

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 1868¹. 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 Brocq². 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-

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

(²) BROCC. Hydroa vacciniforme. *Annales de dermatologie*, 1894, 1135.

ment sur la peau saine sans auréole rouge et sans induration ; d'autres fois, elle suppure et présente un aspect impétigineux. Enfin la cicatrice n'est pas toujours aussi marquée et un certain nombre de lésions disparaissent sans laisser de traces.

L'éruption occupe la face, surtout le nez, les pommettes et les oreilles, les parties postérieures et latérales du cou, la face dorsale des mains, rarement les pieds. On a pu voir exceptionnellement quelques lésions sur les parties couvertes et même sur la muqueuse buccale. Les cicatrices couvrent la face qui paraît grêlée, amènent de l'ectropion et réduisent les pavillons des oreilles à un épiderme mince tendu sur le cartilage.

Il n'y a pas d'altération de la santé générale et les désordres locaux sont les seuls qui aient de la gravité.

Anatomie pathologique. — Elle a été étudiée par Bowen et par Mibelli. Pour Bowen il s'agirait d'une nécrose primitive de l'épiderme et d'une portion plus ou moins considérable du derme ; la lésion offrirait donc une grande analogie avec l'acné nécrotique. Mibelli a trouvé des lésions inflammatoires très intenses et très étendues, et pense que la nécrose est la suite de cette inflammation. Dans quelques cas on a signalé une proportion considérable d'éosinophiles dans le sang.

Traitement. — Le seul traitement vraiment efficace serait la suppression de la lumière solaire, mais cela est difficile. Tout ce qu'on peut faire est de protéger les parties exposées par des fards et des poudrages, en couvrant les mains avec des gants, en protégeant la face contre les rayons directs du soleil par une coiffure appropriée. Il convient donc de ne pas exposer aux intempéries, quelles qu'elles soient, les enfants dont une première atteinte a démontré la susceptibilité.

XXVI

DERMATITE HERPÉTIFORME DE DUHRING-BROCQ

PAR LE D^r J. HALLÉ

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Entre les érythèmes polymorphes et les diverses variétés de pemphigus, existe un groupe naturel que Brocq¹ a désigné sous le nom de dermatites polymorphes douloureuses. Ces dermatoses sont caractérisées par un ensemble de symptômes qui sont : des phénomènes douloureux d'intensité variable, avec ou sans prurit, des éruptions polymorphes ayant souvent une disposition herpétiforme, une tendance à évoluer par poussées successives, une conservation relative de l'état général contrastant avec les phénomènes locaux.

Bien connue chez l'adulte au point de vue clinique, la maladie de Duhring n'a encore donné lieu chez l'enfant qu'à peu de travaux d'ensemble. On retrouve les premiers faits publiés chez l'enfant dans les travaux fondamentaux de Duhring et surtout de Brocq. En France, les documents les plus importants sont les thèses de Thilliez² et de Barrois³, et le travail tout récent de Meynet et Péhu⁴.

En Amérique, citons les travaux de Duhring, de Bowen, de Pusey, de Gottheil⁵ ; les observations de Sterwell⁶, Galloway⁷, Graham Little⁸ en Angleterre ; de Unna, Ittmann et Lidermann⁹, Haslund en langue allemande.

Personnellement, nous avons pu retrouver une cinquantaine d'observations publiées, et observer, à la clinique du D^r Grancher, 5 cas de cette maladie dans une période de 8 ans.

Étiologie. — La dermatite herpétiforme de Duhring est une affection relativement rare chez l'enfant ; assez souvent elle débute dans l'enfance et se continue à l'âge adulte ; elle paraît exister dans tous les pays, sans être plus commune dans aucun d'eux.

Cette affection peut se rencontrer à toutes les périodes de l'enfance. Elle débute souvent peu après la naissance ou dans les premiers mois, mais nous insistons sur ce fait qu'elle ne paraît pas être une maladie congénitale.

(¹) Voy. à ce sujet les mémoires fondamentaux de Brocq. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1888 et 1898.

(²) THILLIEZ. De la dermatite herpétiforme de Duhring chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1895.

(³) P. BARROIS. Contribution à l'étude de la maladie de Duhring infantile. *Thèse de Paris*, 1900.

(⁴) MEYNET et M. PÉHU. De la dermatite polymorphe douloureuse (dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq) chez l'enfant. *Ann. de dermat. et de syphil.*, décembre 1905.

(⁵) GOTTHEIL. Two cases of dermatitis herpetiformis. *Archiv of Pediatrics*, 1891, p. 506.

(⁶) STERWELL. Case of impetigo herpetiformis. *Journal of cutan. and venereal diseases*, déc. 1889, p. 436.

(⁷) GALLOWAY. Dermatitis herpetiformis. *British Journ. of dermat.*, 1900, p. 206.

(⁸) LITTLE GRAHAM. *Soc. dermat. de Londres*, octobre 1902.

(⁹) ITTMANN et LIDERMANN. Die herpetiformis dermatitis Duhring und ihre Beziehungen zu verwandten Affection. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1892, p. 581.

et que l'enfant qui sera atteint de maladie de Duhring ne présente rien d'anormal du côté de la peau à la naissance. Nous verrons quelle importance a ce caractère négatif quand nous étudierons le diagnostic de cette maladie.

Unna considérait la maladie comme spéciale au sexe masculin. Il n'en est rien ; les petites filles sont également atteintes, moins souvent, il est vrai. Sur 24 observations relatées, Meynet et Péhu signalent 17 garçons et 7 filles.

On retrouve assez souvent des antécédents morbides graves chez les parents : l'épilepsie, la paralysie générale, la paralysie agitante. La plupart des malades sont des nerveux ou descendent de nerveux. L'éruption survient parfois à la suite de violentes émotions, mais c'est surtout quand l'affection est déclarée que les ébranlements nerveux de toutes natures sont capables de provoquer ou d'entretenir les poussées. L'éthylisme des parents ou de l'enfant agit peut-être de la même façon. Dans un cas qui nous est personnel, l'enfant, une fillette, avait été habituée dès le jeune âge à prendre chaque jour un peu d'absinthe.

L'hérédité et le caractère familial sont signalés dans un certain nombre de faits.

Unna¹ rapporte à ce sujet l'observation suivante : Un père eut trois fils d'un premier mariage ; tous trois furent atteints de dermatite herpétiforme de Duhring. L'aîné fut malade dès l'âge de six ans et était guéri à quinze ; il était marié et père d'enfants bien portants lors de l'examen fait par Unna. Les deux frères atteints de la même maladie dès le jeune âge étaient encore sujets à des poussées cutanées à l'âge d'homme. Le père de ces trois malades se remaria ; il eut de sa seconde femme une fille saine, puis, chose remarquable, un fils qui dès l'âge de trois ans présenta les lésions caractéristiques de la dermatite herpétiforme.

Thilliez rapporte de même trois observations qui ne laissent pas de doute sur le caractère familial de cette dermatose. Les trois enfants, deux frères et une sœur, furent atteints dès les premiers mois de la vie. L'aînée avait treize ans lors du premier examen fait par cet auteur, le plus jeune sept mois. Nous avons pu, après neuf ans, retrouver ces trois malades, et apprendre que l'un d'eux est guéri depuis cinq ans ; mais l'aînée, quoique moins souvent sujette aux poussées bulleuses, a encore de temps en temps des manifestations cutanées. Le plus jeune garçon est toujours très gravement pris.

Les antécédents personnels des petits malades sont souvent assez chargés. On retrouve parfois chez eux des affections graves, comme les fièvres intermittentes (cas de Vidal), le rhumatisme articulaire aigu, cas de Robinson², cas de Radcliffe Crocker³.

Dans l'observation de Meynet et Péhu, la maladie évolua en même temps qu'une tuberculose qui se généralisa et finit par emporter la malade. Le plus souvent les malades sont des enfants nerveux sujets aux migraines, aux névralgies. Parfois de vraies crises d'asthme précèdent cette affection.

(¹) UNNA. *Monatshefte f. prak. Dermat.*, 1889, et *Ann. dermatol. et syphilit.*, 1889.

(²) ROBINSON. Impetigo herpetiformis (dermatitis herpetiformis). *Journal of cutaneous and venereal diseases*, janvier 1885, p. 17.

(³) RADCLIFFE CROCKER. Hydroa. *British med. Journ.*, 22 mai 1886, p. 966.

La maladie apparaît parfois à la suite de la vaccination sans qu'il soit possible de saisir le rapport qui existe entre les deux affections (Pusey-Allen¹, Bowen²).

Symptômes. — La dermatite herpétiforme de Duhring peut débiter, chez l'enfant, comme chez l'adulte, par des phénomènes douloureux, variables d'intensité, parfois très violents, et consistant en sensations douloureuses ou prurigineuses aux endroits qui seront le siège de l'éruption.

Le début par des plaques érythémateuses ou des lésions identiques à celles de l'érythème polymorphe n'est pas rare³. Plus souvent, peut-être, c'est une éruption bulleuse qui ouvre la scène morbide. D'autres fois, c'est sur des plaques érythémato-papuleuses ou sur le bord de ces plaques que naissent des bulles.

Les éruptions se montrent d'abord souvent limitées à un point des téguments. Quelquefois, c'est, par exemple, la tête et le cuir chevelu (Pusey). D'autres fois, la face est prise la première. Plus souvent, c'est au niveau des avant-bras, aux pieds et aux mains, ou à la partie inférieure de l'abdomen que débute la maladie. Parfois, le mal fait son apparition sous la forme d'une éruption à caractère exanthématique sans localisation particulière, mais gardant cependant une symétrie que l'examen détaillé des lésions permet de retrouver. L'éruption présente deux grands caractères, elle est polymorphe et procède par poussées successives. La polymorphie se montre dans une poussée prise isolément, et dans la série des diverses attaques. Dans une poussée, on peut distinguer, avec Brocq, des lésions primitives et des lésions secondaires.

Lésions primitives. — Plaques érythémateuses. — Ces plaques, qui rappellent souvent l'urticaire, varient du rose au rouge foncé et servent de base à des vésicules ou à des bulles. Ces éléments ont tendance à prendre un aspect figuré, soit par affaissement du centre et extension périphérique, soit par confluence de plusieurs éléments voisins. Il en résulte des circinations élégantes avec un bourrelet érythémateux et sensible au toucher, d'un rouge plus marqué. Sur ce bourrelet apparaissent le plus souvent les bulles.

Les vésicules se montrent soit sur la peau saine, soit sur une plaque légèrement érythémateuse. Groupées en nombre parfois de 10 à 20, elles affectent alors nettement l'aspect du zona. L'herpétiformité est un trait saillant, mais non constant de cette dermatose. En tout cas, il ne doit pas primer ceux qui résultent de l'ensemble des autres caractères et surtout de l'évolution de la maladie.

Bulles. — La bulle peut apparaître d'emblée, ou succéder à une ou plusieurs vésicules ; variables de forme, quoique le plus souvent régulières et hémisphériques, distendues d'un liquide clair et comme élastiques au toucher, elles sont de taille très inégale et peuvent atteindre la dimension d'un œuf et même davantage. Toujours transparent au début, le liquide dans

(¹) PUSEY-ALLEN. A case of dermatitis herpetiformis following vaccination. *Journal of cutan. and gen. urin. Diseases*, avril 1897.

(²) BOWEN. Bullous dermatitis in children. *Ann. dermat. Association*, mai 1900, et *Journal of cut. Dis.*, août 1900.

(³) TAYLOR STAFFORD. Observation d'une fillette de 12 ans. *British Journal of Dermatology*, 1898.