Dermatologica, 1964;129:446-447

Démonstrations – Demonstrationen

J.		Delacrétaz
E.		Frenk

Clinique dermatologique universitaire, Lausanne (Directeur: Prof. J. Delacrétaz)

1. Pùyríasis rubra pílaris: Ph. M., jeune fille de 17 ans, dont l'affection débuta à l'âge de 3 ans et demi, présente de grands placards érythémateux, légèrement oranges et squameux, occupant le cuir chevelu, le visage, le cou, la partie supérieure du thorax et une bonne partie des membres supérieurs; sur la face dorsale des phalanges, la face antérieure des poignets et en bordure des placards érythémato-squameux, les follicules sont coiffés d'un petit cône corné.
Les paumes et les plantes sont kératodermiques. Seuls résultats pathologiques parmi les examens de laboratoire, le taux sérique de la vitamine A (88 U. I./100 cc) est en dessous de la normale (175-275 U. I./100 cc), alors que le taux des carotènes (250 mcg/100 cc) est augmenté (valeurs normales 70-230 mcg/100 cc). Nous avons essayé, sans succès, de catalyser la transformation des carotènes en vitamine A par l'administration de fortes doses de vitamine E. L'application de pommade à l'acide de vitamine A a eu un effet irritant et a dû être interrompu.
2. Lèpre lépromateuse: H. D., homme de 65 ans, présentant depuis 1955, les symptômes d'une lèpre lépromateuse (faciès léonin, nodules cutanés multiples, troubles importants de la sensibilité et de la trophicité des extrémités, aphonie), fut hospitalisé dans notre service une première fois en août 1963, avec un mal perforant plantaire. Un traitement à la sulfamethoxypyridazine entraîna une cicatrisation relativement rapide. Le traitement fut poursuivi pendant tout l'hiver sans ennui; le 22 mars 1964, le patient était hospitalisé d'urgence, en pleine poussée évolutive, avec de larges bulles sur les extrémités et des foyers importants d'épisclérite à l'œil droit. Dans le liquide des bulles, nous trouvons de rares bacilles acido-alcoolorésistants. L'exitus survint au bout de 9 jours. À l'autopsie: broncho-pneumonie terminale.
3. Maladie de Hodgkin: U. R., homme de 65 ans, présentant une maladie de Hodgkin connue depuis 1959, et montrant, depuis l'automne 1961, des lésions cutanées, sous forme tout d'abord de taches rouge-jaunâtre, qui iront progressivement en s'infiltrant, pour finir par donner des nodules volumineux, dont certains s'ulcéreront. L'histologie des lésions cutanées est celle du lymphogranulome dès le début. Une cure de VELBE, cytostatique de la classe des alcaloïdes dimères, contenant de l'indol et du dihydroindol, a entraîné une régression très marquée des lésions; elle dut être interrompue, en raison de l'importante leucopénie qu'elle entraînait, et les lésions cutanées récidivèrent. Exitus le 16 mars 1964.

Delacrétaz, Frenk

4. Ostéo-nævus de Nanta: E. E., femme de 75 ans, présentait depuis sa jeunesse une petite tumeur molle du front. Deux semaines avant l'excision, elle aurait augmenté de volume, serait devenue plus dure, rouge et sensible à la pression. A l'examen, on note sur le front, une tumeur de la grosseur d'une noisette, de couleur rose-rouge, de consistance ferme, mobile sur les plans profonds, sensible à la palpation. Aucune adénopathie régionale ne peut être mise en évidence. Cette tumeur fut excisée; la cicatrisation se fit sans complications. Au dernier contrôle, neuf mois après l'excision, on ne notait aucun signe de récurrence.

Examen histologique: L'épiderme est mince, pauvre en bourgeons interpapillaires. Dans le derme superficiel et moyen, un infiltrat naevique en petits foyers entoure plusieurs follicules, dont l'un a subi une dilatation kystique marquée. Dans la partie inférieure de l'infiltrat naevique et au-dessous de lui, on trouve une infiltration inflammatoire massive, formée de lymphocytes, de polynucléaires, de rares plasmocytes, de macrophages, avec de discrètes surcharges prenant le Soudan III, ainsi que des cellules géantes à corps étrangers.

A l'une des extrémités de cet infiltrat, nous trouvons deux formations osseuses; l'une se présente sous la forme d'une bille avec une petite lacune centrale de formation irrégulière, entourée de lamelles osseuses concentriques, contenant un nombre restreint d'ostéoplastes et d'ostéocytes; l'autre, de plus grandes dimensions, présente une vaste lacune centrale, dans laquelle nous trouvons du tissu fibro-graisseux, de nombreux vaisseaux capillaires et, appliqués contre la bordure interne de l'os, des ostéoblastes. Cette coque osseuse périphérique est lamellaire à certains endroits, fibrillaire à d'autres; elle contient d'assez nombreux ostéocytes.