

lequel on ne décèle aucun organisme peut cependant se troubler et suppurer ; souvent la bulle se dessèche sans s'ouvrir.

Pustules. — Les pustules résultent, le plus souvent, de la transformation des bulles et des vésicules.

Lésions secondaires. — Les divers éléments primitifs précédents donnent lieu à des lésions secondaires d'aspect très variable qui sont, soit des croûtes épaisses succédant aux bulles et aux vésicules dont le contenu a suppuré, soit une desquamation foliacée ou lamelleuse. Ces bulles opalescentes se transforment souvent en croûtes jaunâtres semblables à celles de l'impétigo et qui recouvrent une surface rouge sanguinolente et suintante.

Des taches maculeuses indiquent la place des vésicules et des bulles des éruptions antérieures ; à leur niveau, la peau se pigmente et, à mesure que les poussées se multiplient, la pigmentation s'accroît pouvant atteindre une grande partie des téguments (Thilliez, Barrois).

Le grattage, qui est habituel, engendre une lichénification généralement assez discrète ; les cicatrices vraies qui résultent des lésions profondes forment des surfaces lisses et luisantes sur lesquelles on peut voir apparaître de petits kystes épidermiques (Brocq, Danlos).

Les lésions des muqueuses sont loin d'être rares. Elles se montrent surtout dans la bouche, sur la face interne des joues, les lèvres et la langue, sur le prépuce ou la muqueuse vaginale, parfois même dans les fosses nasales, souvent sur la conjonctive. La première poussée bulleuse peut même apparaître sur les muqueuses, rendant ainsi le diagnostic très délicat. Dans un cas de Fournier¹, l'éruption au niveau des grandes lèvres simulait, à s'y méprendre, des lésions syphilitiques avec sclérome de la vulve.

Comme complications cutanées de l'éruption, on peut voir apparaître des œdèmes, surtout au niveau des mains et des pieds, ou de la face ; des complications infectieuses, comme des lymphangites, ou des plaques érysipélateuses ou de vrais érysipèles (Haslund²), parfois des poussées furonculieuses, quelquefois des abcès. Les cheveux peuvent tomber, les ongles présenter des troubles trophiques.

Toutes les lésions primitives ou secondaires précédentes peuvent coïncider chez le même enfant, et le polymorphisme de l'éruption est un des caractères dominants de la maladie. Mais tel malade qui n'aura présenté d'abord que des lésions bulleuses pourra dans les poussées ultérieures ne montrer que des éléments érythémateux ou vésiculeux. Mais, sans aucune cause connue, les poussées suivantes se répéteront peut-être sous une forme cutanée différente. Dans certains faits, plus la maladie progresse et se prolonge, plus les soulèvements épidermiques prennent d'importance³.

Malgré ce polymorphisme, on peut cependant, pour la description, distinguer dans l'éruption les formes bulleuses, les formes érythémato-urticariennes, ou circinées, qui simulent assez bien certaines trichophyties, les variétés herpétiformes qui rappellent le zona.

⁽¹⁾ In *Thèse Barrois*.

⁽²⁾ HASLUND, *Archiv. für Dermatol. und Syphil.*, Bd XXIV, 1896.

⁽³⁾ C'était le cas de la malade de TAYLOR STAFFORD. *British Journ. of Dermatology*, 1898.

Des *phénomènes subjectifs ou généraux* sont constants, mais assez variables. Alors que, chez l'adulte, le prurit et la douleur constituent deux symptômes primordiaux, chez l'enfant, ces deux phénomènes paraissent quelquefois manquer. Du moins, un certain nombre d'observations sont muettes à ce sujet ; mais il ne faut pas oublier que ces symptômes sont difficiles à apprécier chez le jeune sujet incapable de bien renseigner.

Les phénomènes varient du reste beaucoup d'intensité et de caractère. Le malade éprouve soit des brûlures, soit une chaleur étrange à la peau, soit des fourmillements ou des picotements, une tension de la peau, soit un frisson localisé. Toutes ces sensations pénibles s'exagèrent avec les poussées ou au moment où elles vont apparaître. L'apparition de ces phénomènes annonce l'attaque, leur intensité est la mesure de l'éruption qui va suivre.

Les sensations de brûlure et de chaleur que présente le malade n'empêchent pas chez lui une susceptibilité particulière au contact de l'air. Il garde difficilement sur lui les vêtements et reste volontiers découvert, mais il présente alors assez souvent des frissons, avec claquement de dents.

Les symptômes généraux qui accompagnent la dermatite de Duhring sont souvent très légers, et on donne même, comme caractère de cette maladie, la conservation presque intégrale de la santé générale. Mais il est loin d'en être toujours ainsi et, le plus souvent, même dans les cas bénins, les poussées sont annoncées par l'apparition de phénomènes particuliers : vomissements, diarrhée, fièvre, changement de caractère. Enfin, assez souvent, au moment des grandes poussées, la fièvre s'allume et, dans les formes graves, elle peut durer plusieurs jours, légère ou élevée suivant les cas. Cette fièvre peut même prendre une allure continue et simuler même la fièvre typhoïde comme nous l'avons observé une fois.

L'appétit est généralement conservé, même dans les formes graves, lorsque le malade présente un aspect cachectique.

Les urines sont parfois diminuées de quantité et l'hypoazoturie signalée chez l'adulte se retrouve chez l'enfant (Thilliez, Meynet et Péhu, Jacquet, J. Hallé).

L'albuminurie se montre quelquefois. Nous l'avons observée une fois¹ ; elle apparut après une poussée fébrile de dix jours environ, au déclin de laquelle survint du côté de la peau une éruption bulleuse très intense, mais de courte durée ; car, six jours après, l'état des téguments était remarquablement amélioré. C'est alors qu'apparut de l'œdème généralisé et que l'on constata la présence d'un peu d'albumine dans l'urine. Malgré le régime lacté, les purgatifs et la révulsion sur la région des reins, l'œdème augmenta et des accidents éclampiques d'une intensité extrême faillirent emporter la malade. Une large saignée faite après plusieurs heures de convulsions semble avoir sauvé cette enfant. Les deux mois suivants pendant lesquels elle présenta encore de l'albumine en petite quantité furent remarquables par l'intégrité relative de la peau et l'absence de toute poussée nouvelle.

⁽¹⁾ J. HALLÉ. De la dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq chez l'enfant. *Arch. de méd. des enfants*, juillet 1904. Observation de Marie B.

Du côté de l'appareil pulmonaire, on a noté assez souvent chez les enfants atteints de maladie de Duhring des bronchites à tendance chronique avec toux opiniâtre; parfois des crises d'asthme. Dans un cas personnel, la dermatite avait été précédée d'une période de crises d'asthme qui avait duré plusieurs années. Une fois l'affection cutanée parue, les crises d'asthme diminuèrent beaucoup, et disparurent même pendant plusieurs mois. Les complications graves du côté du poumon sont exceptionnelles.

On a signalé très rarement des modifications ou des complications du côté de l'appareil cardio-vasculaire. Taylor rapporte cependant l'observation d'une fillette dont le pouls était nettement ralenti, et ne battait pas au delà de 50 à 60. Cette fillette est morte presque subitement.

La puberté ne paraît pas troublée beaucoup chez les garçons; mais, chez les filles, la menstruation ne s'installe que très tardivement. L'apparition des règles coïncide souvent avec une amélioration de la santé générale, et une atténuation des phénomènes cutanés.

Marche. — La dermatite herpétiforme de Duhring évolue par poussées successives, irrégulières de durée, d'intensité et de forme; car le polymorphisme des lésions pour chaque poussée et dans la même poussée constitue un des faits dominants de cette affection.

Quelquefois cependant la maladie a une évolution aiguë, le fait est rare toutefois, et dans ces cas on se trouve en présence d'une dermatite douloureuse aiguë, comme le fait s'observe chez l'adulte. Mais, dans la forme commune, la dermatite de Duhring procède par une série d'attaques pouvant durer plusieurs semaines, et souvent même plusieurs mois. Ces attaques sont entrecoupées de périodes de calme et de repos; mais, entre les poussées qui forment une même attaque, la peau ne guérit jamais complètement. Il reste quelques rougeurs, quelques vésicules ou bulles qui montrent que la maladie n'est pas guérie.

Dans l'intervalle des attaques la santé peut redevenir absolument bonne; ou bien, il semble qu'il se passe un véritable transfert morbide, le malade présentant, au contraire, en dehors des attaques cutanées, quelque manifestation viscérale, une bronchite tenace, des crises d'asthme par exemple. L'augmentation de l'urée coïncide habituellement avec la fin d'une attaque et persiste jusqu'au retour d'une nouvelle période de manifestation du côté de la peau.

Il résulte des faits précédents, de la longue durée de la maladie, du peu de succès de la thérapeutique et des complications toujours possibles, que le pronostic de la dermatite polymorphe douloureuse des enfants doit être réservé. Exceptionnellement la maladie guérit d'une façon définitive après la première attaque; rarement après quelques attaques échelonnées dans l'espace d'un an à deux ans. Quelquefois, elle ne guérit même pas à l'époque de la puberté, elle continue jusqu'à l'âge adulte et dure presque toute la vie avec des périodes de repos plus ou moins longues, de quelques mois à quelques années parfois. Mais le type évolutif le plus fréquent est celui qui débute dans la première ou la seconde enfance et a une tendance natu-

relle à s'améliorer et même à guérir au moment de la puberté. Unna¹ avait insisté sur cette forme qu'il croyait héréditaire et spéciale au sexe masculin. Nous croyons que la plupart des caractères qu'il donne à l'*hydroa puerorum* conviennent à la forme la plus commune des dermatites polymorphes douloureuses de l'enfant. Les rechutes continuelles, la prédominance des douleurs sur le prurit, la diminution des crises comme intensité et durée à mesure que l'enfant avance en âge, le début dans les premières années, les alternances avec l'asthme et les bronchites, l'extrême nervosité des sujets, l'hypoazoturie, tels sont les caractères dominants de cette forme commune, au cours de laquelle la santé reste quelquefois assez bonne.

Les enfants atteints de dermatite de Duhring peuvent cependant succomber. Dans ces cas très rares, on voit les lésions cutanées prendre une intensité extrême. La peau est couverte de squames suppurantes d'odeur infecte, les téguments ne forment plus qu'une plaie affreuse, une cachexie spéciale s'installe, avec amaigrissement extrême, nervosisme, accès de désespoir. Le malade peut ainsi succomber à une véritable *herpétide maligne exfoliatrice*, pour employer le terme dont Bazin se servait pour désigner cet aboutissant terrible des grandes dermatoses. On a signalé la mort presque subite (Taylor).

Heureusement, le pronostic est rarement aussi sombre; l'appétit reste bon, la santé générale presque intacte. Chose remarquable, les maladies intercurrentes n'influencent pas toujours défavorablement la dermatite de Duhring et ne prennent pas à cette occasion un caractère particulièrement malin; mieux encore, elles améliorent et guérissent parfois l'affection cutanée. Nous avons vu ainsi un enfant radicalement guéri à la suite de la rougeole. Roussel² rapporte le cas, plus curieux encore, d'un enfant guéri définitivement à la suite de l'opération du phimosis.

Anatomie pathologique. — Étudiée chez l'adulte par Unna, Leredde, Perrin, Gilchrist, l'anatomie pathologique des lésions cutanées n'a pas été l'objet de travaux spéciaux chez l'enfant. Mais il y a tout lieu de supposer que les lésions cutanées sont identiques chez l'adulte et chez l'enfant.

Les bulles au début ne renferment aucun germe, mais des éléments figurés, parmi lesquels dominant souvent les cellules éosinophiles d'Ehrlich, qui peuvent atteindre la proportion de 95 pour 100 des leucocytes de la bulle.

Le sang présente des modifications sur lesquelles Unna, Leredde, Perrin ont insisté, et qui consistent dans une éosinophilie remarquable. Thilliez a noté 41 et 59 éosinophiles pour 100 leucocytes; Barrois, 12; Meynet et Péhu, 18, 15, 17 lors de trois examens; Danlos, 11; Graham Little, seulement 4 éosinophiles pour 100 leucocytes.

Parallèle de la maladie chez l'enfant et chez l'adulte. — Peut-on de l'ensemble des symptômes de la maladie de Duhring chez l'enfant conclure à un type spécial de cette affection dans le jeune âge? Les auteurs qui ont

(¹) UNNA. *Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie*, tenu à Paris en 1889, p. 185.

(²) ROUSSEL. A case of dermatitis herpetiformis in a child three years of age cured by circumcision, *New Orleans med. and surg. Journal*, June 1900, p. 72.

observé les premiers faits avaient cru pouvoir donner des caractères propres à l'enfance. Unna, Thilliez avaient insisté sur son caractère familial et héréditaire. D'autres auteurs ont pensé que les phénomènes de douleur et de prurit manquaient souvent. Jamieson, Thilliez signalent la prédominance et l'intensité des lésions pigmentaires. On a cru également que chez l'enfant l'herpétiformité était moindre que chez l'adulte, mais ce caractère était donné à une époque où la disposition des lésions à se grouper comme l'herpès était considérée comme un signe primordial des dermatites polymorphes douloureuses. On sait que ce symptôme a moins de valeur qu'on ne pensait alors. Aussi croyons-nous, avec Meynet et Péhu, qu'aucun des caractères donnés par les auteurs comme caractérisant la maladie de Duhring chez l'enfant ne résiste à la critique. Seules les diverses formes évolutives de la maladie dans le jeune âge méritent une mention spéciale, ainsi que la notion de la fréquence assez remarquable de la maladie chez l'enfant, notion que les ouvrages classiques de pédiatrie ne contiennent pas encore.

Pathogénie. — On est encore à la période des hypothèses sur la pathogénie de la dermatite herpétiforme de Duhring. Toutes les théories peuvent se réduire à trois : la théorie microbienne, la théorie nerveuse et la théorie toxique.

Théorie microbienne. — Cette théorie est, jusqu'à présent, sans fondement, puisqu'on n'a trouvé aucun agent spécifique ni dans le sang, ni dans la peau. Elle cadre mal avec l'absence de contagion et le caractère parfois héréditaire de la maladie.

Théorie nerveuse. — L'influence du système nerveux sur la production de la maladie de Duhring n'est pas douteuse. En faveur de cette théorie, notons le caractère familial et héréditaire, les antécédents névropathiques très fréquents. L'importance des dysesthésies est grande, qu'il s'agisse de douleurs névralgiques, du prurit, des sensations de chaleur et de cuisson. La symétrie des lésions plaide encore en faveur de l'origine nerveuse. Mais, si le rôle du système nerveux est certain, il est plus difficile de dire comment il agit sur la production de la dermatose ; aussi devait-on se demander si une intoxication primitive n'est pas nécessaire.

Théorie toxique. — Cette théorie repose sur une série de considérations qui s'imposent à l'attention.

L'analogie de la maladie de Duhring avec certaines intoxications médicamenteuses ou alimentaires n'est pas douteuse, et on connaît bien les éruptions érythémato-bulleuses causées par l'iodure, le bromure, etc. Il est vrai, dira-t-on, qu'il s'agit d'une simple analogie objective des lésions, et qu'il faut concevoir pour expliquer la maladie de Duhring une intoxication persistante et durable. On devait donc chercher naturellement, dans les produits excrémentitiels ou de réduction imparfaite, les toxines nécessaires pour entretenir le mal. Aussi a-t-on pensé à des troubles de la fonction urinaire tels que ceux qui peuvent amener l'urémie. L'oligurie constatée parfois, ou l'anurie coïncidant avec les crises, la faible quantité d'urée habituelle chez les malades, l'albuminurie, l'éclampsie notée par nous, forment une série de faits qui portent à admettre comme possible,

soit le rejet de matières extractives par la peau, soit l'existence d'une toxémie agissant par l'intermédiaire du système nerveux.

Les faits suivants dus à L. Jacquet nous permettent de mieux comprendre cette pathogénie de la maladie de Duhring et éclairent la théorie toxique de données nouvelles intéressantes. L. Jacquet a observé, dans une famille d'obèses et de névropathes, un enfant obèse, ayant des crises asthmatiformes, *violentes, fréquentes et prolongées*, qui fut pris vers l'âge de 7 ans de poussées de dermatite herpétiforme : les crises asthmatiformes cessèrent dès lors absolument. Les périodes de dermatose coïncidaient avec l'oligurie, et la pauvreté en urée, acide urique et phosphates, faits contrastant avec la polyurie ordinaire à cet enfant, son état d'obésité et son alimentation copieuse. Il y avait également, chez ce petit malade, retard dans l'élimination du bleu de méthylène ; elle ne commençait qu'au bout d'une heure.

Chez une autre enfant du service de M. Grancher, atteinte aussi de dermatite herpétiforme¹, L. Jacquet a vu également des crises asthmatiformes succéder à la dermatose, puis disparaître lors de la récurrence. Chez cette malade coexistaient l'oligurie, l'hypoazoturie, la pauvreté en acide urique, chlorures, phosphates et sulfates. En période d'accalmie, les urines remontaient au taux normal (1200 centimètres cubes) : une violente contrariété les abaissa à 600 centimètres cubes² et en même temps survint une forte poussée éruptive. L. Jacquet pense que de tels faits doivent être rapprochés de *l'herpès gestationis* qui survient précisément quand les urines des femmes gravides sont en état d'hypominéralisation. Dans leur ensemble, ils donnent une grande vraisemblance à la théorie toxique et obligent à envisager l'hypothèse d'une maladie d'évolution à manifestations variables et alternantes, par suite d'une sorte de transfert morbide.

Diagnostic. — Le diagnostic de dermatite de Duhring se fait surtout par l'ensemble des caractères, tels que la multiformité, le polymorphisme, la tendance vésico-bulleuse, les phénomènes douloureux, l'évolution par poussées successives et la longue durée habituelle de l'affection. Mais le diagnostic de cette maladie doit être discuté lors d'une première poussée avec une série de dermatoses qui s'en rapprochent par certains caractères.

Éliminons d'abord les affections telles que la *gale*, le *prurigo de Hebra*, la *varicelle*, les diverses formes de *syphilis* infantile. Un examen un peu attentif permet facilement d'éviter une erreur.

Le diagnostic différentiel avec le *pemphigus épidémique des jeunes enfants* est généralement facile. Les lésions n'ont pas le polymorphisme de la dermatite de Duhring, l'affection est d'assez courte durée et ne procède pas par poussées successives. Elle est épidémique et contagieuse.

On ne confondra pas avec la dermatite de Duhring certaines *éruptions pemphigoïdes* d'origine médicamenteuse qui peuvent se montrer parfois chez l'enfant. L'iodure, le bromure peuvent les produire.

⁽¹⁾ Leçon inédite dans l'amphithéâtre du professeur Grancher, en 1898.

⁽²⁾ Ces faits suffisent à ruiner l'hypothèse des auteurs qui voient dans l'oligurie et l'hypoazoturie la conséquence et non une cause possible de la dermatose.

Les diverses variétés d'*urticaire* peuvent quelquefois prêter à discussion. Mais il ne faut pas oublier que, dans l'*urticaire pigmentaire*, la formation des bulles est une circonstance accidentelle.

Le diagnostic avec les *érythèmes polymorphes*, et surtout les érythèmes polymorphes vésiculo-bulleux, est souvent délicat¹. Le plus habituellement l'érythème polymorphe se distingue nettement de la maladie de Duhring par sa bénignité, le peu de tendance à la récurrence; ou bien, s'il récidive, il revient à des saisons invariables ou sous des influences déterminées. Le diagnostic différentiel repose surtout sur les localisations propres de l'érythème polymorphe et l'évolution de la maladie.

Certaines affections congénitales peuvent également simuler la dermatite polymorphe douloureuse. C'est ainsi que le *pemphigus traumatique* peut prêter à erreur à première vue. Mais, dans cette curieuse affection, les bulles n'apparaissent guère qu'en été et toujours à l'occasion d'une irritation mécanique.

L'*épidermolyse bulleuse héréditaire de Köbner*, la *dermatose bulleuse héréditaire et traumatique d'Hallopeau* comme la maladie de Duhring apparaissent peu après la naissance ou dans la seconde enfance. Il est vrai que les bulles apparaissent surtout aux extrémités, aux mains et aux pieds. De plus, au bout d'un certain temps, elles laissent des cicatrices d'abord superficielles qui augmentent de profondeur dans la suite. Le derme reste rouge; entre le derme et l'épiderme très mince, on trouve des perles épidermiques, fait qui a été signalé dans la maladie de Duhring (Brocq, Danlos). Mais, dans les pemphigus congénitaux, les phénomènes douloureux et prurigineux font défaut.

Des bulles peuvent se montrer dans une autre série d'affections infantiles que Brocq réunit sous le nom d'*érythrodermies congénitales ichtyosiformes* à poussées bulleuses; mais, dans ce groupe morbide, il y a la localisation constante au visage, aux plis sous forme d'hyperkératose, et une kératodermie palmaire et plantaire. La maladie se rapproche objectivement de l'ichtyose avec engainement des mains et des doigts, mais avec les localisations inverses de celles de l'ichtyose vraie. Les bulles dans cette affection ne sont pas constantes, apparaissent aux points où la peau est soumise aux traumatismes et au voisinage des articulations et du cou. Par certains côtés, cependant, ces érythrodermies congénitales se rapprochent de la maladie de Duhring. A certains moments, il se produit de grandes poussées bulleuses. Mais, dans ce groupe, on observe une série de symptômes contingents qui manquent dans les dermatites polymorphes douloureuses tels que l'absence des ongles, l'atrophie des téguments, de l'hyperhidrose palmaire, de la kératodermie, ou bien une croissance exagérée de l'épiderme, coïncidant avec une croissance excessive des ongles et des poils. Aucun de ces symptômes n'existe dans les formes typiques de maladie de Duhring. Cependant, quand on étudie certaines observations publiées, on voit combien il peut devenir difficile de ranger certains faits dans une catégorie morbide bien

⁽¹⁾ DANLOS. Érythème polymorphe ou maladie de Duhring (enfant de 12 ans). *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 7, juillet 1900, p. 841.

tranchée. On est donc obligé d'admettre l'existence de véritables faits de passage¹ entre des affections très différentes dans leurs cas typiques. Le pemphigus traumatique, l'épidermolyse bulleuse et les érythrodermies congénitales ichtyosiformes d'une part, et la maladie de Duhring d'autre part, forment une chaîne continue. L'érythème polymorphe et les pemphigus aigus et chroniques constituent également une série dont la maladie de Duhring représente un terme important.

Traitement. — *Traitement externe.* — Tous les topiques ont été essayés et les résultats sont très divers suivant les sujets. Les solutions antiprurigineuses sont généralement sans effet et, souvent, inapplicables. Les pansements humides à l'eau bouillie sont parfois indiqués, mais ramollissent trop la peau et la font macérer. Les bains soulagent quelquefois, mais ont les mêmes inconvénients. Les pommades qui paraissent les plus utiles sont souvent les plus simples. Les poudres absorbantes : talc, oxyde de zinc, sous-nitrate de bismuth, paraissent peut-être plus utiles; seules, d'ailleurs, elles sont possibles à employer dans les grandes crises. Le malade doit être vêtu de toile fine et usée; il faut éviter toutes les causes d'irritation de la peau, plis, cols, draps de coton. Au moment des grandes poussées généralisées, c'est placé nu entre deux draps de toile et complètement entouré de son ou d'amidon mis en profusion que le malade souffre le moins.

Traitement interne. — Aucun traitement interne ne donne de résultat certain. La quinine, l'ergotine, la strychnine, l'huile de foie de morue sont à retenir. L'arséniat de soude, la liqueur de Fowler peuvent donner, parfois, des résultats encourageants. On a essayé, avec plus de succès peut-être, toute la série des médicaments dits *nervins* et, particulièrement, la belladone, la valériane. Nous n'avons, personnellement, rien obtenu des injections de sérum ordinaire; on peut tenter, comme Hallopeau, les injections de sérum de lait.

Traitement hygiénique. — L'hygiène générale et l'hygiène locale de la peau sont, peut-être, plus importantes que toutes les médications. L'alimentation doit être surveillée de près: éviter les excitants, le thé, l'alcool, le café, le vin; comprendre, avec discernement, beaucoup de lait dans le régime, exiger la régularité des fonctions digestives, supprimer toutes les émotions, au besoin changer le malade d'air et de milieu: telles sont les grandes indications hygiéniques.

L'hygiène de la peau comprend le changement fréquent de linge qui doit être de toile, le nettoyage de la peau avec des substances grasses plutôt qu'avec les lotions. Il est utile de crever les bulles avec une aiguille flambée.

⁽¹⁾ Citons parmi ces faits de passage: WENDE. Epidermolysis bullosa hereditaria. *Journal of cutan. and genito-urin. diseases*, décembre 1902, p. 557. Cas où existait une kératodermie plantaire et palmaire, des lésions des muqueuses, des poussées bulleuses coïncidant avec une absence des phanères. — LENGLET et MANTOUX. Dermatose bulleuse apparue immédiatement après la naissance, fait de passage entre la dermatite polymorphe de Duhring-Brocq, le pemphigus traumatique et les érythrodermies congénitales ichtyosiformes de Brocq. *Ann. de dermatologie et de syphil.*, mars 1905.