

(Dockrell), ou de la quinine si l'on a quelque raison de soupçonner l'impaludisme.

Le *changement d'air* a souvent des effets remarquables. Il n'est pas rare de voir l'éruption disparaître dès que le petit malade est à la campagne pour reparaitre aussitôt qu'il revient en ville. Ces améliorations et ces rechutes sont assez difficiles à expliquer; elles ne sont pas toujours attribuables à un changement de régime ou de manière de vivre, car elles se produisent dans des cas où le régime alimentaire reste sensiblement le même, et les modifications peuvent même se produire par le passage d'une ville à l'autre.

*Traitement local.* — Les *bains* donnent des résultats très incertains. Blaschko recommande des bains sulfureux et goudronneux. Mais, d'une façon générale, les bains simples ne réussissent pas et aggravent souvent l'éruption. L'hydrothérapie froide ne réussit pas davantage.

Il est certaines *précautions hygiéniques* à prendre à l'égard de la peau comme à l'égard du tube digestif. Il ne faut pas trop couvrir les enfants pendant la nuit et ne pas leur faire porter de vêtements de laine sur la peau.

Divers auteurs recommandent l'application de pommade au naphthol; mais les pommades ne réussissent en général que médiocrement, et une pommade au naphthol à 2 ou 5 pour 100, comme l'indique Blaschko, détermine une sensation de brûlure fort désagréable pour un adulte, à plus forte raison pour un enfant. Il est préférable d'employer les savonnages avec le savon de goudron ou le savon au naphthol (Dockrell) dont on laisse sécher la mousse sur le corps. Les meilleurs traitements locaux consistent en lotions suivies de poudrages avec de l'amidon. On peut recommander des *lotions vinaigrées*, telles que le vinaigre de Pennès étendu d'eau, le vinaigre aromatique additionné de 5 pour 100 d'acide phénique et dont on met une cuillerée à bouche dans un verre d'eau. Les *lotions goudronneuses* sont aussi excellentes, par exemple :

℥ Teinture de Quillaya . . . . .	100 grammes
Goudron de hêtre . . . . .	50 —

Une cuillerée à café dans un demi-verre d'eau en lotions.

On peut remplacer le goudron végétal par le goudron minéral qui est quelquefois plus actif, comme dans le coaltar saponiné. Les simples lotions de créoline (une cuillerée à café dans un verre d'eau) ou d'eau phéniquée à 1 pour 100 réussissent aussi assez bien. On fait ces lotions avec une éponge sur tout le corps de l'enfant au moment du coucher, on poudre abondamment sans essuyer, et dès la première nuit on obtient souvent un calme notable; les enfants peuvent dormir, mais cela ne dispense pas du traitement général, car il ne suffit pas de calmer le prurit momentanément, il faut encore l'empêcher de se reproduire.

## XXIV

## PRURIGO CHRONIQUE DE HEBRA

PAR LE D<sup>r</sup> W. DUBREUILH

Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Le prurigo de Hebra est caractérisé par un prurit violent, une éruption de papules rouges, disséminées, une lichénisation diffuse de la peau prédominant sur les surfaces d'extension des membres; la maladie débute généralement dans l'enfance et dure plusieurs années ou même toute la vie.

Cette maladie, décrite sous le nom de prurigo par Ferdinand Hebra, a été dénommée par Besnier prurigo de Hebra, pour la distinguer des autres affections qui méritent à autant de titres le nom de prurigo.

*Description.* — D'après Hebra et Kaposi, le prurigo chronique débute-toutefois toujours dans la première année de la vie, mais cette affirmation est trop absolue et l'on peut le voir commencer pendant toute l'enfance, voire même à l'âge adulte.

La maladie se manifeste au début par de l'urticaire chronique ou plutôt par des éruptions de papules urticariennes analogues sinon identiques au strophulus; puis graduellement, au fur et à mesure que la maladie s'affirme et que l'enfant avance en âge, les papules perdent un peu leur caractère urticarien, deviennent plus petites et plus sèches. Un prurit intense accompagne cette éruption et peu à peu la peau subit les altérations diffuses qui constituent la lichénisation. Dans la période d'état qui s'établit au bout de quelques mois ou de quelques années seulement, la maladie est constituée par la lichénisation diffuse, la pigmentation et une éruption papuleuse.

La *lichénisation* est une dermite chronique provoquée par le grattage incessant; le derme s'épaissit au point qu'il est difficile ou parfois impossible d'y faire un pli; sa surface est rugueuse, quadrillée par les plis normaux de la peau, qui sont exagérés et se coupent à angle droit ou aigu. Les orifices folliculaires sont saillants comme dans la « chair de poule ». L'épiderme est épaissi et écailleux, desquamant peu abondamment en squames farineuses. La peau ainsi altérée donne au toucher une sensation de rudesse extrême; elle offre une couleur brun noirâtre plus ou moins accusée, semée de papules rouges et de macules blanches qui sont les cicatrices d'anciennes pustules d'ecthyma.

Les *papules de prurigo* sont de petites saillies rougeâtres du volume d'un grain de chènevis en forme de cône surbaissé, dures, surmontées d'une croutelle brunâtre ou noire due à ce qu'elle a généralement été excoriée par le grattage. Du reste, avant même d'être excoriée, elle présentait déjà une fine croutelle brune analogue comme aspect et identique comme origine à celle du strophulus. Ces papules sont toujours disséminées en nombre assez



variable, mais habituellement d'autant plus nombreuses que le prurit et la maladie sont plus intenses. Cette papule n'a aucun caractère spécifique; elle est la même dans toutes les variétés du groupe prurigo.

L'éruption du prurigo est toujours diffuse et généralisée. Elle est relativement moins accusée sur le tronc que sur les membres et plus intense sur les membres inférieurs que sur les supérieurs. En tout cas, elle respecte les plis articulaires et les surfaces de flexion. Les aisselles, la face interne des bras, les plis du coude, la face interne des cuisses, les creux poplités, la région génitale sont indemnes, tandis que la maladie affecte le plus fortement les faces externe et postérieure des bras, les deux faces des avant-bras, la face externe des cuisses, tout le tour des jambes. Comme les lésions sont moins accusées sur le segment supérieur des membres, il en résulte, comme le remarque Kaposi, que si, avec les deux mains, on palpe de haut en bas le malade placé debout devant soi, on sent une rudesse graduellement croissante des épaules aux jambes. Les mains et les pieds sont peu atteints; la face ne l'est que dans les cas très graves.

Le prurit est violent, persistant avec des exacerbations tant le jour que la nuit; le malade se gratte continuellement et la démangeaison s'exaspère quand il se déshabille ou se met au lit. Ce prurit peut empêcher tout sommeil et constituer une cause puissante de dépérissement.

Les ganglions lymphatiques des aines et, à un moindre degré, ceux des aisselles sont tuméfiés et atteignent le volume d'une noix et au delà; ils sont durs, indolents, roulant sous le doigt, et il n'est pas rare de les voir soulever la peau dans la région de l'aîne sous forme d'une tumeur bosselée d'autant plus apparente que les malades sont généralement fort maigres. Aux altérations précédentes qui sont constantes s'ajoutent, surtout dans les cas intenses, des éruptions accidentelles dues au grattage. Il peut ainsi se présenter des placards d'eczéma suintant et diffus qui occupent de préférence la face externe des membres, mais peuvent aussi s'étendre aux plis de flexion. La démangeaison propre de cet eczéma vient s'ajouter à celle du prurigo lui-même. Les écorchures de grattage peuvent s'infecter et donner naissance aux lésions de pyodermite les plus variées, notamment de l'ecthyma et des furoncles; lorsqu'elles sont assez profondes, elles laissent des cicatrices blanches à bordure pigmentée qui tranchent sur le fond brun sale de la peau lichénifiée.

Le prurigo chronique présente des variations d'intensité assez notables suivant la saison. D'après Hebra, la recrudescence hivernale serait un caractère constant; mais, d'après les observations de Ehlers<sup>1</sup> et les résultats de mon expérience personnelle, il est aussi fréquent de voir la maladie s'aggraver en été. Il est même probable que, pour le prurigo comme pour le strophulus, l'aggravation estivale est de règle, mais qu'elle est masquée par l'amélioration due aux bains, que les malades prennent plus fréquemment en été qu'en hiver.

Les malades atteints d'une forme grave de prurigo de Hebra sont géné-

(<sup>1</sup>) E. EHLERS. Sur le prurigo de Hebra. *Annales de dermatologie*, 1892, p. 861.

ralement mal développés; ils sont chétifs, petits, pâles, maigres; ils paraissent plus jeunes qu'ils ne sont en réalité et des garçons de 16 ans semblent n'en avoir que 12. Cet infantilisme est peut-être, dans une certaine mesure, le résultat de la maladie, de l'insomnie persistante et de l'épuisement nerveux; il est probablement aussi le résultat des troubles généraux de la nutrition dont le prurigo n'est lui-même que la manifestation.

La durée de la maladie est indéfinie, mais elle n'est certainement pas incurable comme le dit Hebra; en tout cas, la durée est proportionnelle à l'intensité des manifestations.

**Anatomie pathologique.** — La papule de prurigo a été étudiée par Leloir et Tavernier, Unna, Kromayer et Darier. Leurs recherches concordent à très peu de chose près. Le derme présente un œdème qui occupe surtout les parties superficielles et s'accompagne de dilatation des espaces lymphatiques et de diapédèse des lymphocytes. Ces altérations, comme le fait remarquer Kromayer, sont très analogues à celles de l'urticaire, mais plus profondes et plus accusées, ce qui est en rapport avec la moindre fugacité de la lésion.

Dans l'épiderme on trouve au sommet de la papule un foyer de nécrose des cellules épineuses. Ce foyer, constitué par des cellules gonflées, œdémateuses, mal colorées, est limité en haut par la couche cornée, en bas par la couche génératrice plus ou moins altérée qui la sépare de la couche papillaire du derme. Ce foyer de nécrose peut s'infiltrer de liquide et donner naissance à une véritable vésicule ou se remplir de leucocytes et simuler une pustule d'impétigo. D'après Leloir, il siègerait généralement à l'orifice d'un conduit sudoripare, ce qui n'est pas confirmé par les recherches des autres auteurs. Il existe en tout cas une analogie extrême entre la papule de prurigo de Hebra et celle du strophulus. Les régions simplement lichénisées montrent une inflammation chronique du derme qui est infiltré de petites cellules et un épaissement de toutes les couches de l'épiderme.

**Étiologie.** — Le prurigo de Hebra débute presque toujours dans l'enfance et, s'il est vrai qu'on observe des débuts tardifs, la règle posée par Hebra reste exacte dans la majorité des cas. C'est vers la fin de la première année que la maladie commence le plus souvent. Elle est deux fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles (Kaposi, Ehlers). L'hérédité a été notée dans quelques cas par Ehlers, surtout le caractère familial, c'est-à-dire que plusieurs enfants d'une famille étaient atteints; mais le plus souvent la maladie apparaît d'une façon tout à fait isolée.

Le prurigo de Hebra paraît être surtout lié à des troubles de la santé générale; les enfants qui en sont atteints ont été généralement mal nourris dans leur première année, élevés au biberon ou gorgés d'aliments indigestes pour eux. Ils ont eu des troubles digestifs variés qui ont persisté plus ou moins longtemps. La dentition s'est faite tardivement, ils ont marché tard et ont présenté des manifestations de rachitisme. Plus tard, ils restent quelquefois chétifs. On peut aussi parfois trouver des antécédents héréditaires de nervosisme, mais sans qu'on puisse leur faire jouer un rôle important dans la production de la maladie. Ces troubles de la santé générale



rale peuvent disparaître, le malade robuste et bien portant continuant à se gratter.

En somme, ce sont les mêmes causes qui produisent le strophulus et le prurigo de Hebra, et, bien que les deux maladies soient fort différentes au point de vue de leur durée, de l'intensité des manifestations éruptives et de la continuité du prurit, on peut trouver à ces trois points de vue tous les intermédiaires entre les deux maladies et toutes les transitions possibles.

Il n'y a donc pas lieu de discuter si un strophulus de la première enfance peut se transformer en prurigo de Hebra ou si ce dernier existe comme tel dès le début. Pour nous ce sont deux formes de la même maladie, reconnaissant l'auto-intoxication comme cause, sinon unique au moins principale, et ne différant que par l'intensité et la durée, probablement par suite de modalités dans l'intoxication causale.

**Pronostic.** — Hebra considérait le prurigo chronique comme absolument incurable. Cette affirmation est à coup sûr exagérée, car on observe assez rarement le prurigo chez des adultes, beaucoup plus rarement que chez les enfants : il faut donc que les malades soient morts ou guéris. Ehlers a recherché tous les malades atteints de prurigo de Hebra qui avaient passé par l'hôpital communal de Copenhague depuis une vingtaine d'années.

Leur nombre se décompose comme suit :

Guéris . . . . .	25
Améliorés . . . . .	4
Non guéris . . . . .	25
Morts . . . . .	7
Non retrouvés . . . . .	142

Il résulte donc de cette statistique que la moitié des malades qui ont pu être retrouvés étaient guéris. Cette guérison se produit habituellement à la puberté et, lorsque la maladie ne guérit pas à cette époque, elle a les plus grandes chances de ne pas guérir du tout.

La statistique de Ehlers relativement aux entrées à l'hôpital montre aussi que 124 malades ne sont entrés à l'hôpital que 1 fois; 55 ont été soignés 2 et 5 fois; 50 ont eu plus de 5 rechutes exigeant un nombre égal d'entrées à l'hôpital.

Il faut du reste distinguer une forme bénigne ou *prurigo mitis* et une forme grave ou *prurigo ferox*. Dans la forme bénigne le prurit est supportable et s'atténue par moments, il s'améliore facilement sous l'influence du traitement; les lésions cutanées, telles que la lichénisation et la pigmentation, sont peu marquées et la maladie guérit d'habitude à la puberté.

Dans la forme grave, le besoin perpétuel et irrésistible de se gratter rend la vie sociale impossible aux malheureux qui en sont atteints; l'insomnie persistante qui résulte de la démangeaison altère peu à peu la santé et contribue à aggraver l'état de déchéance physique qui est de règle; toutes les lésions cutanées atteignent leur plus haut développement. Les adénopathies sont très accusées ainsi que les pyodermites, et Ehlers considère comme caractéristiques de cette forme les cicatrices blanches qui criblent le

fond pigmenté de la peau. Le prurigo ferox est probablement incurable, cependant il s'atténue le plus souvent à la puberté, devient tolérable et passe à l'état de prurigo mitis.

L'efficacité du traitement est aussi plus grande que ne l'admettait Hebra et il n'est pas permis, même dans un cas de prurigo grave, de jeter le manche après la cognée; on peut beaucoup espérer d'un traitement régulièrement suivi; la seule difficulté est d'obtenir qu'il soit régulièrement suivi.

**Diagnostic.** — Je ne ferai pas le diagnostic différentiel entre le prurigo de Hebra et le strophulus, ayant montré qu'entre les deux affections il n'y a que des différences d'intensité et de durée. Si l'on s'en rapporte à la formule de Hebra relativement au pronostic du prurigo, on peut dire que les cas qui guérissent sont du strophulus et les cas qui ne guérissent pas sont du prurigo, faisant ainsi le diagnostic après coup.

L'*eczéma diffus* pourrait se confondre à première vue avec certains prurigos compliqués d'eczématisation étendue. Dans l'eczéma, le prurit offre rarement la même violence que dans le prurigo; l'éruption est partout eczémateuse, tandis que dans le prurigo elle est mêlée de lichénisation et de papules typiques; l'eczéma affecte de préférence le côté de la flexion, tandis que le prurigo prédomine du côté de l'extension; enfin l'eczéma n'a jamais la même ténacité, la même fixité que le prurigo, il se déplace et offre des rémissions plus ou moins complètes.

L'*urticaire chronique* se manifeste généralement chez les enfants sous forme de strophulus; s'il est assez intense et assez persistant pour être comparable au prurigo chronique, il en présente d'habitude toutes les manifestations.

**Traitement.** — *Traitement local.* — Les bains de toute nature sont un des moyens les plus puissants dont nous puissions disposer contre le prurigo de Hebra : bains simples, bains savonneux ou goudronneux, bains de son ou d'amidon; c'est même aux bains plus fréquents qu'il faut probablement attribuer l'amélioration qu'on observe souvent en été. Les *pommades* indifférentes, telles que la vaseline simple, soulagent aussi quelquefois les malades, mais on obtient de bien meilleurs résultats par des pommades médicamenteuses. Le naphtol, à la dose de 2 à 5 pour 100, est très recommandé par Kaposi, mais il a l'inconvénient d'exciter une vive sensation de cuisson au moment de son application. Les pommades au goudron n'ont pas cet inconvénient :

Axonge benzoinée . . . . .	100 grammes
Goudron végétal . . . . .	5 à 20 —

Dans les cas, où il y a beaucoup de lésions suintantes ou croûteuses, notamment de l'eczéma, on emploiera avec plus d'avantage la pommade suivante :

Vaseline . . . . .	100 grammes
Oxyde de zinc . . . . .	20 —
Goudron végétal . . . . .	5 à 10 —
Acide salicylique . . . . .	2 à 4 —



Les onctions d'huile de foie de morue sont très efficaces, mais l'odeur pénétrante est difficilement supportée par les malades.

Les *lotions* de goudron constituent un moyen excellent quand les lésions sont sèches et dans les cas de prurigo déjà en voie d'amélioration :

Teinture de Quillaya . . . . .	200 grammes
Goudron végétal . . . . .	60 —

Une cuillerée à soupe dans un verre d'eau pour faire des lotions sur tout le corps, après quoi on poudre avec de l'amidon. On peut remplacer le goudron végétal par le goudron minéral comme dans la préparation connue sous le nom de coaltar saponiné.

On peut faire après chaque bain une onction générale avec la solution :

Glycérine . . . . .	} aa 100 grammes
Alcool . . . . .	
Résorcine . . . . .	

La peau devient plus souple, moins sèche et le prurit s'atténue quelquefois beaucoup.

*Traitement général.* — Il faut surveiller l'*hygiène alimentaire* des malades en s'assurant que leur nourriture est suffisante et bien choisie. On pourra éviter les aliments qui sont connus pour provoquer le prurit et l'urticaire, comme le poisson de mer, les coquillages, les crustacés.

Les troubles digestifs sont peu apparents dans les cas un peu anciens; on se trouvera cependant bien des antiseptiques du tube digestif comme le *salol* ou le *benzonaphtol* à la dose de 0 gr. 50 à 1 gramme par jour, suivant l'âge des enfants. L'*acide phénique* pris en pilules à la dose de 50 à 60 centigrammes agit peut-être de la même façon.

Les toniques de toute espèce sont indispensables. L'*arsenic*, à dose variable suivant l'âge, de 4 à 15 gouttes de liqueur de Fowler par jour, est administré en deux ou trois fois et pendant les repas. L'*huile de foie de morue*, à haute dose, administrée tout l'hiver, est un des médicaments les plus efficaces, on peut le remplacer en été par le sirop d'iodure de fer, l'arsenic ou le phosphate de chaux. Les bains de mer ou mieux encore les stations thermales chlorurées sodiques constituent également un adjuvant fort utile dans les cas peu fréquents où les malades sont en situation d'en profiter.

## XXV

**HYDROA VACCINIFORME**

PAR W. DUBREUILH

L'hydroa vacciniforme a été décrit par Bazin, en 1861, d'après un cas particulièrement typique, et il a complété sa description en 1868<sup>1</sup>. Après avoir été longtemps oublié, l'hydroa vacciniforme a été remis en lumière par Hutchinson qui en publia un cas en 1888, sous le nom de « Summer's eruption », puis par une série de publications, parmi lesquelles je citerai notamment celles de C. Boeck, Bowen, R. Crocker, Mibelli et surtout Brocq<sup>2</sup>. Ils ont repris le nom donné par Bazin et ont précisé le type clinique.

**Étiologie.** — La maladie est presque spéciale aux enfants et apparaît généralement vers la troisième année pour disparaître dans l'adolescence ou vers l'âge adulte. Les premiers cas publiés étaient tous des garçons, mais on en a aussi observé chez des filles, et il est à remarquer que c'est surtout chez des filles qu'on a observé des cas tardifs, débutant à 15 ou 18 ans et durant au delà de l'adolescence. On n'a rien noté de particulier dans les antécédents héréditaires, mais Jamieson a vu plusieurs enfants d'une même famille gravement atteints.

La maladie se montre au printemps, atteint son maximum pendant les mois les plus chauds, et disparaît en automne.

Les poussées éruptives se produisent sous l'influence de la lumière solaire; elles sont d'autant plus fortes pour un malade donné, qu'il a été exposé à une lumière solaire plus intense. Il est probable que l'hydroa vacciniforme est causé par les rayons lumineux violets et ultra-violets. Cependant, dans un cas, Crocker a constaté que le vent froid était presque aussi nocif. En tout cas, il est certain qu'il s'agit d'une maladie estivale n'atteignant que les parties découvertes, et que la lumière solaire joue un rôle prépondérant.

**Description.** — L'éruption se montre généralement quelques heures, rarement un ou deux jours après une exposition au soleil. Elle est précédée par un peu de malaise et de fièvre, puis se montrent sur la face des taches rouges surmontées d'une vésicule qui grandit et atteint les dimensions d'une lentille; cette vésicule repose sur une base indurée, elle est ombiliquée, cloisonnée, de sorte qu'elle se vide incomplètement par la piqûre, elle présente une teinte livide et ecchymotique. Au bout de quelques jours, la vésicule se dessèche, forme une croûte qui, en tombant, laisse une cicatrice blanche, déprimée, véritablement vacciniforme. D'autres fois, la vésicule naît directe-

(<sup>1</sup>) BAZIN. *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, 1868.

(<sup>2</sup>) BROcq. Hydroa vacciniforme. *Annales de dermatologie*, 1894, 1135.