

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Papillomatose confluyente
et réticulée**

**GOUGEROT, Henri / CARTEAUD, A. -
Papillomatose pigmentée confluyente
et réticulée innominée**

*In : Bulletin de la Société française de dermatologie
et de syphiligraphie et de ses filiales, 1928, Vol. 35,
pp. 230-1*

porté le diagnostic de lymphangiome, diagnostic confirmé par M. Lecène à qui fut montrée la malade.

D'autre part, ce syndrome est caractérisé par un développement exagéré des membres inférieurs avec état rugueux de la peau, une hypertrophie régionale à marche indéfiniment progressive et extensive, un œdème à sérosité spontanément coagulable avec processus inflammatoire chronique du tissu conjonctif et des vaisseaux lymphatiques. Il réalise le tableau typique de l'éléphantiasis tel que le définit Besnier, éléphantiasis dont la nature lymphatique et le siège conjonctif ont bien été fixés par Hardy, Alard, Bouillaud, Cruveilhier. Il s'agit ici d'*elephantiasis nostras*.

Par ailleurs, Besnier parlant du lymphangiome distingue du lymphangiome circonscrit de ce syndrome morbide dans lequel la lésion de surface est bien un angiome lymphatique, un lymphangiome, mais où la lésion de surface est sous-tendue par une base de pachydermie sous-lymphangiomateuse qui évolue par poussées successives fébriles exactement à la manière de l'éléphantiasis : lymphangiome pachydermique ou pachydermie lymphangiomateuse. C'est bien là le cadre dans lequel semble devoir rentrer notre malade.

Une intervention projetée par M. Lecène, et acceptée par la malade aura pour but de la débarrasser du lymphangiome qui, par son volume, est devenu une entrave.

Papillomatose pigmentée confluyente et réticulée innommée.

(Présentation de malade)

PAR MM. GUÉROU ET CARTEAUD.

La première malade que nous avons présentée le 10 novembre 1927 (p. 719) est revenue aujourd'hui, M. Marcel Vignat lui a fait des cryocautérisations sur deux secteurs partiels, il est certain que les lésions ont régressé, mais n'ont pas encore guéri, nous continuerons le traitement et nous représenterons la malade.

Le hasard a amené à notre consultation de l'Hôpital Saint-Antoine une deuxième malade atteinte du même syndrome n° 8784.

Cette jeune fille âgée de 25 ans, a quelques antécédents bacillaires : adénites cervicales fistulisées au cou à l'âge de 17 ans, et son père est mort de tuberculose à 51 ans, son Bordet-Wasserman est négatif.

Les lésions papillomateuses ont commencé entre les seins, à l'âge de 22 ans, par du prurit et en un à deux mois ont atteint les dimensions actuelles ; mais les lésions ont augmenté d'intensité, un prurit léger a persisté intermittent augmentant à chaque période menstruelle.

Il y a 18 mois, vers 23 ans et demi, donc 18 mois après le début des

papillomateuses inter mammaires, elle a noté sur le haut du thorax, les épaules, le cou, les lésions que j'ai décrites ici-même en mars 1926, p. 190, sous le nom de parakératose brillante. Elle accuse encore dans ces points du prurit léger.

Il n'y a pas de formes cliniques de transition nette entre les lésions de papillomatose et les parakératoses brillantes, mais il est intéressant d'étudier cette association.

Les papillomatoses ont la même topographie que celle de la première malade : entre les seins formant un losange dont les bords empiètent sur les deux seins, l'angle inférieur descend sur la ligne médiane en traînée irrégulière au-delà de l'ombilic.

Elles ont la même figuration, petites lésions de quelques millimètres confluant en nappe et formant une sorte de réticulum en certains points.

Elles ont le même aspect greûu, toutefois à peine hyperkératosique, non squameux, pigmenté.

Dans le dos un petit losange pigmenté peut être discuté : est-ce un névus ? est-ce le début de la même papillomatose ?

Dans les aisselles elle a le même aspect vilieux et pigmenté des papilles.

Sur le cou elle a une exagération des « vagues épidermiques » comprise entre les plis normaux de l'épiderme.

L'état actuel est excellent, mais elle doit avoir des troubles pluriglandulaires endocriniens : obésité.

Elle est traitée par la neige carbonique en deux points limités le 21 février, et manifestement il y a une régression marquée qui nous fait espérer la guérison.

Phagédénisme ulcéreux papillomateux fébrile d'origine indéterminée.

(Présentation de malade)

Par MM. GOUGEROT et PAUL THIROLOIX.

Ce malade n° 8954, âgé de 54 ans, sans antécédent notable, a vu les lésions commencer le 7 mars 1927 dans l'aîne gauche, par une tache rouge qui devint rapidement nodulaire, et prit l'aspect d'un furoncle, mais ce n'était qu'une apparence, car la lésion était ni douloureuse, ni même prurigineuse. Trois à quatre jours après ce pseudo-furoncle, l'état général fut altéré profondément : fièvre à 40°, malaise général, etc..., et il entra à l'Hôpital de Laroche. En même temps le bouton de l'aîne s'agrandit, se multiplie, s'ulcère. Progressivement les lésions envahissent toute la paroi abdominale et thoracique, jusqu'aux aisselles inclusivement en haut, jusqu'au-delà des lignes axillaires postérieures en arrière, jusqu'au milieu des cuisses et les fesses en bas.

Le bord de la plaque centrifuge est rouge, large de 10 millimètres environ sans saillie dit-il (?).

Toute la surface envahie est recouverte d'une « croûte dure » jaune, peu