937.

Plusieurs lésions de pyoderma gangrenosum typiques apparues et aggravées en quelques jours, ont mis sur la piste du diagnostic de colite ulcéreuse. Sous prednisone et pansements avec de la pommade de Vioforme, guérison des ulcères en 3 semaines. (Malade de la clinique médicale, Prof. Müller).

Un exemple de plus que des lésions de la peau peuvent mettre sur la voie d’un diagnostic entérologique.

Jadassohn, Paillard, Hunziker, Maggiora, Lozeron 321

Nécrobiose lipoïdique localisée à l’index droit 2467/65, D. Karine, 1938.

Notre malade montre des lésions cliniquement et histologiquement typiques à l’index droit. La malade signale que les lésions cutanées sont plus apparentes quand le diabète va mal. “The common location is on the lower extremities, especially in the region of the ankle” (Diseases of the skin, R. L. Sutton, 11^e éd. The C. V. Mosby Company, St. Louis 1956, p. 658). “They may occur anywhere on the skin, but the site of predilection is the anterior surface of the lower legs” (Dermatology, D. M. Pillsbury, W. B. Shelley, A. M. Klíman, W. B. Saunders Company, Philadelphia 1957, p. 975).

Nous rappelons nos deux cas précédents à localisation atypique: Necrobiosis lipoidica diabetica au dos des deux mains (Dermatologica 729, p. 168, 1964), et celui sous forme de nodosités juxta-articulaires (Dermatologica 106, p. 283, 1953).

Griséofulvine et atrophie optique bilatérale (Coincidence ?) 2339/65, B. Muriel, 1963

Pour une trichophytie du cuir chevelu, un enfant de deux ans reçoit dans son village et pendant 2 mois, 80 comprimés de griséofulvine de 125 mg, soit un total de 10 g de griséofulvine.

A la fin du traitement les parents constatent une baisse de la vue, et la clinique ophtalmologique (Prof. Franceschetti) diagnostique une atrophie optique bilatérale. Le Professeur Franceschetti souligne l'extrême rareté de l'atrophie optique à cet âge mais ne veut néanmoins pas conclure «post ou propter hoc».

23 Dermatologica, Vol. 134, No. 5 (1967)