III. Demonstrationen – Démonstrations

L.		Manuila
R.		Brun
W.		Jadassohn

Demonstrations de la Clinique Universitaire de Dermatologie de Genève faites au colloquium d'Aarau avec la collaboration du Dr *M. Gilbert* et du Prof. *E. Rutishauser*

Oligophrénie phénylpyruvique.

Cette maladie, découverte par Föllin en 1934, est très rare; d'après Brugger elle est spécialement rare en Suisse (0,06% des oligophrènes).

L'acide phénylpyruvique ($C_6H_5 CH = C[OH]-COOH$) est décelé dans l'urine par l'addition de $FeCl_3$: apparition d'une coloration verte qui n'est pas stable. (Cette réaction n'est pas spécifique).

Du point de vue dermatologique on doit noter: «50% des cas souffrent d'eczéma» (Jervis).

La peau est souvent sèche, spécialement aux faces externes des extrémités. On a décrit des pigmentations, mais on a spécialement insisté sur le fait que les malades sont en général peu pigmentés et ont des cheveux clairs. On a constaté des cas spécialement sensibles à la lumière du soleil (Bales).

Le Professeur Morel, Directeur de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Genève, a eu l'amabilité de nous adresser son cas qu'il a découvert en 1943.

La réaction avec le chlorure de fer est toujours et régulièrement très positive dans les urines.

Nous l'avons comparée avec celle d'acide phénylpyruvique fraîchement synthétisé et avons constaté une analogie complète entre l'urine de la malade et une urine normale additionnée d'acide phénylpyruvique. (La dioxyphénylalanine [dopa] donne, comme d'autres dioxybenzènes, également une réaction verte avec le chlorure ferrique. Cette réaction se distingue de la réaction de l'acide phénylpyruvique par le fait que, par l'alcalinisation, la coloration verte passe au rouge, ce qui n'est pas le cas pour l'acide phénylpyruvique.)

Constatations dermatologiques chez la malade du Prof. Morel:

1° Lésions papuleuses excoriées, légèrement infiltrées non confluentes sur les faces antérieures et supérieures des deux bras. Histologie: légère parakératose, acanthose, infiltrat inflammatoire dermique modéré non spécifique. Cette affection prurigineuse était apparue deux mois avant l'entrée de la malade à la Clinique Dermatologique et s'est guérie facilement sous badigeon indifférent.

2° Tumefaction de la grande lèvre gauche qui est de couleur rose-bistre. Légère lichénification. L'histologie ne diffère pas des lésions des bras. L'affection, qui est apparue en même temps que celle des bras, est très prurigineuse et s'est guérie facilement par applications de compresses humides et pommades.

Clinique Universitaire de Dermatologie de Genève 245

3° La peau est sèche comme une rape, spécialement aux faces externes des extrémités.

4° La malade est peu pigmentée, a les cheveux blonds, les yeux bleu-vert. line application a'' emanation de Thorium X provoque chez elle un érythème beau-coup moins prononcé que chez une jeune fille de contrôle également blonde et peu pigmentée. Par contre la pigmentation consecutive à cette irradiation est égale chez la malade et la personne de contrôle. Les reactions provoquées par la lampe de Kromayer sont identiques chez les deux sujets, aussi bien en ce qui concerne l'éry-thème qu'en ce qui concerne la pigmentation consecutive.

Ajoutons encore que l'électrophorèse que nous avons fait faire à la Clinique Médicale de Bale a donné des graphiques normaux.

M. GILBERT, E. RUTISHAUSER et W. JADASSOHN:

Infûtrat éosinophile pulmonaire? et cutané?

Parle en faveur du diagnostic d'infiltrat de Læffler, outre l'éosinophilie du sang, la fugacité relative des infiltrats pulmonaires.

11.6. 49 Sosinophilie 7%

28.3.49 · *7 % i 10.49: 42 3/4

W 13. It. 49 IS.10.49: 4C/, 1?. 10. 49 ■ excision

W 21 W 49 22.10 4\$: 30%

ill 49: ii·Δ

IΣ 71. 11. 49

IS. 11.49: 29 5/8

$\bar{x}$ 29.11.49
 2.12.49: 33 %
 9.12.49: 26 %
 2.1.50: 14 %

Fig. I

IT 4 to. 49
 MI 31 10.49
 χ² s. i. so