

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2018

N° : 153

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Diplôme d'Etat
Mention D.E.S de Dermatologie et Vénérologie

PAR

Marine EHRET

Née le 30 octobre 1990 à Mulhouse

**ANALYSE DES REGISTRES DE DERMATOPATHOLOGIE
DU LABORATOIRE DE STRASBOURG DANS L'ENTRE-
DEUX-GUERRES, ENTRE 1919 ET 1939.**

Président de thèse : Professeur Bernard CRIBIER
Directeur de Thèse : Professeur Bernard CRIBIER



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Asseuteur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
 DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Inteme, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Inteme, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Inteme
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou- CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CU	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP0 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Emanno P0025	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047 (1) (8)	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04 Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCCLOS Bernard P0055	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOUCHOT Bernard P0056	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital HautePierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôp. HautePierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de HautePierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRP0 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de HautePierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRP0 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de HautePierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital HautePierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de HautePierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital HautePierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de HautePierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	<u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	<u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; <u>Radiothérapie</u> Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	<u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	<u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Amaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Anrick P0148	RP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et adaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Amaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
<p>HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an) CU : Chef d'unité fonctionnelle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle) Pô : Pôle Dir : Directeur Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) (1) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017 (3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017 (5) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017 (6) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2017</p>			

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	---	--------------------------

M0112	B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo -> 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CERLINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Services de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUZ Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Demato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.06 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)*
BERTHEL Marc (Gériatrie)
BORSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*
BOUSQUET Pascal
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétiq. / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Pédiatrie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLJENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétiq. / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Généraliste) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de
la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A mon président et directeur de thèse le Professeur Bernard CRIBIER, pour votre accompagnement dans ce travail de thèse, pour m'avoir permis de découvrir la dermatopathologie et l'histoire de la médecine et surtout pour votre enseignement de la dermatologie.

Au Professeur Dan LIPSKER, pour avoir m'avoir enseigné le raisonnement clinique et m'avoir permis de bénéficier de votre immense savoir.

Aux membres de mon jury, les professeurs Christian Bonah et Jean-Marie Le Minor, pour avoir accepté de juger mon travail et m'avoir fait découvrir l'histoire de la médecine.

Au Docteur Cédric LENORMAND, pour votre disponibilité, votre bienveillance et votre sens pédagogique qui ont été d'un soutien d'une valeur inestimable tout au long de mon internat.

A mes chefs de dermatologie et de médecine, pour m'avoir accompagné dans tous mes stages : Catherine, Laurence, Charles, Yanis, Pr Gottenberg, Olivier...

A mes co-internes, pour leur soutien dans toutes les situations : Guillaume, Camille, Emma, Elodie, Julie, Laure, Flavie, Alison, Antoine, Morgane, Gaëlle, Lynn, Oriane...

A Marion, ma sœur, amie, colocataire, présente en toutes circonstances depuis notre plus jeune âge.

A mes parents et mon frère Lucas, ainsi qu'à toute ma famille.

Aux « Lulus » strasbourgeoises et amiénoise, Charlotte, Gabrielle, Aline, Aurélie et Elise, amies fidèles depuis l'externat.

A tous ceux qui me sont chers et qui m'ont aidé à mener ce travail à bien.

Table des matières

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION	21
1. Historique de la dermatologie à Strasbourg depuis la Renaissance	21
2. Lucien-Marie Pautrier	23
2.1. Biographie	23
2.2. Activités et travaux scientifiques	24
2.3. Influence de Pautrier sur le service de dermatologie de Strasbourg.....	24
3. Les bâtiments et locaux de la Clinique Dermatologique de Strasbourg	25
4. Les Réunions spéciales de Strasbourg	25
5. Frédéric Woringer.....	26
6. La biopsie cutanée	27
7. Journaux et périodiques dermatologiques.....	28
DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODES	29
TROISIEME PARTIE : RESULTATS	30
Partie A : Généralités	30
1. Données disponibles.....	30
2. Lieux de consultations et origine du patient	30
3. Données épidémiologiques générales	31
4. Taille des lésions.....	32
Partie B : Détails par catégorie diagnostique	33
1.1. Généralités	33
1.2. Carcinome spinocellulaire (CSC) : « épithélioma spinocellulaire ».....	33
1.3. Carcinome basocellulaire (CBC) : « épithélioma basocellulaire ».....	34
1.4. Carcinomes variants des formes classiques de CBC et CSC	35
1.5. Lymphomes et hémopathies malignes	36
1.6. « Sarcomes »	37
1.7. Autres tumeurs malignes	39
1.8. Tumeurs bénignes.....	42
2. Dermatoses infectieuses	44
2.1. Mycobactérioses.....	45
2.2. Syphilis	53
2.3. Infections sexuellement transmissibles (IST) hors syphilis	55
2.4. Mycoses	56
2.5. Infections virales.....	58
2.6. Maladies parasitaires	59
2.7. Infections à germes pyogènes.....	60
2.8. Autres infections.....	60

3.	Dermatoses inflammatoires.....	60
3.1.	Erythème circiné de Darier.....	60
3.2.	Erythème noueux	61
3.3.	Lichens.....	61
3.4.	Autres dermatoses inflammatoires	63
4.	Pathologie du tissu conjonctif et de surcharge dermique	63
4.1.	Troubles du tissu élastique.....	63
4.2.	Troubles du tissu conjonctif : chéloïdes et cicatrices	64
4.3.	Maladies de surcharge.....	69
5.	Infiltrats dermiques	69
5.1	Granulomatose	69
5.2.	Urticaire pigmentaire	72
6.	Maladie des annexes et dermatoses faciales	72
6.1.	Dermatoses faciales : acné et rosacée	72
6.2.	Maladies des annexes cutanées.....	74
7.	Lésions vasculaires	76
7.1.	Purpura et vasculite.....	76
7.2.	Malformation vasculaires veineuses et lymphatiques.....	78
7.3.	Tumeurs vasculaires bénignes.....	79
7.4.	Insuffisance veineuse et lymphatique	80
7.5.	Autres lésions vasculaires.....	80
8.	Troubles de la différenciation épidermique	80
8.1.	Psoriasis.....	80
8.2.	Ichtyose.....	81
8.3.	Parakératose psoriasiforme	81
8.4.	Pityriasis rubra pilaire.....	82
8.5.	Psorosperme folliculaire végétante (actuelle maladie de Darier)	83
8.6.	Autres diagnostics.....	83
9.	Dermatoses spongiformes et prurit.....	83
9.1.	Eczéma	83
9.2.	Prurigo.....	84
9.3.	Lichénification circonscrite nodulaire chronique (ou lichen obtusus corné ou prurigo nodulaire).....	84
9.4.	Lichénification.....	85
9.5.	Pityriasis rosé de Gibert.....	85
9.6.	Erythrodermie.....	85
9.7.	Autres diagnostics.....	86

10. Maladies bulleuses	86
10.1. Pemphigus.....	86
10.2. Dermate polymorphe de Duhring et Brocq.....	87
10.3. Erythème polymorphe.....	87
10.4. Autres dermatoses bulleuses	87
11. Troubles pigmentaires	88
11.1. Hyperpigmentation	88
11.2. Hypopigmentation.....	89
11.3. Poïkilodermie.....	89
11. Ulcères.....	90
11.1. Ulcère de jambe.....	90
11.2. Ulcère génital.....	91
11.3. Ulcère sur radiodermite	91
11.4. Autres localisations d'ulcères.....	91
13. Lésion ganglionnaire.....	91
14. Diagnostics non dermatologiques et cas expérimentaux.....	93
14.1 Diagnostics non dermatologiques.....	93
14.2. Cas expérimentaux	93
Partie C : Données de la relecture histologique corrélées aux données cliniques.....	94
1. Lymphomes cutanés ou systémiques.....	94
2. Carcinomes	97
3. Autres tumeurs malignes	99
4. Tumeurs bénignes	102
5. Dermatoses infectieuses	104
5.1 Tuberculose.....	104
5.2. Syphilis	106
5.3. Infection virale	107
6. Dermatoses inflammatoires.....	108
6.1. Dermatose acantholytique.....	108
6.2. Maladie des annexes	108
6.3. Dermatose bulleuse.....	109
6.4. Troubles de la kératinisation.....	110
6.5. Granulomatoses.....	111
6.6. Autres diagnostics.....	113
7. Autres dermatoses	115
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION.....	116
1. Données générales	116

2.	Répartition des dermatoses	118
3.	Quelques diagnostics remarquables	120
3.1.	Lymphome et mycosis fongoïde.	120
3.2.	Tuberculose.....	122
3.3.	Epidémiologie de la syphilis	125
3.4.	Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann	126
3.5.	Dermatoses bulleuses.....	127
3.6.	Troubles du tissu conjonctif	129
3.7.	Lichénification circonscrite nodulaire chronique	132
3.8.	Maladie de Paget mammaire	133
3.9.	Réticulose lipomélanique	134
4.	Points forts et limites de notre étude	135
CINQUIEME PARTIE : CONCLUSIONS.....		136
ANNEXES		141
BIBLIOGRAPHIE.....		151

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1:	NOMBRE DE CAS ANALYSES AU LABORATOIRE D'HISTOLOGIE PAR ANNEE, ENTRE 1919 ET 1939.	31
FIGURE 2:	NOMBRE DE CAS PAR CATEGORIE DIAGNOSTIQUE	32
FIGURE 3:	CARCINOME EPIDERMOÏDE SUR RADIODERMITE (F270).	34
FIGURE 4:	CANCER DU SEIN AVEC METASTASES CUTANEEES (G127)	41
FIGURE 5 :	REPARTITION DES DERMATOSES INFECTIEUSES.	44
FIGURE 6 :	LUPUS TUMIDUS ULCEROBOURGEONNANT (F244).	48
FIGURE 7 :	LICHEN SCROFULOSORUM (F248).	50
FIGURE 8 :	MYCOSES CUTANEEES.	58
FIGURE 9 :	CHELOÏDES (F175).....	66
FIGURE 10 :	WHITE SPOT DISEASE : A (F286), B (G320).	68
FIGURE 11:	SYCOSIS LUPOÏDE DE LA BARBE (F268).	75
FIGURE 12:	A (G47) : HYPERPLASIE CONGENITALE DES CHEVEUX/ B (G89) : MALADIE DE FOX-FORDYCE.....	76
FIGURE 13:	DERMATITE PIGMENTAIRE PROGRESSIVE DE SCHAMBERG (F16).	78
FIGURE 14 :	LICHENIFICATION NODULAIRE CIRCONSCRITE CHRONIQUE (G428).	84
FIGURE 15 :	LICHENIFICATION SUR UN ECZEMA PALMOPLANTAIRE ANCIEN (F242).	85
FIGURE 16 :	ULCERE DE LA JAMBE SUR MOLLET ELEPHANTIASIQUE (F291).	90
FIGURE 17 :	COMPTE-RENDU HISTOLOGIQUE SOUS FORME DE LETTRE DE REPONSE AU MEDECIN ADRESSEUR (G358).	92
FIGURE 18 :	LAMES HISTOLOGIQUES.	94
FIGURE 19 :	PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE MYCOSIS FONGOÏDE.	96

FIGURE 20 : PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE CARCINOMES.	98
FIGURE 21 : PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE MALADIE DE PAGET.....	100
FIGURE 22 : PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE MELANOME.....	100
FIGURE 23 : PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE SARCOMES.	102
FIGURE 24: PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE TUMEURS BENIGNES.	103
FIGURE 25 : PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE TUBERCULOSE CUTANEE.....	105
FIGURE 26 : PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE SYPHILIS.	106
FIGURE 27 : PHOTOGRAPHIES CLINIQUES D'INFECTION VIRALE.	107
FIGURE 28 : PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE MALADIES DE DARIER ET DES ANNEXES.....	109
FIGURE 29 : PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE DERMATOSES BULLEUSES.	110
FIGURE 30 : PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE PSORIASIS.	111
FIGURE 31 : PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE MALADIE DE BESNIER-BOECK-SCHAUMANN.....	112
FIGURE 32 : PHOTOGRAPHIES CLINIQUES DE GRANULOMES ANNULAIRES.	112
FIGURE 33 : AUTRES DERMATOSES INFLAMMATOIRES.	114
FIGURE 34 : AUTRES DERMATOSES.	115
FIGURE 35 : PHOTOGRAPHIE HISTOLOGIQUE DE CARCINOME SPINOCELLULAIRE x10 (F237).	141
FIGURE 36 : PHOTOGRAPHIE HISTOLOGIQUE : MALADIE DE PAGET GROSSISSEMENT x10 (F408).	141
FIGURE 37: PHOTOGRAPHIE HISTOLOGIQUE : A (H199) : MELANOME DE TYPE SSM LATERALEMENT GROSSISSEMENT x10 (H199) ; B (H199) : PARTIE NODULAIRE x2,5.....	141
FIGURE 38 : PHOTOGRAPHIE HISTOLOGIQUE : NODULE DES TRAYEURS x20 (F431)	141
FIGURE 39 : PHOTOGRAPHIE HISTOLOGIQUE : MALADIE DE DARIER x40 (G242).....	141
FIGURE 40 : PHOTOGRAPHIE HISTOLOGIQUE : PEMPHIGUS x10 (F239).....	142
FIGURE 41 : PHOTOGRAPHIE HISTOLOGIQUE : ERYTHEME POLYMORPHE x2,5 (F191).....	142
FIGURE 42 : PHOTOGRAPHIE HISTOLOGIQUE : PSORIASIS x10 (F214).....	142
FIGURE 43 : PHOTOGRAPHIE HISTOLOGIQUE : SARCOÏDOSE x10 (G345).....	142
FIGURE 44 : PHOTOGRAPHIE HISTOLOGIQUE : GRANULOME ANNULAIRE x2,5 (H130).....	142
TABLEAU 1 : LYMPHOMES CUTANES ET SYSTEMIQUES.	143
TABLEAU 2 : CARCINOMES.	144
TABLEAU 3 : AUTRE TUMEURS MALIGNES.	144
TABLEAU 4 : TUMEURS BENIGNES.	146
TABLEAU 5 : DERMATOSES INFECTIEUSES.	146
TABLEAU 6 : DERMATOSES INFLAMMATOIRES.	148
TABLEAU 7 : AUTRES DERMATOSES.	150

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION

La dermatologie à Strasbourg a connu un essor particulier à la fin de la première guerre mondiale, avec la réorganisation de la faculté de médecine, qui redevient française. Lucien-Marie Pautrier, à son arrivée à Strasbourg en 1919, nommé à la chaire de dermatologie, en sera en grande partie responsable. Dès son arrivée, il crée un enseignement dynamique de la dermatologie, et développe l'activité histologique qu'il exerçait déjà au sein du laboratoire de l'hôpital Saint-Louis à Paris dirigé par Louis Brocq, dont il était l'élève.

L'objectif de notre travail est d'effectuer un recueil exhaustif de l'activité du laboratoire d'histologie de la Clinique dermatologique de Strasbourg, sous la direction de Pautrier, entre 1919 et 1939 ; ainsi que de confronter les données cliniques (obtenues par photographie des patients) et histologiques des cas à une lecture actuelle des lames, afin de confirmer ou non les diagnostics posés initialement. Nous débuterons cet exposé par quelques rappels historiques sur la dermatologie à Strasbourg, avant de détailler les données du recueil des 2222 cas histologiques analysés durant cette période et les résultats de la relecture actuelle des lames correspondantes. A l'aide de ces cas anatomocliniques et des données publiées à cette époque, nous étudierons la répartition des dermatoses des années 1920 et 1930, l'état et l'évolution des connaissances théoriques et histologiques en dermatologie et préciserons l'histoire des principales pathologies, afin de discuter le rôle de l'école strasbourgeoise de Pautrier dans le développement des connaissances dermatologiques.

1. Historique de la dermatologie à Strasbourg depuis la Renaissance

La dermatologie n'est devenue une science médicale que vers le XVIIIème siècle avec les débuts de la classification des maladies cutanées, pourtant fréquentes et affichantes. A la

Renaissance, c'est l'arrivée de la syphilis en Europe à la fin du XV^{ème} siècle, qui a permis le développement de lieux d'hospitalisation destinés aux syphilitiques, dont les manifestations dermatologiques étaient au premier plan. En 1502, une maison au sein du quartier des tanneurs à Strasbourg a ainsi été créée, donnant le nom de « Petite France » au quartier, lieu où l'on soignait et attrapait le « mal français ». Cette « Blatterhaus » (« maison des pustules »), fut utilisée jusqu'en 1789, date de son transfert dans l'Hôpital civil.

Au XIX^{ème} siècle, l'activité dermatologique était centrée sur les maladies infectieuses et vénériennes. Un service de traitement des faveuses fut ainsi créé en 1794, et le service des maladies de la peau de l'Hôpital était dirigé par le chirurgien en chef puis par un médecin (Ristelhueber), fervent défenseur de l'idée que chaque maladie vénérienne était causée par un agent infectieux propre, distinguant notamment la syphilis ou la blennorragie. Le premier cours complémentaire de spécialité créée en France fut celui de dermatologie en 1837, dont les cours furent assurés par Schutzenberger. La clinique dermatologique fut finalement créée en 1842, occupant deux bâtiments au sein de l'Hôpital civil.

A partir de 1870, l'Alsace fut annexée à l'Allemagne, et la faculté allemande de Strasbourg, inaugurée en 1872, devint *La Reichsuniversität*, et la clinique dermatologique « *Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten* ». Sa direction fut confiée à Frédéric Wieger (ancien professeur de la faculté française), puis à Alfred Wolff, jusqu'en 1916, dont les travaux portèrent sur la syphilis, notamment congénitale, et enfin à Georg Arndt, qui fut l'élève de Louis Brocq à Paris. Plusieurs éminents professeurs allemands contribuèrent au rayonnement de Strasbourg dans le domaine de la dermatologie à cette période : Von Recklinghausen (description de la neurofibromatose en 1882), Kussmaul (description de la périartérite noueuse en 1866), Unna (premier traité d'histopathologie cutanée), Ehrlich (traitement

antisyphilitique), Von Wassermann, qui donna son nom à la sérologie de diagnostic de la syphilis (réaction de Bordet-Wassermann).

En 1918, l'Alsace-Lorraine redevint française, et l'Université française de Strasbourg fut inaugurée le 22 novembre 1919. George Weiss fut élu doyen de la faculté de médecine française et chargé de la réorganiser et de recruter les enseignants des différentes disciplines. La chaire de dermatologie fut créée la même année, et proposée à Lucien-Marie Pautrier (1).

2. Lucien-Marie Pautrier

2.1. Biographie

Lucien-Marie Pautrier était un médecin français, né à Aubagnes dans les Bouches-du-Rhône le 03 août 1876, et décédé à Strasbourg le 09 juillet 1959. Il débuta ses études médicales à Marseille, puis rejoignit la capitale dès sa deuxième année de médecine. Il fut l'élève du dermatologue Emile Leredde, lui-même élève de Besnier. Il s'intéressa rapidement à la dermatologie et sa thèse, en 1903, porta sur l'étude des tuberculoses cutanées atypiques. Il devint l'assistant de Louis Brocq, puis chef de laboratoire jusqu'en 1914, à l'hôpital Saint-Louis à Paris.

Pendant la première guerre mondiale, il exerça en tant que médecin d'un régiment d'artillerie. En 1916, il fut affecté à Bourges, où il organisa le premier dispensaire antivénérien pour les civils, qu'il nomma le « service annexe ». Après la guerre, en 1919, il fut nommé titulaire de la chaire de dermatologie à Strasbourg par le doyen Georges Weiss, conseillé par Jean Darier. Dans l'entre-deux-guerres, entre 1919 et 1939, il organisa l'activité médicale et universitaire du service de dermatologie et contribua à son développement et à

son rayonnement. En 1939, à la déclaration de la deuxième guerre mondiale, il participa à la délocalisation de la faculté de médecine de Strasbourg en Dordogne, à Clairvivre. Il accepta la chaire de dermatologie proposée par l'université de Lausanne en 1942, qu'il occupa jusqu'en 1945. Il revint à Strasbourg en 1945, jusqu'en 1946, année de sa retraite (1, 2).

2.2. Activités et travaux scientifiques

La dermatologie française lui doit beaucoup, grâce à ses nombreux travaux publiés pendant toute sa carrière. Sa thèse en 1903 a porté sur les tuberculoses cutanées atypiques, ce qui lui a valu d'être distingué par Louis Brocq. En 1913, il décrivit l'angiolupoïde et en 1916 la glossite losangique médiane avec l'aide de Brocq. En 1940, il publia un ouvrage de synthèse intitulé « la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann », c'est d'ailleurs lui qui a ainsi nommé la sarcoïdose (3).

Il s'est également intéressé aux lymphomes cutanés et au mycosis fongoïde, dont le signe histologique caractéristique de « micro-abcès » lui a été attribué, à tort. Il publia des travaux sur les lichénifications circonscrites nodulaires chroniques, le naevus sébacé, la réticulose lipomélanique, la dermatite chronique atrophiante, les chéloïdes...

2.3. Influence de Pautrier sur le service de dermatologie de Strasbourg.

En 1919, il s'installe à Strasbourg ; dès le 26 juin 1919, il créa la *Ligue antivénérienne d'Alsace et de Lorraine*, sur le modèle de celle qu'il avait créée à Bourges, et confia la responsabilité médicale des prostituées hospitalisées à Albert Schweitzer. En 1921, il créa la première filiale provinciale de la société française de dermatologie et de syphiligraphie (SFDS), sur le principe d'une journée de réunion de la SFDS « délocalisée » à Strasbourg. En 1922, il fut à l'origine de la réalisation d'un cours complémentaire de dermatologie et de vénérologie à la faculté de Strasbourg. En 1930 a lieu l'inauguration de la nouvelle clinique dermatologique

de Strasbourg, dont la construction a démarré en 1927 sous son impulsion, financée par l'Etat, au titre de la ligue antivénérienne.

3. Les bâtiments et locaux de la Clinique Dermatologique de Strasbourg

Après la première guerre mondiale, les hospices civils se modernisèrent peu à peu. La dermatologie était située dans l'actuel bâtiment de l'Institut d'hygiène et de l'amicale des étudiants en médecine. A la fin de la guerre, elle fut transférée dans le service dédié aux maladies épidémiques (construit en 1906), qui deviendra l'annexe de la clinique ou « petite dermatologie ». Ce bâtiment, détruit en 1999, hébergeait les services de consultations externes, d'hospitalisations pour les hommes (salle 140) et d'hôpital de jour. Comme on manquait de place, Pautrier dessina les plans d'un nouveau bâtiment, dont la construction débuta en 1927 sur un terrain offert par les Hospices civils et financé par l'Etat. Le « dermato-palace » fut inauguré en 1930. Il est construit selon le modèle allemand des cliniques universitaires, regroupant en un même lieu les services d'accueil des malades, les locaux universitaires (amphithéâtre, bibliothèque) et le laboratoire d'histopathologie, sur 3 étages. Ce service pouvait accueillir 60 patients (4).

4. Les Réunions spéciales de Strasbourg

A partir de 1927, Pautrier organisa chaque année la « Réunion de Strasbourg » ou « Réunion spéciale », c'est à dire une journée de réunions de la société française de dermatologie délocalisée à Strasbourg. Il s'agissait de journées thématiques, centrées sur un sujet précis, avec la participation des plus grands spécialistes du domaine. Ces séances étaient publiées

dans le Bulletin de la société française de dermatologie, de même que les « Réunions dermatologiques de Strasbourg » (RDS) pluriannuelles.

Les sujets étaient (5) :

- 1927 : le lichen plan.
- 1928 : le chancre mou.
- 1929 : les atrophies cutanées et les sclérodermies.
- 1930 : le traitement de la syphilis par le Bismuth.
- 1931 : la maladie de Nicolas-Favre.
- 1932 : les sérologies irréductibles.
- 1933 : l'épidémiologie de la syphilis.
- 1934 : les sarcoïdes.
- 1935 : le système nerveux de la peau.
- 1936 : la syphilis expérimentale.
- 1937 : les granulomatoses. C'est à cette occasion qu'il baptise la sarcoïdose maladie de Besnier-Boeck- Schaumann.
- 1938 : l'érythème noueux.
- 1939 : le lupus érythémateux.

En 1940, alors que la faculté de Strasbourg est délocalisée à Clairvivre, il organisa une journée dermatologique de Strasbourg à Bordeaux.

5. Frédéric Woringer

Frédéric Woringer (1903-1964) est né à Strasbourg alors que l'Alsace était allemande. Il débuta ses études de médecine en 1922, fut externe des Hôpitaux de Paris avant d'être reçu

premier au concours de l'internat en 1926. Il rejoignit ensuite Strasbourg en 1927, où il resta jusqu'à son décès. Pendant son internat, il étudia l'anatomopathologie avec Masson. Sa thèse porta sur les granulomes à corps étrangers de la peau.

Il fut, dès son arrivée, le principal responsable du laboratoire d'histologie de la clinique dermatologique de Strasbourg, y consignait lui-même la plupart des cas, de façon manuscrite, en y inscrivant la date, le nom, l'âge du patient et le diagnostic histologique final. Pour les cas les plus intéressants, une description clinique, souvent très détaillée, était retranscrite. Le compte-rendu histologique n'y figurait que très rarement, éventuellement sous forme d'une lettre de réponse au médecin adresseur de la biopsie.

Il mit au point le système de classement des lames histologiques par diagnostic et non par date, permettant d'avoir accès rapidement à l'ensemble des cas d'un diagnostic précis, intéressant sur le plan pédagogique. Il devint le chef du service en 1956, à la suite de Jean Roederer, jusqu'à son décès en 1964. Il publia de nombreux travaux, notamment avec Pautrier, sur les chéloïdes, la réticulose lipomélanique, etc. Son nom est rattaché à la maladie de Woringer-Kolopp, une variété de mycosis fongoïde. Il décrivit l'histiocytome, ainsi que sa variante l'« histiocytome xanthélasmié ». (1, 3, 6).

6. La biopsie cutanée

La biopsie cutanée fut inventée par Besnier, mais son utilisation rendue courante par Darier (3). Auparavant, le diagnostic en dermatologie n'était posé que par l'anamnèse et la description sémiologique des lésions cutanées. En pratique, les biopsies étaient de grande taille, au bistouri, jusqu'au plan sous-cutané, comme recommandé par Aubry dans une note parue dans le Bulletin de la Société française de Dermatologie en 1896 (7) : le fil de suture devait passer profondément afin d'éviter la désunion de la cicatrice et une évolution

hypertrophique. Les prélèvements cutanés étaient fixés dans le formol ou le liquide de Bouin, puis mis en paraffine (8). Darier joua un rôle majeur dans le développement de l'utilisation de la biopsie en dermatologie, notamment lorsqu'il écrivit en 1900, dans « La Pratique dermatologique » qu'« il y a des cas, véritablement nombreux en pratique, où la biopsie s'impose comme un devoir au médecin vis-à-vis de son malade », afin de poser un diagnostic précis, notamment dans le domaine des tumeurs (9). Il fut également le fondateur de la corrélation anatomoclinique, méthode qui consiste à confronter les données cliniques et histologiques afin d'obtenir un diagnostic précis, enseignement repris par Pautrier (3).

7. Journaux et périodiques dermatologiques

Le Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie fut créé en 1890. Il parut jusqu'en 1926, puis devint « Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie et de ses filiales » de 1927 à 1941. Il fusionna ensuite avec les « Annales de dermatologie et de syphiligraphie » (créées en 1869) en 1942 pour devenir « Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie », jusqu'en 1947. Après une nouvelle séparation en 1948 puis une fusion en 1976, le titre définitif et actuel devint « Annales de dermatologie et de vénérologie » (10).

Les numéros du Bulletin de la société française de Dermatologie (BFSD) paraissaient annuellement, et comprenaient les comptes-rendus des réunions dermatologiques pluriannuelles de Strasbourg, Nancy et Lyon.

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODES

Nous avons effectué un relevé systématique de l'ensemble des cas d'histopathologie cutanée consignés dans les registres archivés à la clinique dermatologique de Strasbourg. Ces registres recensent l'ensemble des cas pour lequel une analyse histologique a été effectuée au sein du laboratoire d'histologie du service de dermatologie. Nous avons analysé les registres numérotés D, E, F, G et H, consignant les cas diagnostiqués entre 1919 et 1939, dans l'entre-deux guerres.

Pour chaque cas, nous avons noté : la date et l'année, l'âge et le sexe du patient, le diagnostic final retenu. Si des informations supplémentaires étaient disponibles, nous avons également relevé : description clinique, durée d'évolution de la dermatose, prise ou non d'une photographie du patient, lieu de consultation, traitement éventuel, réalisation d'examens complémentaires, compte-rendu histologique détaillé, existence d'un document publié se rapportant au cas.

Afin de réaliser une confrontation anatomoclinique, nous avons relu, avec le Pr Cribier, l'ensemble des lames histologiques de l'époque pour lesquelles une photographie clinique était disponible dans le dossier. Toutes ces lames étaient conservées au sein du laboratoire actuel de dermatopathologie de Strasbourg, classées par diagnostic.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

Partie A : Généralités

1. Données disponibles

Cinq registres manuscrits, numérotés de D à H, étaient conservés, de 500 pages chacun, à raison d'une page par cas histologique, l'année 1939 s'interrompant au 251^{ème} cas dans le registre H, à la date du 11 août. Pour chaque page étaient recensés au minimum la date, le nom, le sexe, l'âge du patient, et le diagnostic final retenu. Pour certains cas, il s'y ajoutait une anamnèse avec les antécédents du patient, une description clinique des lésions, une photographie (426 cas photographiés dont 119 photographies conservées dans les registres), un éventuel traitement (113 cas), des examens complémentaires (163 cas) un compte-rendu histologique (73 cas), la lettre du médecin adresseur et le courrier en réponse. Les cas présentés aux RDS ou publiés étaient signalés dans les registres, avec la date et l'intitulé de la communication (110 cas).

2. Lieux de consultations et origine du patient

Le plus souvent (66%), le lieu de consultation n'était pas précisé. Lorsqu'il était précisé, il s'agissait de la polyclinique du service de dermatologie (63 cas), du service d'hospitalisation (salle 140 notamment) pour 333 patients (15%), de patients adressés d'autres services de l'hôpital civil (clinique médicale A ou B, clinique chirurgicale A ou B, gynécologie, ORL, psychiatrie, neurologie : 69 cas). Certains cas étaient adressés par courrier manuscrit avec une description clinique du patient, rarement accompagné d'une photographie, pour avis histologique d'Alsace, de Metz (Dr Kolopp), d'autres villes européennes (Bruxelles, Munich, Vienne, Pologne, Barcelone), ou d'Afrique (Côte d'Ivoire, Congo), soit 167 cas au total. Il

était fréquent que le médecin prescripteur demande une lame en retour, ce qui prouve un intérêt particulier pour l'anatomie-pathologie.

3. Données épidémiologiques générales

Nous avons relevé 2222 cas, entre 1919 et 1939, avec une activité croissante, allant de 85 cas en 1920 à 147 cas en 1938, avant d'être stoppée par la deuxième guerre mondiale en août 1939. Le sex-ratio était de 1,4. L'âge moyen au diagnostic était de 40 ans. La durée moyenne d'évolution de la dermatose était de presque 4 ans.

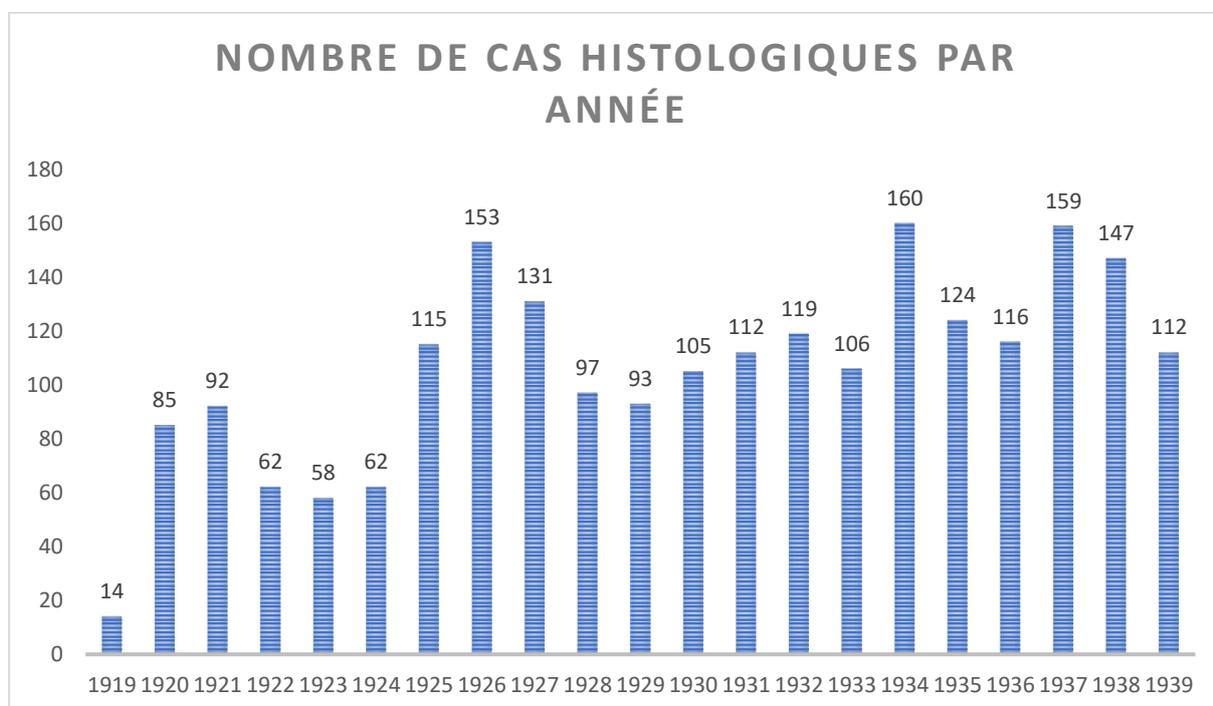


Figure 1: nombre de cas analysés au laboratoire d'histologie par année, entre 1919 et 1939.

Les dermatoses les plus fréquentes étaient les lésions tumorales (761 cas, soit 34%), suivies des infections (501 cas soit 23%, dont 45% de tuberculose, 21% de syphilis et 6% d'autres infections sexuellement transmissibles (IST)). Les autres diagnostics étaient : dermatoses inflammatoires (117 cas soit 5%), troubles du tissu conjonctif dont les chéloïdes et cicatrices (102 cas soit 5%), troubles de la différenciation épidermique (77 cas soit 3%), lésions

vasculaires (88 cas soit 4%), infiltrats dermiques dont les granulomatoses (75 soit 3%), maladie des annexes (68 cas soit 3%), dermatoses spongiformes (73 cas soit 3%), troubles pigmentaires (28 cas soit 1%), maladie bulleuse (33 cas soit 1%), ulcère (30 soit 1%), lésions ganglionnaires (12 soit 0,5%), cas non dermatologiques (30 cas soit 1%), cas expérimentaux (38 cas soit 2%). Cent quatre-vingt-douze cas n'étaient pas classés, soit 9%.

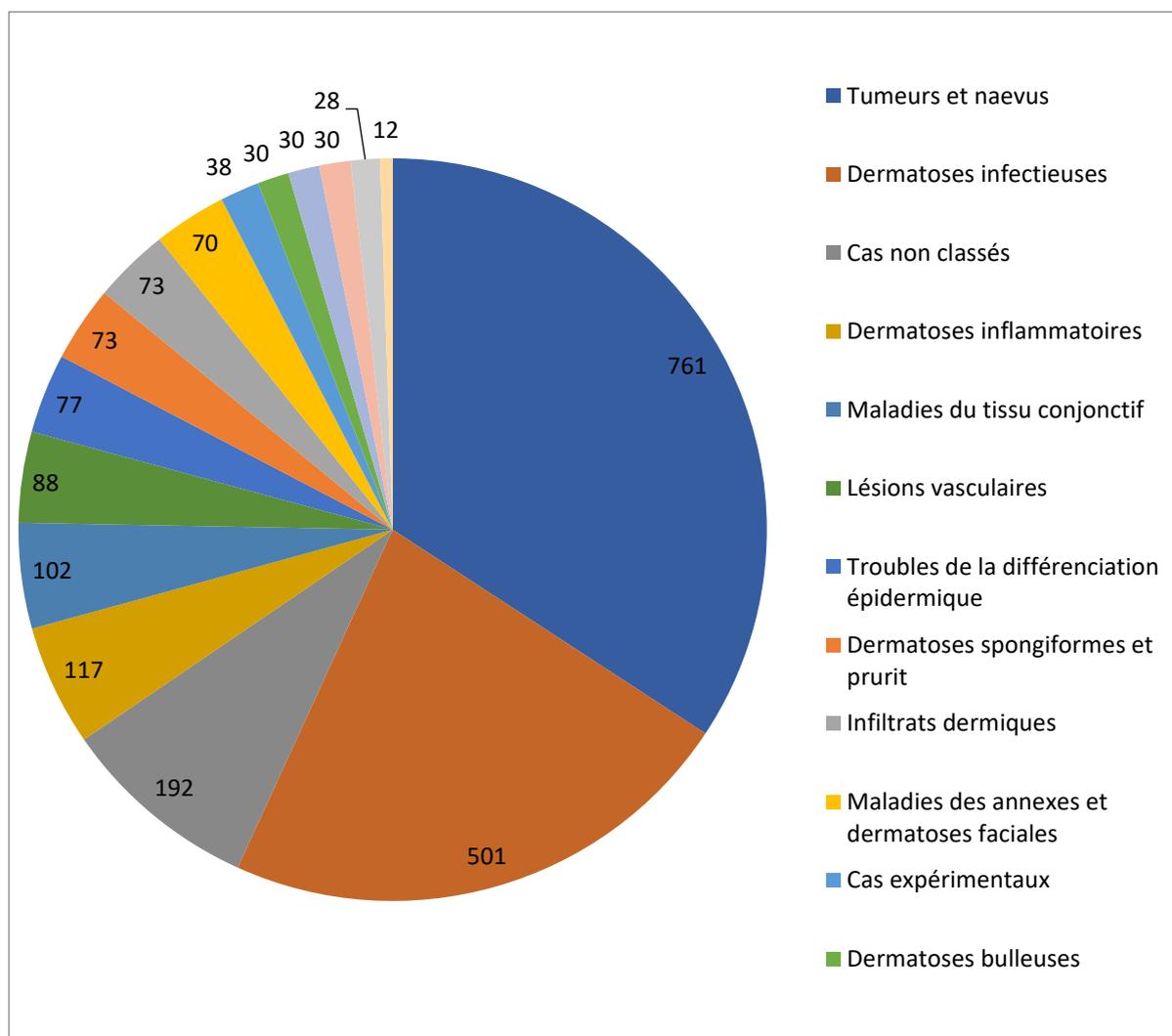


Figure 2: nombre de cas par catégorie diagnostique

4. Taille des lésions

La taille des lésions élémentaires était décrite de façon imagée, en comparant la taille de la lésion à divers objets ou aliments plutôt qu'une mesure directe en centimètres : tête

d'épingle, grain de blé, lentille, pois vert, noisette, noix, amande verte, noyau de prune, cerise, mirabelle, pièces de monnaie de valeur variable, œuf de poule, œuf de dinde, tomate, paume de main, tête d'enfant.

Partie B : Détails par catégorie diagnostique

1. Tumeurs et naevus

1.1. Généralités

Nous avons relevé 761 cas classés en tant que tumeur, bénigne ou maligne, ou naevus. Il s'agissait de patients âgés en moyenne de 51 ans (4 à 86 ans), 273 femmes et 350 hommes. La durée moyenne d'évolution était de 47 mois (4 ans). Une photo a été prise chez 117 patients, et était dans le registre dans 39 cas. Pour 30 cas, le compte rendu histologique était détaillé. Un traitement était spécifié dans 66 cas : exérèse chirurgicale (30 cas), radiothérapie (14 cas), électrocoagulation (18 cas). Trente-trois cas étaient survenus sur une lésion préexistante : radiodermite (irradiation d'un lupus ou d'une maladie de Pick-Herxheimer, 11 cas), lupus érythémateux ou tuberculeux évoluant depuis de nombreuses années (20 cas), brûlure (1 cas), leucoplasie (1 cas).

1.2. Carcinome spinocellulaire (CSC) : « épithélioma spinocellulaire »

Nous avons relevé 146 cas de CSC, chez 93 hommes et 37 femmes, d'âge moyen 54 ans (9 à 84 ans). Aucune précision n'était disponible pour le cas de l'enfant de 9 ans. Cliniquement, les lésions n'étaient le plus souvent pas décrites : seul le diagnostic final était donné. Lorsque la sémiologie était précisée, il s'agissait de lésions bourgeonnantes, ulcérées, indurées, kératosiques, situées de façon prédominante sur l'extrémité céphalique (lèvre, front, oreilles,

face). Chez 27 patients, il était précisé que le CSC était secondaire à une lésion sous-jacente ou un terrain particulier : xeroderma pigmentosum (1 cas), post radiothérapie (5 patients, en traitement d'un lupus), sur lupus ancien (20 patients, dont 2 étaient qualifiés de « lupus-carcinome ») ou brûlure (1 cas, 24 ans après). Nous avons 10 cas de carcinomes métatypiques, dont 2 développés sur un lupus et un chez un agriculteur. Le traitement n'est précisé que pour 9 cas : exérèse chirurgicale ou électrocoagulation. Le compte rendu histologique est précisé pour 8 cas. Parmi les termes histologiques utilisés, nous avons noté : proliférations malpighiennes anarchiques en boyaux infiltrants, globes cornés, monstruosités cellulaires, mitoses, stroma-réaction lymphoplasmocytaire.



Figure 3: carcinome épidermoïde sur radiodermite (F270).

Le CSC est secondaire à une irradiation d'un lupus depuis l'âge de 3 ans. La prolifération ulcérobourgeonnante est apparue à l'âge de 39 ans, soit 23 ans après l'irradiation.

1.3. Carcinome basocellulaire (CBC) : « épithélioma basocellulaire »

Nous avons relevé 114 cas de carcinomes basocellulaires, chez des patients d'âge moyen 57 ans (30 à 81 ans), avec un sex-ratio de 1, évoluant depuis environ 4 ans en moyenne. Pour 17

patients, le traitement était précisé : exérèse chirurgicale (6 cas), radiothérapie (5 cas), électrocoagulation (7 cas), cryothérapie (neige carbonique : 1 cas, échec). Pour 2 cas, il est signalé que le CBC est survenu sur un lupus ancien. De la même façon que les cas de CSC, la description clinique n'était pas précisée dans le registre, seul le diagnostic y figurait. Parmi les cas décrits, nous avons relevé des lésions nodulaires, ulcérées, à bordure lisse et translucide, parfois télangiectasique, d'aspect scléro-cicatriciel (2 cas), pigmentées (3 cas), sur l'extrémité céphalique principalement (nez, tempe, oreille, joue). Nous avons 5 cas définis comme épithélioma pigmentaire.

Deux cas de CBC ont été présentés aux RDS : un cas décrit comme « pseudogommeux » (F197) et le second comme « pseudokystique » (F223). Pour deux cas, il y avait un compte rendu histologique (G51 et G143), sous la forme d'une lettre de réponse au médecin demandeur de l'examen, il n'y a pas de description précise, seul le diagnostic, considéré comme évident, est écrit.

1.4. Carcinomes variants des formes classiques de CBC et CSC

Nous en avons relevé 88 cas, chez des patients d'âge moyen 59 ans, avec un sex-ratio d'environ 1, dont la durée moyenne d'évolution était d'environ 2 ans. Les traitements réalisés étaient une exérèse chirurgicale (6 cas) ou une électrocoagulation (1 cas).

Les cas étaient intitulés : « épithélioma » sans autre information (48 cas) dont il est précisé une lésion préexistante pour 3 cas (radiodermite et lupus), qui évoquerait un CSC, « épithéliomatose multiple » (7 cas), « épithélioma lobulé » (7 cas, 4 hommes et 1 femme, de plus de 50 ans), « épithélioma glandulaire » (2 cas, de sujets de plus de 60 ans), « épithélioma papillaire » (3 cas, de sujets de plus de 70 ans, dont un développé sur

leucoplasie de la muqueuse jugale) , « épithélioma métastatique » (2 cas : 1 femme de 25 ans et 1 homme de 76 ans).

De façon plus anecdotique, nous avons relevé les diagnostics suivants : épithélioma sudoripare (2 cas), épithélioma cylindromateux ossifié (1 homme de 37 ans), « cancroïde » (3 cas, 2 labiaux et un sur le cuir chevelu), « épithélioma cylindrique métastatique » (un homme de 44 ans).

1.5. Lymphomes et hémopathies malignes

Nous avons relevé 63 cas, chez 32 hommes et 23 femmes, d'âge moyen 45 ans (13 à 79 ans) dont la dermatose évoluait de 1 mois à 25 ans, avec une durée moyenne d'évolution d'environ 4 ans. Il n'est précisé aucun traitement.

Les diagnostics étaient les suivants :

- 39 cas de mycosis fongoïde, dont un au stade tumoral (sex-ratio de 1), entre 19 et 79 ans. Les tableaux cliniques sont très polymorphes : tumeur unique (17 cas), tumeurs multiples (9 cas), plaques infiltrées (3 cas), érythrodermie (3 cas), éruption parakératosiforme (1 cas), éruption eczématiforme (1 cas), 3 cas sans précision sémiologique.
- 8 cas de maladie de Hodgkin et 1 lymphome sans autre information, entre 31 et 51 ans : pour 7 cas, il s'agissait d'un diagnostic porté sur l'analyse histologique d'une adénopathie tumorale, avec des signes généraux précisé dans 1 cas (fièvre, altération de l'état général, hépatosplénomégalie) mais sans atteinte cutanée. Pour 1 patient, il s'agissait d'une autopsie. Les 2 autres avaient une atteinte cutanée à type d'érythème circiné, ou de nodules tumoraux. Un prurit initial était signalé pour 2 patients.

- 6 érythrodermies pré-mycosiques : il était décrit une érythrodermie squameuse évoluant depuis plusieurs années, non spécifique, avec polyadénopathie.
- Un cas de lymphogranulomatose maligne (sans précision).
- Parapsoriasis en plaque (3 cas), parapsoriasis lichénoïde (3 cas).
- 2 cas de leucémides cutanées sous forme de tumeurs multiples et polyadénopathie.

1.6. « Sarcomes »

Nous avons 41 cas classés en tant que sarcomes (13 femmes et 19 hommes), entre 22 et 75 ans, dont la dermatose évoluait depuis quelques jours à plusieurs années. Les lames histologiques étaient rangées dans les boîtes intitulées : « sarcomes musculaire », « sarcomes hématopoïétiques » ou « sarcome de Kaposi ». Le traitement était précisé dans 2 cas : radiothérapie (lymphosarcome et réticulosarcome). Il était précisé qu'un cas de sarcome fibroblastique était survenu sur une radiodermite.

Les diagnostics posés étaient les suivants :

- **Sarcome lymphoblastique (ou lymphosarcome)** : nous en avons relevé 9 cas, de patients âgés de 26 à 75 ans, d'âge moyen 50 ans, avec un sexe-ratio de 1. Cliniquement, il s'agissait de tumeurs saillantes, le plus souvent multiples, disséminées sur le tronc, les membres ou le visage. Un patient avait un tableau clinique associant signes généraux avec fièvre, angine et éruption papuleuse ortiée. Il y avait une description histologique pour 3 cas : infiltrat du derme moyen et profond par des nappes de grandes cellules rondes, au gros nucléole, avec de nombreuses mitoses. Pour un cas, il y avait un envahissement ganglionnaire avec rupture capsulaire.

- **Sarcome myoblastique ou musculaire** (4 cas) : cliniquement, il s'agissait d'un groupe polymorphe : une tumeur saignant facilement, localisée au front, un myosarcome utérin, de lésions molles multiples des 2 mains, et d'une plaque infiltrée télangiectasique de la narine (rhadomyosarcome).
- **Sarcome fusocellulaire** (un cas) : un homme de 61 ans, adressé de Tunis, avec une tumeur cutanée de sémiologie non précisée et une métastase vésicale.
- **Sarcome de Kaposi** : 10 cas, tous des hommes, d'âge inconnu. Quatre cas avaient été adressés pour avis de Léopoldville, Constantine, de Sofia et du Portugal, sans précision sur le contexte clinique. Cliniquement, les lésions étaient des nodules sous-cutanés, superficiels ou profonds, disséminés sur le corps (tronc, membres supérieurs et inférieurs), sans notion de coloration bleutée-violacée.
- **Réticulosarcome ou sarcome « histiocytaire** : 4 cas d'hommes âgés de 25 à 72 ans. Pour deux cas, il s'agissait de lésions ulcérées cratériforme du scrotum et de l'éminence thénar, profondes. Un patient avait une masse axillaire sous-cutanée avec envahissement ganglionnaire, dont le diagnostic de mélanome était évoqué mais réfuté par l'absence de mélanine. Deux descriptions histologiques étaient disponibles : une prolifération de cellules fusiformes courtes et trapues, « bizarres et monstrueuses » (intitulé sarcome histiocytaire) ; prolifération de cellules rondes de grande taille, aux nombreuses atypies et mitoses avec envahissement ganglionnaire.
- **Mélanosarcome** : il s'agissait du cas d'un homme de 26 ans, dont l'analyse histologique a porté sur une adénopathie cervicale sans information complémentaire.
- **Myxo-chondro-ostéosarcome** : un cas, diagnostiqué par curetage de l'os du calcanéum.

- **Sarcome fibroblastique** : 2 cas dont celui d'une femme de 29 ans avec une lésion de radiodermite, surmontée d'une lésion ulcérée et bourgeonnante.
- **Sarcomatose indéterminée** (5 cas) : hommes âgés, de 64 ans. Les tableaux cliniques étaient polymorphes : une atteinte ganglionnaire sans notion de dermatose associée caractérisée d'état « subleucémique », une tumeur dermique unique de la cuisse, évoluant vers une leucémie myéloïde et le décès, des tumeurs multiples du cuir chevelu, avec une évolution fatale également (G 288), un cas généralisé, et un cas sans précision.
- **« Dermatofibrome progressif de Darier-Ferrand »** (4 cas) : femmes, jeunes, entre 25 et 57 ans. La durée d'évolution était très prolongée, de 25 ans, pour une patiente. Les descriptions cliniques étaient variées : une tumeur étendue, en plaque et nodulaire ; une tumeur pédiculée ; une plaque sclérodermiforme à surface mamelonnée. Un des cas, celui adressé de Bruxelles, est accompagné d'une description histologique : tumeur dermique faite de cellules fusiformes, disposée en tourbillons, accompagnée de collagène, séparée de l'épiderme par un bande de tissu conjonctif sain.

1.7. Autres tumeurs malignes

Nous avons recensé 92 cas d'autres tumeurs malignes, avec un sex-ratio de 0,5, de patients âgés de 51 ans en moyenne, entre 4 et 86 ans.

1.7.1. Mélanome

Nous avons relevé 14 cas, avec une nette prédominance féminine (sex-ratio de 0,5), chez des patients âgés de 45 ans en moyenne (8 (mélanome juvénile de la joue) à 63 ans). Cliniquement, il s'agissait d'une lésion nodulaire développée sur une macule pigmentée dans 2 cas, d'une tumeur survenue sur un naevus congénital (1 cas), de multiples lésions cutanées

ulcérées sur les membres inférieurs. Pour 4 cas, les intitulés étaient : mélanocarcinome, nævocarcinome et tumeur mélanique.

1.7.2. Maladie de Paget mammaire ou extra-mammaire

Nous relevons 17 cas de maladie de Paget, diagnostiqués entre 1924 et 1936, chez des patients d'âge moyen 58 ans, dont 2 hommes ayant une forme extra-mammaire. La dermatose évoluait depuis plusieurs mois à années. Pour 7 cas, il y avait un cancer du sein sous-jacent, dont 2 au stade de métastase ganglionnaire. Cliniquement, les lésions étaient des plaques péri-aréolaires, avec parfois une destruction complète du mamelon, d'aspect eczématiforme, rouge-sombre, érosives, suintantes et croûteuses, infiltrées. Les diagnostics différentiels étaient un eczéma chronique ou un envahissement cutané d'un cancer du sein. Le traitement évoqué consistait en une ablation mammaire, parfois associé à un curage axillaire ganglionnaire.

1.7.3. Lésions précancéreuses et dermatoses prédisposant au cancer.

Nous en relevons 22 cas, des patients d'âge moyen 53 ans, avec un sex-ratio d'environ 2.

- Erythroplasie de Queyrat : 4 cas décrits comme une lésion du gland rouge, infiltrée, nettement limitée. La description histologique évoquait une désorganisation architecturale et des mitoses étagées sur toute la hauteur de l'épiderme.
- Leucoplasie : 10 cas sous la forme d'une lésion blanche adhérente de la muqueuse labiale, jugale ou vulvaire, croûteuse voire bourgeonnante. L'analyse histologique était la suivante : parakératose, acanthose épidermique, mitoses et désorganisation architecturale en faveur d'une transformation maligne.
- Corne cutanée : 3 cas : lésion kératosique sur base indurée ou érythémateuse, au niveau du visage.

- Kératose arsénicale : 1 cas.
- Maladie de Bowen : 2 cas dont un ayant des lésions multiples du tronc, croûteuses, psoriasiformes, et l'autre une lésion vulvaire non précisée.
- Xeroderma pigmentosum : 2 cas, d'enfants âgés de 4 ans : les lésions biopsiées étaient des tumeurs infiltrées du visage.

1.7.4. Cancers extra-cutanés

Nous avons relevé 22 cas de cancer extra-dermatologique, provenant de pièces opératoires adressés par les différents services de l'hôpital pour avis histologique au laboratoire de dermatologie. Il y avait 10 cas de cancer du sein dont 3 avec un envahissement cutané local faisant suspecter une maladie de Paget mammaire, et un au stade d'adénopathie métastatique, et un cas chez un homme ; 2 cancers de la vulve ; 2 cas de cancer de la gorge avec atteinte ganglionnaire et métastases cutanées ; 4 cas de tumeur ovarienne dont un avec une métastase cutanée, une tumeur testiculaire d'origine embryonnaire chez un patient de 21 ans, un épithélioma pancréatique provenant d'une pièce autopsique, 3 cas de métastases cutanées (sein, tumeur des voies biliaires, tumeur d'origine intestinale).



Figure 4: cancer du sein avec métastases cutanées (G127)

1.7.5. Autres tumeurs malignes

Nous avons également relevé les diagnostics suivants : histiocytome malin (1 cas) sans précision clinique, tumeurs de nature indéterminée (11 cas, chez des patients de 34 à 86 ans, dont le type histologique n'est pas précisé, sémiologiquement polymorphes : ulcération indurée, tumeur molle ou indurée, situées sur l'extrémité céphalique principalement).

1.8. Tumeurs bénignes

Nous avons relevé 140 cas de tumeurs bénignes, chez 54 femmes, et 71 hommes, âgés de 8 à 86 ans (40 ans en moyenne). Un traitement était précisé dans 11 cas : exérèse chirurgicale (7 cas), électrocoagulation (3 cas), radiothérapie (1 cas).

Nous avons relevé les diagnostics suivants :

- Maladie de Recklinghausen : 12 cas, chez des patients de 20 à 60 ans, avec un sex-ratio de 1, ayant des lésions pédiculées multiples sur le corps, des taches pigmentaires, un schwannome ulcéré pour un patient.
- Nodule douloureux de l'oreille : 10 cas.
- Fibrome/ Fibrome en pastille / Histiocytome : 28 cas, chez des sujets d'âge moyen. Les lésions sont caractérisées par de petites tumeurs dermiques, rouge bistre, avec dépression centrale, sans topographie préférentielle, dont un décrit comme xanthélasmié.
- Lipome : 7 cas, dont 5 cas généralisés, sous forme de tumeurs multiples sous-cutanées mobiles et molles.
- Neurinome/schwannome : 6 cas, dont un décrit comme une lésion ulcérée du bras, arrondie, à bourgeons rouge vif, et un autre rétro-orbitaire.

- Verrue séborrhéique/sénile : 13 cas, dont la clinique est polymorphe évoquant soit une kératose actinique (lésion hyperkératosique rouge non infiltrée), soit une kératose séborrhéique (nævus pigmentée tempe, taches pigmentées papuleuses hyperkératosiques).
- Xanthomes : 7 cas, patients âgés de 8 à 77 ans, avec un sex-ratio à 1, dont 3 cas étaient éruptifs et un cas juvénile (17 ans).
- Hidradénomes éruptifs : 5 cas, chez des patients d'âge moyen, décrits comme un semis de papules dures jaunâtres confluentes du thorax pour 2 cas.
- Kyste épidermique/dermoïde : 6 cas, dont l'analyse histologique d'une lésion blanche de l'omoplate révélait un granulome à corps étranger sur un kyste corné.
- Kystes sébacés : 9 cas, avec une analyse histologique pour l'un des cas décrivant des stratifications cornées en voie de désintégration, avec un infiltrat inflammatoire de polynucléaires neutrophiles (PNN) et de cellules géantes, confirmant qu'il s'agissait d'un kyste épidermique rompu.
- Papillome corné : 10 cas, situés sur le visage.
- Adénome sébacé (de Pringle) : 9 cas, chez des sujets jeunes entre 11 et 32 ans, avec un sex-ratio de 1, ayant des lésions du nez/aile du nez/joues, associées à des fibromes sous unguéaux (1 cas). Le tableau clinique d'une femme associait adénomes sébacés, « imbécilité » et calcification intracrâniennes.
- Tumeur glomique : 1 cas d'une tumeur bleutée du coude, molle, dépressible, chez un homme de 33 ans, dont l'analyse histologique montrait une tumeur encapsulée faite de nombreux vaisseaux entourés de cellules neuromusculaires.
- Tumeur d'Abrikossof : il s'agissait de 2 hommes consultant pour des lésions linguales (ulcération linguale ou lésion papillomateuse surmontant une langue scléreuse). La

description histologique était similaire pour les 2 cas : rhabdomyome granulocellulaire, sans signe de malignité.

- Epithélioma calcifié de Malherbe (actuel pilomatricome): 1 cas, adressé de Barcelone.

Les autres diagnostics mentionnés étaient : kyste sudoripare (1 cas), kyste synovial du genou (1 cas), adénome sudoripare (1 homme de 41 ans), adénome du sein (3 cas), myome du front (1 cas), molluscum pendulum (5 cas), angioliomes (1 cas : tumeurs sous-cutanées de l'avant-bras, douloureux), syringo-cystadénome (1 homme de 50 ans : éléments arrondis et confluents sur la face antérieure du thorax), dermatomyome (2 hommes d'âge moyen, dont les données cliniques étaient les suivantes : petite tumeur de l'omoplate de croissance progressive de teinte ardoisée pour l'un et une plaque érythématokératosique, d'extension progressive, prurigineuse pour l'autre).

2. Dermatoses infectieuses

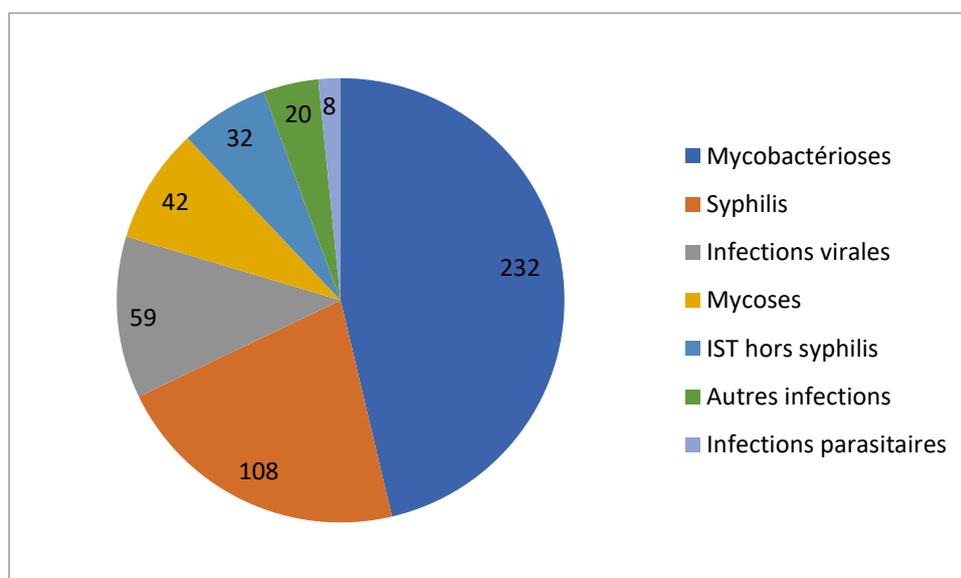


Figure 5 : Répartition des dermatoses infectieuses.

2.1. Mycobactérioses

Nous avons relevé 217 cas de tuberculose et 15 de lèpre, soit 10% des cas biopsiés et 43% des dermatoses infectieuses, chez 90 femmes et 121 hommes, d'âge moyen 32 ans. La durée moyenne d'évolution était de 2 ans, parfois de plusieurs dizaines d'années. Les traitements étaient physiques : exérèse chirurgicale, électrocoagulation, irradiation. Les examens bactériologiques correspondaient à la recherche de bacille de Koch, soit par une coloration de Ziehl sur la pièce histologique, soit après inoculation au cobaye.

2.1.1. Infection tuberculeuse primaire ou secondaire : Lupus tuberculeux, vulgaire ou tumidus.

Nous avons relevé 53 cas de tuberculose cutanée de type lupus vulgaire, de patients âgés de 31 ans en moyenne, avec un sex-ratio de 1, de durée d'évolution moyenne 3 ans. Le traitement consistait en une exérèse chirurgicale ou une électrocoagulation au bistouri électrique (8 cas). Les termes de lupus vulgaire ou tuberculeux étaient utilisés indifféremment. Les examens complémentaires réalisés étaient : une intradermoréaction (IDR) (très positive), une coloration de Ziehl positive, et une inoculation au cobaye. Nous les avons détaillés selon le terme retenu dans le registre, et avons donc séparé lupus vulgaire et tuberculeux.

2.1.1.1 Lupus vulgaire

Quatorze cas de lupus vulgaire étaient diagnostiqués, chez des patients âgés de 7 à 74 ans avec un sex-ratio d'environ 1. La durée moyenne d'évolution était de 5 ans. Une IDR à la tuberculine a été réalisée chez un patient et était très positive. Nous avons noté 2 cas de lupus vulgaire de l'enfant faisant suite à une rougeole. Les lésions étaient rarement

détaillées mais polymorphes. Sémiologiquement, il s'agissait de : lésions érythématosquameuses et croûteuses légèrement atrophiques (1 cas), lésion d'aspect cicatriciel (1 cas), médaillon de lupomes agminés (1 cas), lésions en médaillons généralisées (1 cas), lésions ulcérovégétantes (3 cas), lésions papillomateuses (1 cas), lésion lupoïde (1 cas), plaques de lupus sans précision (1 cas). Les zones atteintes étaient : extrémité céphalique dans 10 cas (joue : 3 cas, nez : 2 cas, lèvre : 1 cas, oreille : 1 cas), sans précision (2 cas), cou (1 cas), membres supérieurs (2 cas), membres inférieurs (1 cas), disséminé (1 cas). Un compte-rendu histologique était disponible dans le registre (F332) avec une conclusion de « lupus vulgaire ulcéré de la joue » : présence de nombreux follicules tuberculeux formant des nappes de cellules géantes et épithélioïdes, avec une ulcération de l'épiderme.

2.1.1.2. Lupus tuberculeux

Nous avons recensé 33 cas intitulés « lupus tuberculeux ». Il y avait 14 femmes et 17 hommes, âgés de 6 à 66 ans. La durée moyenne d'évolution de la dermatose était de 2 ans. Pour 8 patients, un traitement était précisé : exérèse chirurgicale ou électrocoagulation. Deux cas étaient survenus dans les suites d'une rougeole. Les examens complémentaires réalisés étaient les suivants : recherche du bacille de Koch en coloration de Ziehl (1 cas positif sur 2 réalisés), une inoculation sans précision sur le résultat.

Il n'y avait pas de photographie dans les registres. Sémiologiquement, il s'agissait de : lésion circinée/annulaire avec bordure active papulopustuleuse (2 cas), lésions alopeciantes cicatricielles arrondies érythématosquameuses (2 cas), lupus scléropapillomateux (4 cas), lésion érythématosquameuse avec atrophie centrale d'aspect cicatriciel (4 cas), lésions ulcérées, avec des berges bourgeonnantes, végétantes, rouges-violacées, indurées (3 cas), lésion eczématiforme (1 cas), aspect de tuberculose verruqueuse (3 cas), lupus

myxœdémateux (1 cas), taches café au lait (suspicion initiale de lèpre), lésion unique rose brun (1 cas), aspect de grains de milium lupoïdes à la vitropression (1 cas), atteinte osseuse sous-jacente (1 cas), et lupus sans précision (11 cas). Le caractère délabrant du lupus est particulièrement décrit pour un patient atteint de lupus tuberculeux des joues et du nez, ulcéré avec disparition de la pointe du nez. L'ulcération s'étant jusqu'à la paupière inférieure avec des brides cicatricielles.

Lorsque cela était précisé, les localisations atteintes étaient : le visage (lobule de l'oreille : 1 cas, nez : 4 cas, joue : 2 cas, menton : 2 cas), les zones pileuses (sourcil : 2 cas, cuir chevelu : 1 cas), le membre supérieur (main : 4 cas, pouce : 1 cas, bras : 1 cas), les membres inférieurs (2 cas), généralisé (2 cas).

Un compte-rendu histologique était détaillé (une lésion unique du nez) : follicules tuberculeux nombreux, avec nécrose centrale.

2.1.1.3. Lupus tumidus

Il y avait 6 cas de patients atteints de lupus tumidus, âgés de 24 à 46 ans. Cliniquement, un seul cas était décrit : il s'agissait d'une lésion rouge-violacée, croûteuse, jaune à la vitropression. Les zones atteintes étaient : joue (2 cas), région sourcilière (1 cas), lobule de l'oreille (1 cas), bras (2 cas).



*Figure 6 : Lupus tumidus ulcérobourgeonnant (F244).
Une intradermoréaction a été effectuée et était phlycténulaire et infiltrée.*

2.1.1.4. Lupus sans précision

Nous en avons relevé 17 cas, âgés de 18 à 73 ans, évoluant depuis plusieurs années. La sémiologie des lésions était la suivante : lésions infiltrées érythémateuses et croûteuses ou squameuses (2 cas), lésions papuleuses et érythémateuses péripilaires (1 cas), lésion annulaire unique à bordure papuleuse et vésiculeuse (1 cas), lésions agminées saillantes (1 cas), papillome (1 cas). Les zones atteintes étaient : face (3 cas), nez (3 cas), joue (3 cas), cuir chevelu (1 cas), cou (1 cas), oreille (1 cas), main (1 cas), fesse (1 cas), extrémités (1 cas), généralisé (1 cas). Les examens complémentaires pratiqués étaient les suivants : recherche de bacille de Koch négative (1 cas), inoculation au cobaye sans résultat (3 cas), IDR positive (3 cas).

2.1.2. Infection cutanée tuberculeuse secondaire

2.1.2.1. Tuberculose verruqueuse

Nous avons relevé 32 cas de tuberculose verruqueuse, 28 hommes et de 3 femmes, d'âge moyen 39 ans, entre 5 et 75 ans. La durée moyenne d'évolution était de 2 ans. Deux cas ont

été traités, par exérèse et électrocoagulation. Les examens à visée bactériologique prouvaient le caractère bacillaire de cette forme de tuberculose (contamination par auto-inoculation) : inoculations au cobaye (4 cas, les cobayes ayant développé une tuberculose généralisée), IDR à la tuberculine pour un patient, très fortement positive, et recherche de directe de bacille de Koch positive. Aucun n'a fait l'objet d'un compte rendu histologique inséré dans le registre. Cliniquement, les lésions étaient des plaques verruqueuses et végétantes, le plus souvent uniques, situées sur les extrémités des membres (mains et pieds). Deux cas faisaient suite à une blessure par os de bovins, chez des bouchers (G 166 et 175). Chez 2 patients, il était précisé qu'ils étaient atteints d'une forme viscérale de tuberculose (laryngée ou pulmonaire).

2.1.2.2. Ulcère tuberculeux ou tuberculose orificielle

Nous avons relevé 10 cas, entre 1923 et 1938, tous chez des hommes, d'âge moyen 41 ans. La durée d'évolution moyenne était de 5 mois. La recherche de bacille de Koch était positive dans les 7 cas où elle a été réalisée. Cliniquement, les lésions étaient des ulcères uniques de la marge anale (3 cas), linguaux (5 cas), du cuir chevelu (1 cas) et de la lèvre inférieure (1 cas). Aucun traitement n'était précisé.

2.1.3. Tuberculides

2.1.3.1. Tuberculides papulonécrotiques

Quatorze cas avaient été enregistrés comme tuberculides soit ulcéreuses, soit papulonécrotiques, chez des patients âgés de 21 ans en moyenne. La durée moyenne d'évolution était de 12 mois. Une IDR à la tuberculine avait été réalisée chez une patiente et était négative. Cliniquement, il s'agissait de lésions papuleuses, multiples, ulcérées voire nécrotiques, principalement sur la face, mais également sur les membres inférieurs. On notait un cas de lésions cicatricielles sur livedo des membres inférieurs, un cas avec un

aspect de grains de milium du visage, et 2 cas de nodules suppurés (« acnitis »). Aucun traitement n'est mentionné.

2.1.3.2. Lichen scrofulosorum

Nous avons relevé huit cas, de jeunes patients âgés de 2 à 22 ans. Les lésions étaient des papules folliculaires blanchâtres disséminées, millimétriques, parfois confluentes. Un cas avait des lésions de lupus associés. Une IDR avait été réalisée pour un patient et était positive.



Figure 7 : lichen scrofulosorum (F248).

Enfant de 5 ans ayant une éruption papuleuse folliculaires sèche (F248)

2.1.3.3. Scrofuloderme

Nous en avons relevé 3 cas, dont un cas était décrit comme des lésions de folliculite secondairement cicatricielles, sans compte-rendu histologique, ni examens bactériologiques.

2.1.3.4. Erythème induré de Bazin

Nous relevons 18 cas, uniquement des femmes, âgées de 29 ans en moyenne, dont les lésions évoluaient depuis trois semaines à 8 ans. Il n'y avait aucune photographie dans les

registres. Cliniquement, les lésions étaient des nodules hypodermiques sans altération de surface cutanée (10 cas), des nodules sous-cutanés fistulisés à la peau (3 cas) ou un livedo (1 cas). La couleur des lésions était érythémateuse (3 cas) ou violacée (3 cas). L'atteinte touchait les membres inférieurs (14 cas) mais aussi les membres supérieurs (2 cas). Le caractère douloureux précisé pour un cas. Une inoculation à l'animal des lésions a été effectuée dans 6 cas, sans information sur les résultats (3 cas) et sans décès du cobaye par tuberculose dans 2 cas.

2.1.4. Autres formes de tuberculose

2.1.4.1. Tuberculoses cutanées sans précision

Nous relevons 17 cas, avec un sex-ratio de 1, sans précision sur l'âge ni la durée d'évolution. La coloration de Ziehl était positive dans 6 cas, et 5 cas ont été inoculés au cobaye, dont 4 étaient positifs. Il n'y avait pas de photographies dans le registre. Cliniquement, les lésions décrites étaient polymorphes : nodules cutanés, gommages multiples (plaques infiltrées, saillantes et ulcérées avec issue de pus), ulcérations récidivantes, à type d'acné chéloïdienne, abcès froids hypodermiques (le cas d'un homme de 14 ans, dont l'inoculation au cobaye a été positive), sarcoïdes hypodermiques (1 cas). Les cas de gomme tuberculeuse étaient confirmés par la recherche de bacille de Koch et l'inoculation au cobaye.

2.1.4.2. Tuberculose extra-cutanée

Nous avons relevé un cas d'ostéo-périostite tuberculeuse (homme de 25 ans), un cas d'orchio-épididymite tuberculeuse, un cas de tuberculose miliaire généralisée confirmée par la présence de bacille de Koch et 4 cas de tuberculoses ganglionnaires.

2.1.4.3. Lupus cicatriciel centrifuge

Il s'agissait d'un cas avec une lésion à bordure active sous forme d'une bande rouge-cuivrée, infiltrée avec des grains de milium, encerclant des zones cicatricielles, fibreuses, chéloïdiennes, sur le cou et la poitrine. Il y avait également des cicatrices de ganglions suppurés et incisés.

2.1.4.4. Lupoïde miliaire de Boeck (ou lupus folliculaire disséminé ou acnitis)

Nous avons relevé 7 cas, caractérisés par des lésions papuleuses jaunâtres ou blanchâtres multiples du visage, dont le cas d'une jeune fille de 21 ans ayant de multiples lésions blanches péripilaires d'évolution cicatricielle sur le tronc et les membres.

2.1.5. Lupus érythémateux

Nous relevons 30 cas de patients classés en tant que « lupus érythémateux », entre 1920 et 1939, d'âge moyen 37 ans (17 à 68 ans) avec un sex-ratio de 1. Il n'y avait aucune photographie disponible, ni de compte-rendu histologique. Deux cas ont été publiés et présentés aux RDS. Des examens complémentaires avaient été réalisés : inoculation au cobaye (15 cas, avec 3 résultats négatifs, 2 positifs (présence de bacille de Koch) et 7 non précisés), recherche de bacille de Koch sur la biopsie (1 cas positif), pas de réalisation d'IDR. Sémiologiquement, il s'agissait de : plaques rouge violacé (1 cas), plaques érythémateuses, squameuses, fixes et infiltrées (4 cas), érythème infiltré d'évolution centrifuge avec atrophie et desquamation (2 cas), lésion télangiectasique (1 cas), lésions ulcérées (2 cas), lésions congestives (1 cas), aspect d'engelure (1 cas), non précisé (14 cas), altération de l'état général (1 cas). Les localisations des lésions étaient les suivantes : face (8 cas), nez (2 cas),

oreille (5 cas), cuir chevelu (1 cas), joues (6 cas), front (3 cas), cuisse (2 cas), bras (2 cas), mains (8 cas).

Le cas G62 était celui d'un homme de 68 ans atteint de lupus exanthématique, avec des lésions érythémateuses et squameuses du visage et de la partie supérieure du tronc, dont l'évolution fut fatale. Une inoculation au cobaye avait été réalisée et était positive, en faveur d'une possible origine tuberculeuse.

2.1.6. Lèpre

Nous avons relevé 15 cas de lèpre ou de suspicion de lèpre, chez des hommes, âgés de 17 à 33 ans, dont 3 étaient des avis adressés de Madagascar ou du Congo. Il n'y avait pas de photographie, ni de cas publié. Les cas étaient classés en « lèpre tuberculoïde » (5 cas, dont un décrit avec des lésions maculeuses dépigmentées, infiltrées, puis secondairement verruqueuses), en « tubercule lépreux » (2 cas, dont un avec la présence de bacilles de Hansen) et en « lèpre » sans précision (8 cas, dont un avec une ostéite).

2.2. Syphilis

Nous avons relevé 108 cas de syphilis, soit 21 % des infections, et 5 % de l'ensemble des motifs de biopsie, chez 59 hommes et 38 femmes, d'âge moyen 31 ans au moment du diagnostic. Il est intéressant de noter que les années 1920 et 1921 concentrent le tiers des cas (17 et 21 cas respectivement), alors qu'entre 1922 et 1938, nous avons noté seulement 1 à 6 cas par an. La durée moyenne d'évolution des lésions est de 7 mois. Hormis un cas d'exérèse chirurgicale, aucun traitement n'était précisé. Pour 27 patients, des examens complémentaires bactériologiques avaient été réalisés : recherche de tréponèmes au microscope ultra ou sérologie de Bordet-Wassermann (BW). Six cas avaient été présentés

aux RDS. Une photographie était présente dans le registre dans six cas, sur les 27 patients photographiés. Il n'y avait aucun compte-rendu histologique.

2.2.1 Syphilis primaire

Nous avons noté 11 cas de syphilis primaire (chez 8 hommes et 3 femmes, âgés de 18 à 39 ans), sous forme d'un chancre syphilitique typique, évoluant depuis quelques jours, dont un a été traité par exérèse chirurgicale. La recherche de tréponèmes au microscope ultra avait été réalisée chez 7 des 11 patients et était positive 4 fois. Chez 2 patients, la sérologie de BW a été réalisée et était négative.

2.2.2. Syphilis secondaire

Nous avons relevé 36 cas de syphilis secondaire, chez 15 hommes et 19 femmes, âgés de 19 à 59 ans. La recherche de tréponèmes a été faite chez 3 patients et était négative et la sérologie de BW était positive dans les 2 cas où elle avait été demandée. Cliniquement, les lésions étaient polymorphes : éruption maculeuse ou maculopapuleuse dans 15 cas, lésions végétantes dans 6 cas, psoriasiformes dans 4 cas, papuleuses péri-pilaires lichénoïdes (4 cas), varioliformes (1 cas), circinées (1 cas), de type lichen plan (1 cas), présence de collerette de Bielt (1 cas), érythème noueux (2 cas), ulcérations génitales (2 cas).

2.2.3. Syphilis tertiaire

Nous avons relevé 21 cas de syphilis tertiaire, chez 12 hommes et 8 femmes, âgés de 19 à 65 ans. La sérologie de BW a été demandée à 6 reprises et était positive dans 3 cas. Un cas était congénital et un était un cas autopsique. Cliniquement, les lésions étaient également polymorphes et non spécifiques : il était décrit des lésions infiltrées parfois nodulaires avec modification de la surface cutanée, squameuses ou ulcérées (5 cas), de gommes (3 cas), un aspect scléreux (2 cas), tuberculo-ulcéreux (1 cas), serpigineux (1 cas).

2.2.4. Autres cas de syphilis

Nous avons noté 40 cas de syphilis non classées en stade primaire, secondaire ou tertiaire. Il s'agissait de 4 cas de syphilis congénitale (dont un correspond à l'analyse d'un fœtus avec mise en évidence de tréponèmes au sein des viscères (foie, rein, surrénales), et le second est une hépatite syphilitique chez un nouveau-né), des tubercules syphilitiques (2 cas), des syphilides (5 cas : tertiaires, en nappe, ou végétantes), des ostéites syphilitiques (2 cas), une syphilis acnéiforme, 1 cas de condylomes anaux syphilitiques, syphilis végétante (4 cas), gomme syphilitique (2 cas), nodules sous-cutanés (1 cas), quaternaire (1 cas) et 17 cas sans précision.

2.3. Infections sexuellement transmissibles (IST) hors syphilis

Nous avons relevé 32 cas de diagnostic d'IST hors syphilis, soit 6 % des infections, chez 21 hommes et 2 femmes, d'âge moyen 27 ans, entre 6 et 63 ans. Nous avons relevé :

- Chancre mou : 20 cas chez des hommes de moins de 35 ans. Les lésions étaient une ulcération balanopréputiale (10 cas, dont 6 avec lésions multiples), une ulcération du doigt à limite nette et bords peu décollés, et un cas sous forme d'une papule avec de nombreux bacilles de Ducrey. Parmi les cas de chancre mou, 5 cas étaient intitulés « chancre mou induré » avec mise en évidence de bacilles de Ducrey. L'ulcération était balanopréputiale, indurée, profonde, cratériforme, avec écoulement de sérosités et des adénopathies douloureuses. L'inoculation au cobaye a été réalisée dans un cas, avec présence de bacilles de Ducrey. Pour 2 cas, il était précisé que la sérologie de BW était négative.

- Lymphogranulomatose bénigne des organes génitaux, également intitulée « maladie de Nicolas Favre » : 9 cas. Un seul cas était décrit et se présentait sous la forme d'une tumeur inguinale et du prépuce.

- Végétations vénériennes : 1 cas, sans informations complémentaires.

- Gonococcie : 1 cas avec une érosion du col.

- Bartholinite : 1 cas avec un aspect scléreux de la glande, sans précision sur le micro-organisme causal.

2.4. Mycoses

Nous avons relevé 42 cas de mycoses cutanées, soit 9 % des infections, chez 24 hommes et 9 femmes, d'âge moyen 40 ans (8 à 63 ans). La dermatose évoluait depuis moins d'un an. Nous avons relevé :

- Trichophytie : 18 cas, chez 11 hommes et 3 femmes âgés de 8 à 62 ans (37 ans en moyenne). Il s'agissait d'une teigne dans 6 cas, avec une atteinte érythémateuse suintante du cuir chevelu ou d'un godet favique. Deux cas correspondaient à une atteinte de la barbe (sycosis), et 4 cas étaient des formes inflammatoires de type kériions (lésions suppurées, vésiculo-pustuleuses). Les formes cutanées pures étaient diffuses (3 cas) avec atteinte des quatre membres et du tronc ou localisées (2 cas). Sémiologiquement, les lésions étaient décrites comme squameuses à bordure active vésiculeuse, ou sous forme de plaques rouge-vif surmontées de pustulettes confluentes. Quatre cas rapportés étaient épidémiques : six cas diagnostiqués chez des patients hospitalisés en psychiatrie, qui « échangeaient leur lit ». Aucun examen complémentaire microbiologique n'était évoqué, ni les colorations histologiques utilisées.
- Actinomyose : 3 cas, dont un seul était décrit comme une tuméfaction de la fesse et de l'avant-bras, indolore et non fluctuante.

- Blastomycose : 2 cas, en 1933 et 1937. Pour un cas (F423), il s'agissait d'une lésion du nez d'évolution rapide, depuis 8 jours, végétante. Le diagnostic était bactériologique et non histologique puisque la lame n'a pas pu être classée.
- Nocardiose : il s'agissait d'un ulcère vénérien, avec une adénopathie satellite. La culture de l'adénopathie mettait en évidence la présence de nocardia.
- Epidermomycose : 3 cas chez des hommes jeunes, de moins de 40 ans, avec une atteinte interdigitale, dont un ayant une intradermoréaction à la trichophytine phlycténulaire. Le dernier cas était celui d'un pityriasis versicolor étendu.
- Mycose sans autre information (6 cas) : Il s'agissait d'intertrigos des grands et petits plis (aspect rouge vif, fissuraire, et blanc macéré), d'un nodule hypodermique purulent, et d'une lésion verruqueuse ulcérée et végétante du dos de la main.
- Dermatomycose : 2 cas dont un sous forme de nodule rose pâle fibreux au toucher, lisse.
- Cryptococcose : 1 cas adressé de Pologne, celui d'une femme de 70 ans, avec une lésion de type naevus sous orbitaire, de croissance progressive. Le compte-rendu histologique évoque un infiltrat granulomateux dermique avec des cellules géantes et épithélioïdes, et la présence de corpuscules arrondis à double contours.



Figure 8 : Mycoses cutanées.

De gauche à droite : a (G92) : macaron de la nuque surmonté de pustules : kérion trichophytique ; b (F 423) : blastomycose ; c (G12) : mycose du dos de la main : Lésion verruqueuse ulcérée et végétante dos de la main ; d (F327) : épidermomycose.

2.5. Infections virales

Nous avons recensé 59 patients diagnostiqués pour une infection virale, 18 femmes et 33 hommes, d'âge moyen 28 ans. Il s'agissait de :

- Molluscum contagiosum : 12 cas, chez des patients âgés de 6 mois à 47 ans de 20 ans en moyenne, sans description sémiologique, touchant l'ensemble du corps (tronc, visage, membres)
- Nodules des trayeurs ou paravaccin : 4 cas, chez des hommes de 21 et 40 ans. Les lésions étaient vésiculo-bulleuses, hémorragiques ou pustuleuses, sur les doigts. Le cas F204 a été présenté aux RDS : la porte d'entrée était une griffure de chat, secondairement contaminée par les lésions des pis des vaches qu'il trayait.
- Varicelle : 3 cas sans précisions, chez des adolescents de 16 et 17 ans.
- Zona : 9 cas de patients âgés de 12 à 61 ans. Six étaient intercostaux, un situé sur la cuisse et un sur le cou. Les lésions étaient décrites comme des bouquets de vésicules sur base érythémateuse.

- Verrues : 8 cas de patients jeunes, âgés de 18 à 31 ans. Les lésions étaient situées sur le dos de la main (6 cas), la cuisse (1 cas), avant-bras (1 cas). Elles n'étaient décrites que dans un cas comme des papules rugueuses.
- Papillomes cornés : 9 hommes, âgés de 12 à 28 ans : il s'agissait de lésions végétantes papillomateuses, rugueuses, situées sur les lèvres (3 cas), la tempe (3 cas), et le cuir chevelu (2 cas). Le cas F143 était accompagné d'une photographie : atteinte de la lèvre, avec un compte-rendu histologique succinct qui conclut à un aspect similaire à un verrue.
- Herpès : 6 cas de patients âgés de moins de 30 ans. Les lésions étaient vésiculeuses groupées en bouquets, parfois récidivantes, cutanées ou muqueuses (joue, lèvre, région génitale, oreille). La confirmation diagnostique était obtenue dans 4 cas par une scarification de la cornée d'un lapin avec du liquide provenant d'une vésicule, provoquant une kératite.
- Papillomes vénériens : 7 cas, chez des hommes âgés de 23 à 56 ans. Les lésions étaient végétantes en chou-fleur, pédiculées, molles et indolores, sur le prépuce (1 cas), la verge (1 cas), la grande lèvre (1 cas), anal (1 cas : condylome anal).

2.6. Maladies parasitaires

Nous avons noté 5 cas de gale chez des sujets jeunes, de moins de 22 ans, dont les sillons scabieux avaient été biopsiés. Deux étaient consécutifs en 1931, mais sans lien familial.

Il y avait 3 cas de leishmaniose cutanée, d'hommes de moins de 30 ans. Cliniquement la lésion était unique, sous la forme d'une plaque à surface granuleuse ou croûteuse, sur un placard rouge bistre inflammatoire, secondairement ulcéré dans un cas, avec écoulement de

sérosités sanglantes. Le second cas est celui d'un soldat français, consultant en permission, après son retour du Maroc. Le terme de « bouton d'Alep » était employé.

2.7. Infections à germes pyogènes

Il y avait 9 cas biopsiés d'infections superficielles des tissus mous, chez des hommes de moins de 40 ans : un impétigo (enfant de 4 ans), sycosis staphylococcique de la barbe (3 cas : pustulètes périfolliculaires), une folliculite (3 cas : lésions de type furoncle, à répétitions des régions axillaires et du tronc), un abcès buccal sans précision, et un cas d'infection cutanée sans information complémentaire.

2.8. Autres infections

Nous avons relevé l'analyse histologique de 8 cas d'infections systémiques : 3 cas de purpura infectieux (une méningite méningococcémique chez un patient cirrhotique décédé (autopsie), un dans un contexte d'ascite hémorragique, et un associé à une septicémie à streptocoque), un nodule d'Osler du doigt associé à une septicémie, une atteinte splénique de paludisme ; une ostéite du crâne non syphilitique, 2 cas de fièvre typhoïde dont un autopsique (tableau général marqué avec fièvre, tachycardie, torpeur, agitation, vomissements, sans signe méningé).

3. Dermatoses inflammatoires

Nous avons relevé 117 cas de dermatoses inflammatoires, incluant les cas de lichen, chez des patients âgés en moyenne de 43 ans, avec un sex-ratio de 2.

3.1. Erythème circiné de Darier

Il n'y a qu'un seul cas classé en tant qu'érythème circiné de Darier, celui d'un homme de 37 ans. Cliniquement, la lésion initiale était une papule érythémateuse, qui s'affaïsse secondairement avec extension centrifuge et aspect de guérison centrale, donnant un aspect circiné.

3.2. Erythème noueux

Nous notons 5 cas, dont 4 femmes entre 17 et 27 ans. Il n'y avait pas de photographie dans le registre. Aucun des cas n'était publié. Cliniquement, les lésions étaient qualifiées d'« érythème noueux », et étaient infiltrées, sous-cutanées. Une patiente avait une atteinte douloureuse des membres supérieurs et inférieurs, associée à des arthralgies (G239), la recherche de bacille de Koch sur la biopsie était négative. Les 3 autres patients avaient une atteinte uniquement des membres inférieurs, dont une sous forme de nodules rouges, non contusiformes.

3.3. Lichens

Nous avons relevé 93 cas de lichen plan et ses variantes, chez des patients âgés de 16 à 76 ans (43 ans en moyenne), avec un sex-ratio de 2. La durée d'évolution de la dermatose allait de 15 jours à 50 ans. Aucun traitement n'était précisé.

3.3.1. Lichen plan

Nous avons relevé 75 cas de « lichen plan », chez 49 hommes et 18 femmes, âgés de 16 et 71 ans (âge moyen de 40 ans). Pour 3 cas de lichen plan, une inoculation au cobaye a été réalisée sans précision sur le résultat.

Sémiologiquement, la plupart des cas n'étaient pas détaillés, mais les lésions simplement décrites comme des « lésions de lichen plan ». Lorsque cela était précisé, il s'agissait de

papules millimétriques de la taille d'un tête d'épingle, folliculaires, rosées, rouges ou violacées, à surface brillante surmontées d'un réseau blanchâtre, très prurigineuses. Elles étaient le plus souvent isolées, parfois confluentes en plaques, ou circonscrites. Il y avait un cas de lichen plan bulleux au niveau des poignets, ainsi que 2 cas de lichen plan atrophique sous forme de placard polycyclique au centre atrophique des membres inférieurs. La disposition des lésions était la suivante : généralisée (21 cas), érythrodermique (3 cas), localisée (aux membres inférieurs : 8 cas, tronc : 3 cas, membres supérieurs et notamment poignet et avant-bras : 16 cas, scrotum : 1 cas).

3.3.2. Lichen corné hypertrophique

Nous avons relevé 12 cas de lichen corné hypertrophique de patients âgés de 35 à 66 ans, sous forme de lésions verruqueuses des membres inférieurs, ou de papules rouge bistre recouvertes d'un enduit squameux blanchâtres.

3.3.3. Autres lichens

- Lichen spinulosus (3 cas) : lésions du tronc, sans description clinique.
- Lichen nitidus (3 cas), dont un homme de 54 ans ayant des lésions polymorphes (nodules de lichen corné hypertrophique, papules de lichen plan typique du poignet et papules spinolusiques), et un second avec des papules groupées en bouquet au niveau des poignets.

3.3.4. Lichen scléreux (kraurosis vulvae)

Nous en avons relevé 4 cas, chez des femmes âgées de 27 à 58 ans. Une patiente avait tous les signes d'un lichen scléreux génital évolué avec une sclérose blanchâtre et une atrophie vulvaire indurée, un encapuchonnement clitoridien et une fusion des lèvres. Un second cas

était une plaque érythroplasique vulvaire mais avec une histologie typique : atrophie épidermique, membrane basale rectiligne, tissu conjonctif scléreux et infiltrat inflammatoire chronique.

3.4. Autres dermatoses inflammatoires

Radiodermite : nous avons relevé 4 cas, dont un cas décrit comme une poikilodermie évoluant depuis 25 ans, et un dans les suites d'un traitement d'un hémangiome de la joue. Pour 2 patients, il était noté une ulcération sans précision sur la nature tumorale ou non.

Pyodermite végétante : Il y avait 8 cas, diagnostiqués en 1927 et 1937. Il s'agissait de 5 hommes et 3 femmes, âgés de 20 à 74 ans. L'évolution était chronique (jusqu'à un an). Cliniquement, les lésions étaient d'aspect inflammatoire, ulcérées, végétantes, avec écoulement de pus ou croûteuses, péri-orificielles (narinaires, péribuccales, lobule de l'oreille) ou acrales (dos de la main, poignet). Un cas était post-traumatique. La résistance aux thérapeutiques était habituelle. Il n'y avait pas de compte rendu histologique ni de photographie clinique, ni de résultats bactériologiques.

Chéilite : Un homme de 38 ans, sans précision étiologique.

Dermite caustique : 1 cas, sans précision.

4. Pathologie du tissu conjonctif et de surcharge dermique

Nous avons relevé 102 cas de troubles du tissu conjonctif et de maladies de surcharge, soit 5% de l'ensemble des diagnostics.

4.1. Troubles du tissu élastique

4.1.1. Anéodermie

Il y avait 2 cas, dont un détaillé, celui d'un homme de 17 ans, dont la description clinique était la suivante : lésion déprimée en godet, de couleur rouge-violacé légèrement atrophique. Il n'y avait pas de notion de dermatose ou de pathologie associée, ni de compte rendu histologique.

4.1.2. Vergetures

Nous avons relevé 3 cas de vergetures, chez 2 hommes de 19 ans et 20 ans et une femme de 49 ans. Pour les deux hommes, il s'agissait probablement de biopsie à visée de connaissance scientifique. En effet, un des patients était hospitalisé pour une syphilis lorsque la biopsie a été réalisée. Il n'y avait pas de description sémiologique. Pour la patiente de 49 ans (G249), suivie pour une tumeur ovarienne maligne métastatique, une observation clinique très détaillée était disponible, mais décrivant de façon évidente une anéodermie telle qu'elle est définie actuellement : ce sont des lésions papuleuses blanchâtres, anciennes, avec un épiderme légèrement fripé en surface et diminution de la résistance dermique en-dessous. L'hypothèse d'une anéodermie de Jadassohn était évoquée mais réfutée par l'absence de signes inflammatoires et la lésion est classée en tant que vergeture.

4.1.3. Pseudoxanthome élastique

Nous avons noté 2 cas de pseudoxanthome élastique, chez des femmes jeunes, ayant des lésions du cou, de type xanthomateux chez l'une. Il n'y avait pas de compte-rendu histologique.

4.2. Troubles du tissu conjonctif : chéloïdes et cicatrices

4.2.1. Chéloïdes

Nous avons noté 26 chéloïdes, biopsiées entre 1926 et 1931, avec une nette prédominance d'hommes, âgés de 30 ans en moyenne. Les circonstances de survenue étaient : post-opératoire (6 cas), post traumatique sur brûlure (2 cas), post traumatique sur tatouage (6 cas), post traumatique (scarification) (1 cas), spontanée (4 cas), sur dermatose sous-jacente (2 cas), sans précision (5 cas). Cliniquement, les lésions sont décrites comme saillantes, surélevées, rouges ou noires, dépassant la lésion initiale sous-jacente, avec un aspect de doigt. Les chéloïdes spontanées sont pré-sternales (4 cas), les chéloïdes post-opératoires sont situées sur la zone opérée : rétroauriculaire, abdomen, épaule, aisselle. Les 6 cas de chéloïdes post-opératoires sont survenus chez des sujets français : dans les suites d'une exérèse de lésion cutanée (2 cas), d'un curetage d'une lésion de lupus (un cas), dans les suites d'une césarienne (un cas), ou d'une ectopie testiculaire opérée (un cas), sans précision (un cas).

Les dermatoses sous-jacentes étaient des dermatoses ayant une évolution connue cicatricielle : acné (1 cas) ou hidradénite suppurée (1 cas). Il était décrit des chéloïdes post-traumatiques : sur brûlure thermique ou caustique (2 cas), sur tatouage (6 cas), suite à des scarifications (1 cas).

Nous avons 5 cas de chéloïdes touchant des sujets africains (de Léopoldville ou de Côte d'Ivoire), il s'agissait de prélèvements histologiques envoyés, de chéloïdes post-traumatiques : sur tatouage, donnant un aspect de tatouage en relief, sur brûlure, ou sur scarifications.



Figure 9 : Chéloïdes (F175)

Le patient avait des chéloïdes multiples sur l'ensemble du corps, post scarifications, faites par sa mère, à l'âge de 2 ans, à caractère rituel dans le but d'obtenir un dessin propre à chaque individu, que portent tous les hommes au sein de l'ethnie (F175).

4.2.2. Cicatrices

Nous avons relevé 15 cas, entre 1930 et 1937, chez des patients âgés de 3 à 72 ans avec un sex-ratio de 2. Il s'agissait de 12 cas de cicatrices post-opératoires dont 6 d'aspect normal, datant de quelques jours à semaines, dont 2 étaient ossifiées, 2 cicatrices hypertrophiques post-opératoires, et 1 cicatrice sans précision. Deux étaient des pièces autopsiques. Les patients avaient été adressés par divers services de l'hôpital : service de dermatologie, clinique médicale A, clinique chirurgicale A et B, service de gynécologie. Il n'y avait pas de compte rendu histologique.

4.2.3. Dermatite atrophiante de Pick-Herxheimer

Nous avons relevé 17 diagnostics de maladie de Pick-Herxheimer ou dermatite atrophiante de Pick-Herxheimer, entre 1920 et 1932, chez des patient âgés en moyenne de 52 ans, avec un sex-ratio de 1 ; l'évolution était de plusieurs mois voire années. Un compte-rendu

histologique décrivant de façon succincte une atrophie épidermique, mais 6 cas avaient été présentés aux RDS. Cliniquement, les lésions étaient des lésions cutanées atrophiques avec réseau veineux apparent (5 cas), lésions annulaires à centre atrophique (1 cas), lésions infiltrées périarticulaires (2 cas) pieds sclérodermiformes (1 cas), non détaillées (7 cas), situées sur les membres inférieurs (5 cas) de façon symétrique, les membres supérieurs (4 cas), et le dos (1 cas).

4.2.4. Sclérodermie

Il y avait 23 cas, chez des patients âgés en moyenne de 32 ans, avec un sex-ratio 0,5.

Cliniquement, nous avons relevé :

- Sémiologie : lésions en plaques (4 cas), en bandes (2 cas), en bande alopeciante (1 cas), lésions pigmentées (2 cas), lésions érythémateuses (2 cas), présence d'un « lilac-ring » (2 cas), lésion atrophique et livide d'un membre (2 cas), grande sclérodermie généralisée (2 cas), lésions de sclérodactylie (2 cas, dont un avec sclérose du tronc et du visage), placard infiltré induré du thorax (1 cas), absence d'information sémiologique (4 cas),
- Localisation : membres inférieurs (6 cas), membres supérieurs (4 cas), abdomen (5 cas), cou (1 cas), face (3 cas).
- Etendue de l'atteinte : 2 cas étendus (quatre membres et tronc).

Deux patients ont eu une sympathectomie lombaire ou fémorale, dont un pour lequel il est précisé que l'atteinte cutanée était très étendue aux quatre membres et au cou.

Concernant les examens complémentaires, un patient a eu une capillaroscopie qui montrait des anomalies capillaires, confirmant le diagnostic de sclérodermie, ce qui laisse supposer le diagnostic de sclérodermie systémique, mais la description clinique n'est pas précisée.

Nous citons en exemple le cas F249, adressé de Casablanca : les lésions sclérodermiques étaient qualifiées de « morphées », et étaient des macules avec un centre pigmenté marron clair et une périphérie blanchâtre, entourées d'un « lilac-ring ». Il avait un vitiligo associé.

4.2.5. White spot disease

Nous avons relevé 2 cas, un patient de 24 ans, et une femme de 47 ans, en 1932 et en 1936. Les photographies des patients montraient des lésions maculeuses blanchâtres, à bords émiettés. Aucun examen complémentaire ni compte-rendu histologique n'était disponible.



Figure 10 : White spot disease: a (F286), b (G320).

White spot disease : a (F286 à gauche) : Sémiologiquement, il s'agissait de lésions arrondies maculeuses à bords déchiquetés, blanchâtres, à centre légèrement pigmenté, touchant l'abdomen, le dos, et les cuisses ; b (G320 à droite) : les lésions sont maculeuses et blanchâtres, sans indication sur le caractère scléreux.

4.2.6. Erythrocyanose des membres inférieurs

Nous avons relevé 5 cas d'érythrocyanose symétrique des membres inférieurs, sus-malléolaires, survenant chez des femmes jeunes de 18 ans, sans description clinique ni histologique.

4.3. Maladies de surcharge

4.3.1. Amylose généralisée

Nous avons relevé 2 cas d'âge non précisé, dont un avec une atteinte splénique, rénale, hépatique, sans notion de lésions cutanées, et le second ayant des lésions à surface irrégulière, violacées au centre, et chamois en périphérie, et quelques vaisseaux télangiectasiques à la pression.

4.3.2. Xanthélasma

Nous avons relevé 2 cas classés en tant que « xanthélasma », chez des sujets jeunes, dont les lésions touchaient les membres inférieurs et étaient décrites comme des lésions jaunes ou chamois, ferme, bien limitées, rugueuse ou squameuse.

4.3.3. Concrétions calcaires

Nous avons noté 3 cas, sous forme de nodules sous-cutanés, saillants, durs, blanchâtres, situés au niveau du bras (1 cas), du genou (1 cas, sur maladie de Pick-Herxheimer), et du lobule de l'oreille (1 cas).

5. Infiltrats dermiques

5.1 Granulomatose

Nous avons dénombré 64 cas biopsiés de granulomatose cutanée, 31 hommes et 22 femmes, d'âge moyen 31 ans. Nous avons classé les cas selon l'intitulé employé dans le registre.

5.1.1. Maladie de Besnier-Boeck

Nous avons relevé 19 cas de maladie de Besnier-Boeck, entre 1931 et 1939, chez des patients d'âge moyen 29 ans, avec un sex-ratio d'environ 1, dont la dermatose évoluait depuis moins d'un an, lorsque cela était précisé. Aucun traitement n'était précisé. Trois cas avaient été adressés pour avis histologique de Paris, Bruxelles et Metz. Les hypothèses cliniques évoquées pour un cas devant des nodosités multiples du tronc étaient : leucémides, mycosis fongoïde, sarcomatose. Sémiologiquement, les lésions étaient polymorphes : de type lupus pernio (2 cas), nodules sous-cutanés dermo- hypodermiques infiltrés érythémato-violacés (3 cas), atteinte ganglionnaire sans précision sur l'atteinte cutanée (5 cas), de type érythème noueux (1 cas), nodules rouge lupiformes (1 cas), nodules disséminés psoriasiformes érythématosquameux (1 cas), lésions érythémateuses et circonscrites (1 cas), non précisée (4 cas). Le cas G345 avait une atteinte extra-cutanée détaillée : iritis, névrite optique et paralysie faciale, avec un infiltrat tuberculoïde à l'histologie.

Les localisations atteintes étaient les suivantes : extrémité céphalique (4 cas), quatre membres (4 cas), tronc (2 cas), membres supérieurs (1 cas), membres inférieurs (1 cas).

Nous avons relevé un cas avec un compte-rendu histologique détaillé : infiltrat nodulaire dense dermique, nettement limité, le différenciant ainsi d'une tuberculose, de cellules épithélioïdes, avec de rares cellules géantes (G 394). Chez 2 patients, des examens complémentaires ont été réalisés : il s'agissait d'une inoculation au cobaye, avec une recherche de bacille de Koch qui était positive dans un des 2 cas.

5.1.2. Sarcoïdes dermiques ou hypodermiques de Boeck

Nous avons relevé 7 cas, tous chez des femmes, d'âge moyen 39 ans, classés en tant que sarcoïdes dermiques ou hypodermiques de Boeck ou sarcoïdes sans précision. Chez 2

patients, une recherche de bacille de Koch par la coloration de Ziehl a été réalisée et était négative. Aucun traitement n'était évoqué. Cliniquement, les lésions étaient décrites comme des nodules sous-cutanés érythémateux, infiltrés (5 cas), souvent multiples, sur les 4 membres et l'extrémité céphalique. Un cas avait des lésions frontales circonscrites avec atrophie centrale et bourrelet périphérique du front et du flanc avec des adénopathies palpables (G163).

5.1.3. Granulome annulaire

Nous avons relevé 18 cas de granulome annulaire, chez 4 femmes et 12 hommes. L'âge moyen était de 25 ans. La durée moyenne d'évolution était de 10 mois. Le traitement n'était jamais précisé, mais il avait été signalé la résolution de la lésion dans un cas, 15 jours après la réalisation de la biopsie. Il n'y avait pas de compte rendu histologique. Deux cas avaient fait l'objet d'une présentation aux RDS en 1931 et en 1932, et un publié dans le Bulletin de la Société Française de Dermatologie en 1936 (granulome annulaire à type de nodule douloureux de l'oreille). Il s'agissait de lésions annulaires papuleuses érythémateuses, sans altération épidermique (6 cas), le plus souvent multiples, et un cas sous forme de macules polycycliques érythématoviolacées. Les localisations atteintes étaient : doigts (5 cas), la main (3 cas), l'oreille (3 cas), les membres inférieurs (2 cas), les pieds (2 cas).

5.1.4. Autres granulomes

Nous avons noté 19 cas de granulomes cutanés, chez des patients d'âge moyen 35 ans avec un sex-ratio de 2.

- Granulome à corps étranger (5 cas) : sous la forme d'un kyste de l'angle externe de l'œil (1 cas), de nodosités dermo- hypodermiques des 4 membres et du tronc, avec un pertuis (1 cas), de fistule chronique du scrotum (1 cas), ou non précisé (2 cas).
- Granulome lipophagique du nourrisson (1 cas) : non détaillé.

- Granulomatose indéterminée (12 cas) avec des tableaux cliniques variés : aspect de bourgeons charnus infiltrés (1 cas), tumeur rosée abdominale mobile (1 cas), tumeurs du cuir chevelu, de l'extrémité céphalique, ou du tronc (3 cas), lésions érythémateuses arrondies ou en bandes avec un aspect central (2 cas), nodules sous-cutanés avec adénopathies et symptômes ORL (1 cas), lésion parotidienne de type maladie de Mikulicz (1 cas).
- Granulome éosinophilique (1 cas) : lésions végétantes de l'anus (suspicion initiale de maladie de Nicolas-Favre, infirmée par l'analyse histologique).
- Granulomes sur migration de douve du foie : 1 cas.

5.2. Urticaire pigmentaire

Nous avons relevé 10 cas de mastocytose cutanée, chez des patients d'âge moyen 31 ans, et un sex-ratio de 2. Ils étaient tous qualifiés d'urticaire pigmentaire. La durée d'évolution allait de 1 à 10 ans. Il n'y avait pas de compte rendu histologique. Le traitement n'était jamais précisé. Cliniquement, lorsque les lésions étaient décrites, il s'agissait d'une éruption faite de maculopapules, rouges cuivrées-brunes.

6. Maladie des annexes et dermatoses faciales

6.1. Dermatoses faciales : acné et rosacée

Nous en avons relevé 36 cas, chez des patients âgés de 37 ans en moyenne (10 à 65 ans), avec un sex-ratio de 3. Il n'y avait pas de photographie dans le registre, ni de compte rendu histologique, ni de cas publiés. Les diagnostics étaient les suivants :

Acné chéloïdienne de la nuque : 10 cas, tous des hommes, jeunes, entre 25 et 41 ans. Cliniquement, il s'agissait de lésions chéloïdiennes fibreuses péripilaires de la nuque, rarement pustuleuses, couleur rose-bistre, parfois indurées et de grande taille (« grosse tumeur »).

Acné décalvante : 3 cas de patients entre 10 et 69 ans, sous forme d'une alopecie cicatricielle avec follicules pileux oblitérés et un cuir chevelu lisse.

Acné conglobata : 3 cas, constitués de formations fibreuses de la face et des bras.

Acné polymorphe juvénile : 1 cas, caractérisé par de nombreuses pustulètes de la face, chez un enfant de 16 ans.

Acné rétentionnelle (comédonienne) : 5 cas avec des comédons en bouquets sur le tronc et le dos, dont un avait évolué vers une ossification hétérotopique, et un autre vers des lésions cicatricielles et chéloïdiennes.

Acné sébacée : 3 cas, dont 2 avec des lésions papuleuses et squamo-croûteuses, et un ayant une lésion kératosique de la face, qualifiée de précancéreuse, pouvant correspondre à une kératose actinique.

Acné nécrotique : 3 cas, dont un cas évoluant vers des cicatrices profondes de la face et du torse dans un contexte de tuberculose pulmonaire.

Acné sans précision complémentaire : 4 patients, dont 2 avaient une acné caractérisée par des plaques rouge sombre polycycliques, infiltrées, recouvertes de squames-croûtes, et un des lésions de type tuberculides micronodulaires de la face.

Acné phlegmoneuse : 1 cas de 41 ans avec des lésions infiltrées et croûteuses.

Acné papulopustuleuse : 1 cas ayant des papulo-pustules de la face.

Acné colloïde : 1 cas, décrit comme un œdème violacé du visage et cuir chevelu, fluctuant.

Rosacée : 1 cas, celui d'un rhinophyma sans précision clinique.

6.2. Maladies des annexes cutanées

Nous avons relevé 34 cas concernant les annexes cutanées, chez des patients d'âge moyen 30 ans, avec un sex-ratio de 2, dont la pathologie évoluant depuis 2 ans en moyenne.

6.2.1. Pelade

Nous avons relevé 12 cas, chez des patients d'âge moyen 23 ans (8 à 62 ans). La durée d'évolution allait de 1 mois à 9 ans. Un traitement par lampes de Quartz avait été réalisé chez 5 patients avec une efficacité quasi constante (4 guérisons). Cliniquement, il s'agissait de plaques alopéciques de taille variable, non cicatricielles avec présence de points noirs ou de cheveux peladiques en repousse. Il était noté un cas de pelade universelle. La sérologie syphilitique de Bordet-Wassermann était positive pour un patient.

6.2.2. Pseudopelade de Brocq

Nous avons noté 6 cas de patients âgés de 10 à 58 ans (âge moyen 36 ans). La durée d'évolution allait d'un mois à 5 ans. Cliniquement, les lésions étaient des plaques alopéciques de taille variable, cicatricielles, sur cuir chevelu sain, dont un cas universel après un début sous forme de pelade ophiasique, récidivant depuis l'enfance malgré plusieurs essais thérapeutiques (lampes de Quartz, injection de lait, uvestérol).

6.2.3. Folliculite décalvante

Nous avons relevé 1 cas, celui d'un homme de 48 ans, avec des lésions de folliculites aboutissant à une alopecie cicatricielle, de type folliculite de Quinquaud.

6.2.4. Sycosis lupoïde de Brocq

Nous avons relevé 2 cas, d'hommes de 57 et 60 ans. Cliniquement, les lésions étaient similaires dans les 2 cas : développement progressif sur plusieurs années, depuis le service militaire, de zones alopéciques cicatricielles de la barbe, atrophiques, avec pustules et folliculites en périphérie. Les 2 cas avaient été traités par irradiation. Il n'est pas évoqué d'origine infectieuse.



Figure 11: Sycosis lupoïde de la barbe (F268).

Développement de zones glabres de la barbe avec des pustules en périphérie, d'aspect cicatriciel (F268).

6.2.5. Autres alopécies

Alopécie cicatricielle (1 cas) : une grande plaque et de multiples petits foyers cicatriciels, sans diagnostic précis.

Alopécie iatrogène (1 cas) : alopécie non cicatricielle avec début de repousse dans les suites d'une radiothérapie pour tumeur cérébrale.

Alopécie sans information complémentaire : 2 cas.

6.2.6. Hyperplasie congénitale des cheveux

Il y avait un cas d'une femme, sans précision clinique.

6.2.7. Maladie de Fox-Fordyce

Nous en avons relevé 4 cas, dont 3 femmes âgées de 19 à 50 ans. Cliniquement, il s'agissait d'une éruption prurigineuse des creux axillaires sous forme de papules folliculaires millimétriques blanches, sur une peau rugueuse rouge-bistre.



Figure 12: a (G47) : Hyperplasie congénitale des cheveux/ b (G89) : maladie de Fox-Fordyce.

6.2.8. Autres atteintes des annexes

Nous avons relevé 3 cas de folliculites, sans précision, et un cas de cutis vercitis gyrata.

7. Lésions vasculaires

Les patients biopsiés pour « lésion vasculaire » étaient au nombre de 88, dont 33 femmes et 46 hommes, âgés de 1 à 82 ans (33 ans en moyenne).

7.1. Purpura et vasculite

Nous avons relevé 14 cas de lésions purpuriques, dont :

- Dermatite pigmentaire de Schamberg (5 cas), dont un cas détaillé : il s'agissait d'un avis histologique adressé de Casablanca avec une photographie. Les lésions étaient des nappes bleutées avec varicosités violacées sur les jambes, d'extension progressive aux membres supérieurs. Elles devenaient secondairement brunâtres. Au moment de l'examen clinique, il s'agissait de macules pigmentées brunâtres, à renforcement péripilaire. Les autres patients avaient des lésions de couleur brunâtre (chamois, rougebistre, couleur café au lait) des membres inférieurs.
- Dermatite pigmentaire ocre de Favre et Chaix (1 cas) : pigmentation brune de tout un membre.
- Purpura : 7 cas, âgés en moyenne de 27 ans. Les lésions étaient purpuriques, brunâtres, ne disparaissant pas à la vitropression, des membres supérieurs, des membres inférieurs (péripilaires) ou des 4 membres. Le signe du lacet était décrit chez 2 patients.
- Capillarite nécrosante (1 cas) : cliniquement, une « capillarite oblitérante » est suspectée devant des lésions avec nécrose blanche centrale. Histologiquement, il existait des altérations capillaires avec nécrose des capillaires dermiques superficiels et dégénérescence hyaline de leur paroi.
- Un cas était qualifié de périartérite noueuse chez une femme de 68 ans, ayant des lésions ulcérées, des 4 membres, à bordure purpurique, décédée quelques mois plus tard.



Figure 13: Dermatite pigmentaire progressive de Schamberg (F16).

7.2. Malformation vasculaires veineuses et lymphatiques

7.2.1. Angiomes

Nous avons noté 10 cas classés « angiomes », chez des patients âgés de 2 à 63 ans. Les lésions étaient acquises. Cliniquement, il s'agissait d'angiomes rubis uniques ou multiples (2 cas), de lésions saillantes, mamelonnées, voire pédiculées, angiomateuses bleutées ou rouges, uniques (4 cas situés au niveau de la queue du sourcil, du creux poplité, de la grande lèvre et de l'orifice narinaire ; de patients âgés de 9 à 59 ans, dont celui de la queue du sourcil qualifié d'angiome caverneux), d'une élevation molle, rouge de la lèvre inférieure, depuis l'âge de 2 mois chez un enfant de 2 ans. Le cas d'une femme de 24 ans était qualifié d'« angiome télangiectasique à tendance atropho-cicatricielle », sous forme d'une angiomatose stellaire diffuse avec une évolution atrophique et cicatricielle.

7.2.2. Malformations lymphatiques : lymphangiome

Il y avait 9 cas de lymphangiomes chez des patients âgés de 9 à 26 ans, dont un cas congénital. Sémiologiquement, les lésions correspondaient à des élevures translucides roses

congénitales du dos (1 cas), à une tumeur de la langue de grande taille, de croissance progressive, depuis l'enfance, sous forme d'une saillie à surface papillomateuse (1 cas).

7.3. Tumeurs vasculaires bénignes

7.3.1. Hémangiome

Nous avons noté 8 cas d'hémangiomes, dont 2 chez des enfants de 1 et 8 ans, les autres étant des cas adultes, congénitaux dans 2 cas. Cliniquement, il s'agissait de points rubis (5 cas), de lésions angiomateuses en relief uniques (5 cas) ou multiples (1 cas, congénital), d'un petit kyste blanchâtre et bleuté (1 cas), d'une lésion verruqueuse congénitale du tendon d'Achille (1 cas d'un homme de 49 ans), d'un hémangiome du cuir chevelu sans description sémiologique chez un enfant d'un an. Les traitements proposés étaient l'électrocoagulation (2 cas) et l'irradiation (1 cas). La distinction entre hémangiome infantile et de l'adulte n'était pas faite.

7.3.2. Botriomycome

Il y avait 30 cas classés comme botriomycome ou granulome télangiectasique ou granulome hyperplasique, chez des patients d'âge moyen 30 ans (7 à 82 ans), avec un sex-ratio de 1, les lésions évoluant depuis 2 mois en moyenne. Dans 4 cas, le traitement était précisé : électrocoagulation au bistouri électrique ou exérèse chirurgicale. Le plus souvent les cas n'étaient pas décrits. Les 5 cas décrits évoquaient des lésions pédiculées rouges, érosives, lisses, saignant facilement.

Les localisations atteintes étaient :

- Extrémités : doigts (4 cas), main (3 cas), orteil (1 cas), malléole (1 cas).

- Visage : tempe (2 cas), lèvres (7 cas), langue (3 cas), gencive (1 cas), nez (1 cas), joue (1 cas).

7.4. Insuffisance veineuse et lymphatique

Nous avons relevé :

- Pseudosarcome de Kaposi (1 cas) : il s'agissait de lames histologiques adressées de l'hôpital Sainte-Anne, sans précision clinique.
- Eléphantiasis nostras (3 cas) : les lésions étaient verruqueuses pour un cas, évoluant depuis 20 ans, ou plus débutantes sous forme d'un eczéma variqueux, ulcéré et un aspect de peau d'orange pour le second. Les patients étaient âgés de 44 et 47 ans.

7.5. Autres lésions vasculaires

Hémorroïdes : un cas, sous forme de lésions saillantes de la marge anale (déjà traitées par sclérose).

Livedo racemosa : un cas, non détaillé.

8. Troubles de la différenciation épidermique

Nous avons classé dans ce chapitre de troubles de la kératinisation, le psoriasis, les ichtyoses, les parakératoses psoriasiformes, le pityriasis rubra pilaris, les porokératoses et la psorosperme folliculaire végétante, soit 77 cas, observés chez 12 femmes et 52 hommes, d'âge moyen 27 ans.

8.1. Psoriasis

Nous avons relevé 33 cas de psoriasis, avec une très nette prédominance masculine (25 hommes pour 3 femmes), âgés de 15 à 54 ans (28 ans en moyenne). La durée moyenne d'évolution était de 5 ans. Un patient était traité par vaseline salicylée.

Cliniquement, lorsque le cas était accompagné d'une description précise, il s'agissait de papules ou plaques érythémato-squameuses :

- Taille des lésions : psoriasis en goutte (« psoriasis guttata ») ou en petites lésions disséminées (11 cas, dont 2 en poussée aiguë, sans notion d'épisode infectieux préalable), grandes plaques de psoriasis (1 cas).
- Localisation particulière : psoriasis palmaire (1 cas), atteinte du cuir chevelu (2 cas).
- Disposition remarquable des lésions : blaschkolinéaire (2 cas), touchant le membre inférieur (dont G226), le terme employé était zoniforme.
- Atteinte grave : rhumatisme psoriasique : 1 cas sans information sur l'atteinte articulaire.

Le cas G10 était accompagné d'un compte-rendu histologique détaillé : le diagnostic de psoriasis était posé devant les signes histologiques suivants : acanthose, agranuleuse, hyperkératose et parakératose, micro-abcès de Sabouraud.

8.2. Ichtyose

Nous avons relevé 3 cas, chez des hommes de 6 à 32 ans. Il n'y avait pas de description clinique. L'ichtyose était congénitale chez 2 patients, dont un avec un caractère familial (frère atteint). Chez le troisième patient, c'était une ichtyose acquise de type « ichtyose serpentine ». Il n'y avait pas de photographie dans les registres, ni de cas publiés.

8.3. Parakératose psoriasiforme

Nous avons noté 24 cas, intitulés « parakératose psoriasiforme », chez des patients âgés en moyenne de 31 ans, avec un sex-ratio de 3. Lorsque cela était précisé, la durée d'évolution était de 8 mois. Aucun cas n'était publié, et il n'y avait pas de photographie disponible au sein des registres.

Cliniquement, les lésions sont polymorphes : multiples papules ou plaques érythémato-squameuses bistre disséminées (5 cas) ; une plaque érythémato-squameuse unique (3 cas) ; érythrodermie (1 cas) ; éruption psoriasiforme (1 cas), eczématiforme infiltrée (1 cas) ou polymorphe psoriasiforme et eczématiforme (1 cas) ; lésions de type lichen plan (1 cas) ; éruption de type pityriasis rosé de Gibert (2 cas) ; lésion de type érythroplasie du gland (1 cas).

Dans 2 cas, le compte-rendu histologique est disponible sous forme de lettre au médecin adresseur : il y était décrit une hyperkératose, une parakératose, une agranulose, une discrète spongieuse, une exocytose, des vésicules, un infiltrat péricapillaire du derme.

8.4. Pityriasis rubra pilaire

Nous avons relevé 8 cas, chez des patients âgés de 25 ans en moyenne au moment du diagnostic, avec une prédominance d'hommes (sex-ratio de 2,5). Il n'y avait pas de photographie dans les registres. Nous avons noté les caractéristiques cliniques suivantes : lésions érythémato-squameuses (2 cas), papules cornées péripilaires (3 cas), atteinte squameuse (1 cas), papules confluentes en plaques (2 cas), infiltration cutanée (1 cas), aspect plâtreux (1 cas), couleur rouge bistre des lésions (1 cas), atteinte diffuse du visage, du tronc et des 4 membres dont les extrémités (2 cas). Une inoculation au cobaye a été réalisée pour un cas, et n'avait pas mis en évidence de bacille de Koch.

8.5. Psorosperose folliculaire végétante (actuelle maladie de Darier)

Trois cas étaient répertoriés, entre 1930 et 1938, chez des patients d'âge inconnu, dont un cas adressé de Barcelone. Les lésions cliniques n'étaient pas décrites mais sur la photographie du patient, on peut visualiser l'atteinte papuleuse folliculaire et croûteuse typique médiodorsale.

8.6. Autres diagnostics

Porokératose de Mibelli : 2 cas, non décrits.

Kératose pilaire : 4 cas, entre 18 et 22 ans, dont un décrit avec une atteinte érythémateuse et pigmentée du bras surmonté d'un semis de papules rouge-bistre.

9. Dermatoses spongiformes et prurit

Nous avons relevé 73 cas, chez des patients d'âge moyen 40 ans, avec un sex-ratio d'environ 1, dont la dermatose évoluait depuis plus de 5 ans en moyenne.

9.1. Eczéma

Il y avait 24 patients, âgés de 8 à 69 ans et d'âge moyen 44 ans, avec un sex-ratio de 2. La durée d'évolution était de plusieurs mois. Sémiologiquement, il s'agit de lésions prurigineuses, sous forme d'un eczéma papulo-vésiculeux (7 cas), d'un eczéma lichénifié (7 cas), d'un eczéma érythématosquameux et suintant (5 cas), d'une érythrodermie avec polyadénopathie (1 cas), de lésions circinées squameuses (1 cas), d'une dysidrose (1 cas), et sans précision sémiologique (5 cas). Concernant la topographie, l'eczéma était diffus (1 cas), interdigital (1 cas), sur les bras (2 cas), sur le tronc (1 cas), au niveau du mamelon faisant

discuter une maladie de Paget, infirmée par l'analyse histologique. Pour un cas d'eczéma, le traitement proposé est détaillé : feuille de caoutchouc, pâte et crème de zinc, coaltar.

9.2. Prurigo

Nous relevons 6 cas, de patients âgés de 18 à 35 ans, dont la dermatose évoluait depuis plusieurs années. Cliniquement, nous avons relevé 2 cas de prurigo de Besnier (dont un décrit avec une peau épaisse, rugueuse et un quadrillage cutané apparent, chez un enfant asthmatique), 2 cas de prurigo papulonodulaire vésiculeux ou bulleux et infiltré, et 2 cas de prurigo de Hebra (papules sèches péripilaires excoriées (F250) ou aspect de lichénification très infiltrée).

9.3. Lichénification circonscrite nodulaire chronique (ou lichen obtusus corné ou prurigo nodulaire)

Il s'agissait d'une série de 16 cas, dont 11 consécutifs en 1934. Certains cas avaient été adressés sous forme de blocs histologiques au Professeur Pautrier de diverses villes d'Europe : Vienne (3 cas), Munich. Cliniquement, les lésions étaient décrites comme des nodules rouge bistre, excoriés (2 cas), ou simplement comme un prurigo nodulaire (5 cas), dont un avec dépôts d'amyloïdose. Le terme employé pour un cas était celui de lichen ruber acuminatus neuroticus de Unna.



Figure 14 : Lichénification nodulaire circonscrite chronique (G428).

9.4. Lichénification

Il y avait 12 cas, âgés de 17 à 70 ans. Il n'y avait pas de compte-rendu histologique, ni de cas publié. Cliniquement, les lésions étaient prurigineuses et décrites, soit comme des papules rosées prurigineuses lichénifiées sans réseau blanchâtre, soit comme une pigmentation diffuse avec accentuation du quadrillage cutané.



Figure 15 : Lichénification sur un eczéma palmoplantaire ancien (F242).

9.5. Pityriasis rosé de Gibert

Nous avons noté 3 cas d'hommes jeunes, de moins de 35 ans. Sémiologiquement, les lésions étaient érythémateuses avec une zone centrale squameuse.

9.6. Erythrodermie

Erythrodermie arsénicale

Il y avait 4 cas, dont 2 décrits : escarre verdâtre érosive (lésion biopsiée), et un cas d'érythrodermie vésiculo-squameuse, fébrile, avec une polyadénopathie et une escarre sacrée, ayant conduit au décès.

Erythrodermie

Nous avons relevé 5 cas d'érythrodermie, chez des patients âgés de 53 à 72 ans. La dermatose ou maladie systémique sous-jacente était connue chez 2 patients : lupus

exanthématique et leucémie myéloïde chronique. L'hypothèse d'un mycosis fongoïde avait été soulevée chez un patient, mais infirmée par l'analyse histologique. Cliniquement, l'éruption était diffuse, érythémato-squameuse, infiltrée, sans intervalle de peau saine.

9.7. Autres diagnostics

Prurit généralisé

Une femme de 57 ans avait une peau épaissie et squameuse, avec des lésions polymorphes : quelques plaques bistres squameuses, des zones eczématisées, des excoriations, des zones suintantes, érosives et fissuraires. Aucun diagnostic n'était posé.

Dartre d'huile

Il s'agit du cas (G416) d'un homme de 15 ans apprenti, travaillant des pièces métalliques et du pétrole, ayant des papules des avant-bras. L'hypothèse clinique était des tuberculides papulonécrotiques : le compte rendu histologique concluait finalement à des « dartres d'huile » devant une hyperkératose folliculaire avec des bouchons cornés dans les entonnoirs folliculaires, alors que les poils et glandes sébacés avaient disparu, et discret infiltrat cellulaire dermique.

10. Maladies bulleuses

Nous avons relevé 30 cas de dermatose bulleuse, chez patients âgés en moyenne de 35 ans, avec un sex-ratio de 1.

10.1. Pemphigus

Il y avait 10 cas de pemphigus, à un âge moyen de 28 ans. Il s'agissait de 2 cas de pemphigus végétant (lésions bulleuses et papulo-vésiculeuses), de 3 cas de pemphigus subaigu, de 2

frères atteints de « pemphigus héréditaire à kystes épidermiques », de 2 cas de pemphigus foliacé (dont un décédé lors de son hospitalisation dans le service de dermatologie) et d'un pemphigus de type non précisé, ayant des bulles des mains et un signe de Nikolsky positif. Les observations cliniques n'étaient jamais détaillées, sans compte rendu histologique. La durée d'évolution n'était pas connue.

10.2. Dermatite polymorphe de Duhring et Brocq

Il y avait 6 cas entre 1921 et 1937, chez 5 hommes et 1 femme. La durée d'évolution était relativement courte, de quelques jours à 5 mois ; la maladie évoluait par poussées récidivantes en automne chez un patient. Les descriptions cliniques évoquent des lésions érythémateuses avec vésicules et bulles, parfois végétantes, prédominant aux extrémités et avant-bras. Chez un patient, il était précisé le caractère douloureux et prurigineux des lésions.

10.3. Erythème polymorphe

Nous avons relevé 11 cas d'érythème polymorphe, chez des patients d'âge moyen 39 ans avec un sex-ratio de 1. La durée moyenne d'évolution n'était connue que chez deux patients, et était de quelques jours. Sept patients étaient hospitalisés. Un cas était qualifié de majeur avec une atteinte muqueuse buccale et conjonctivale, responsable du décès (endocardite à l'autopsie). Sémiologiquement, les lésions étaient décrites comme : des cercles rouge-vif, à bords festonnés et centrés par épiderme d'aspect macéré ; ou des plaques œdémateuses rapidement phlycténulaires. Un cas était récidivant, sans cause mise en évidence.

10.4. Autres dermatoses bulleuses

Nous avons également noté un cas d'« éruption bulleuse éosinophilique », chez un homme de 57 ans, dont la durée d'évolution était longue et chronique (2 ans).

Nous avons noté 2 cas d'impétigo herpétiforme (2 femmes de 63 ans), dont la description évoque des lésions sous forme de plaques rouge foncé squameuses, surmontées de pustules en périphérie.

11. Troubles pigmentaires

Nous avons relevé 28 cas de troubles pigmentaires, chez 16 hommes et 9 femmes, âgés de 36 ans en moyenne.

11.1. Hyperpigmentation

11.1.1. Acanthosis nigricans

Il y avait 3 cas d'acanthosis nigricans, chez des hommes de 35 à 39 ans, diagnostiqués entre 1921 et 1925. Cliniquement, on notait une peau de teinte brune, épaissie et plissée, acquise, sur les cicatrices, les plis (cou et creux axillaires) et les coudes, dans un contexte de cancer de l'estomac pour un cas. Un second cas était décrit de « type Kaier » avec de multiples nævus pigmentaires généralisés sur le tronc, sans notion de cancer associé.

11.1.2. Hyperpigmentation localisée

Nous avons 7 cas descriptifs de lésions hyperpigmentées localisées : 4 cas de taches pigmentaires (cuisse, cou), de lésions pigmentées post-inflammatoires (sur un eczéma ancien ou secondaire à des lésions de grattage : 2 cas), un cas de ligne blanche pigmentée. Nous avons noté le compte rendu histologique d'une tache pigmentaire : épiderme pigmenté révélé par le nitrate d'argent, de structure normale, sans infiltrat inflammatoire dermique.

11.1.3. Dermite des chaufferettes

Il y avait un cas, caractérisé par une pigmentation en réseau de la paroi abdominale, secondaire à l'utilisation de chauffeuses.

11.2. Hypopigmentation

11.2.1. Vitiligo

Il s'agissait de 7 cas, dont 6 hommes, âgés de 24 à 50 ans. Cliniquement, 3 cas étaient généralisés, avec des macules dépigmentées d'extension progressive, sur les mains, les membres supérieurs, le tronc et le visage ; et 2 étaient localisés aux extrémités (pieds et mains). Il était noté un facteur déclenchant dans un cas : une injection de sérum antitétanique. Il y avait un compte rendu décrivant un vitiligo chez un patient cirrhotique : on notait une accumulation de mélanine d'un côté de la biopsie, alors que l'autre côté en était totalement dépourvu, avec une séparation nette.

11.2.2. Leucodermie

Trois cas de leucodermie ont été biopsiés : un cas dit « des vagabonds », un sur peau pigmentée, et un associé à des taches érythémateuses sans diagnostic précis.

11.3. Poïkilodermie

Il y avait 6 cas, dont 5 femmes, âgés de 30 à 56 ans, pour lesquelles un diagnostic de poïkilodermie avait été posé, il s'agissait d'un diagnostic descriptif sans cause précise. Cliniquement, les lésions étaient diffuses, télangiectasiques et squameuses (1 cas), sclérodermiformes (1 cas), érythémateuses, pigmentaires, réticulées et atrophiques (1 cas). Un compte rendu histologique était disponible (G297) : l'épiderme était atrophique avec hyperpigmentation des couches basales, un minime infiltrat lympho-histiocytaire péricapillaire et des vaisseaux dilatés.

11. Ulcères

Nous avons classé dans la catégorie « ulcères » les cas d'ulcérations, soit d'origine vasculaire, soit sans diagnostic étiologique précis, infectieux ou néoplasiques notamment. Il y avait 29 cas, chez des patients d'âge moyen 44 ans (14 à 71 ans), avec un sex-ratio de 1, dont la durée d'évolution allait de quelques jours à plus de 40 ans. Les prélèvements infectieux, notamment à la recherche d'une syphilis ou d'une tuberculose, étaient précisés dans 4 cas, et étaient négatifs (ulcères génitaux). Il n'y avait pas de cas publié ni de compte-rendu histologique.

11.1. Ulcère de jambe

Nous en avons relevé 11 cas, à un âge moyen de 59 ans, avec une évolution chronique prolongée de plusieurs années. Il s'agissait d'un cas d'ulcère variqueux non décrit ; d'un ulcère artériel traité par sympathectomie ; de 7 cas d'ulcère de jambe sans description sémiologique ; d'un ulcère de jambe à bords bourgeonnants sur mollet éléphantiasique dont l'histologie était en faveur d'un bourgeon charnu, d'un ulcère du pied avec atteinte osseuse sous-jacente depuis plus de 40 ans, évoquant une origine tuberculeuse mais non prouvée.

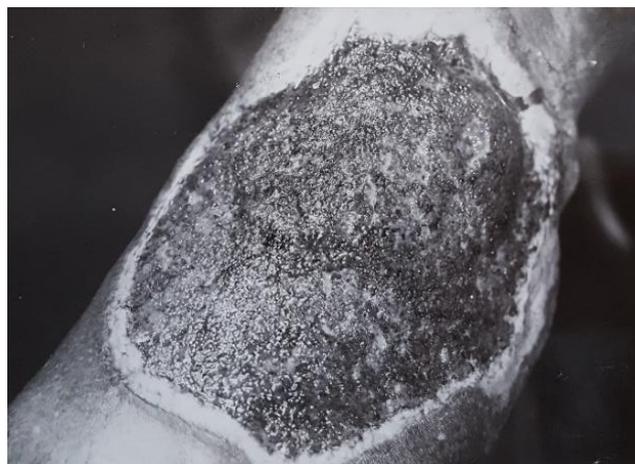


Figure 16 : Ulcère de la jambe sur mollet éléphantiasique (F291).

11.2. Ulcère génital

Il y avait 7 cas d'ulcères génitaux, chez des sujets jeunes, de moins de 22 ans, sans diagnostic étiologique, notamment infectieux précis, les prélèvements bactériologiques étant négatifs (sérologie de Bordet-Wassermann, recherche de tréponèmes ou de bacilles de Ducrey). Ils touchaient le pli interfessier (1 cas), la verge (1 cas), le sillon balanopréputial (2 cas), ou la vulve (3 cas).

11.3. Ulcère sur radiodermite

Nous avons noté 2 cas d'ulcères sur radiodermite, sur la cuisse et le nez, sans précision complémentaire.

11.4. Autres localisations d'ulcères

Il y avait 9 cas d'ulcères, à bords irréguliers et indurés, de topographie variable (fesse, hanche, langue, tempe, nez, sein, pouce, main, dos), dont l'hypothèse principale était une néoplasie mais non prouvée. Histologiquement, le cas d'ulcère de la main, profond avec mise à nu des tendons et à bordure bourgeonnante, ne révélait qu'un tissu de granulation non spécifique.

13. Lésion ganglionnaire

Entre 1926 et 1938, nous avons relevé 12 biopsies ganglionnaires, chez des patients d'âge moyen 40 ans, avec un sex-ratio de 1. Il n'y avait pas de photographie dans les registres.

Les diagnostics posés étaient :

- Adénite non spécifique : il s'agissait d'une adénopathie inguinale isolée sans dermatose ni ulcération génitale, chez un patient de 20 ans.

- Adénopathie métastatique d'un épithélioma : il s'agissait d'une atteinte ganglionnaire sous-maxillaire, récidivant après traitement par radiothérapie d'un épithélioma de localisation non précisée.
- Réticulose lipomélanique (10 cas) : le terme désigne l'aspect histologique d'une adénopathie satellite d'une dermatose étendue et chronique.

Les dermatoses associées à la réticulose lipomélanique étaient : prurigo de Besnier (2 cas), érythrodermie sur eczéma confirmé histologiquement (1 cas), mycosis fongoïde (peau infiltrée et lichénifiée : 1 cas), érythrodermie sans diagnostic étiologique (6 cas) (érythème prurigineux diffus, desquamatif). Chez deux patients, une numération-formule sanguine avait été effectuée, et était normale, sans hyperéosinophilie ni hyperlymphocytose. Le compte-rendu de la biopsie G358 est détaillé dans le registre : l'hypothèse clinique était celle d'une maladie de Hodgkin. Le compte rendu histologique évoque une prolifération des éléments réticulaires ganglionnaires, principalement dans la zone corticale avec atrophie des follicules lymphoïdes. Des dépôts de mélanine et de lipides sont visualisés dans les structures réticulaires.

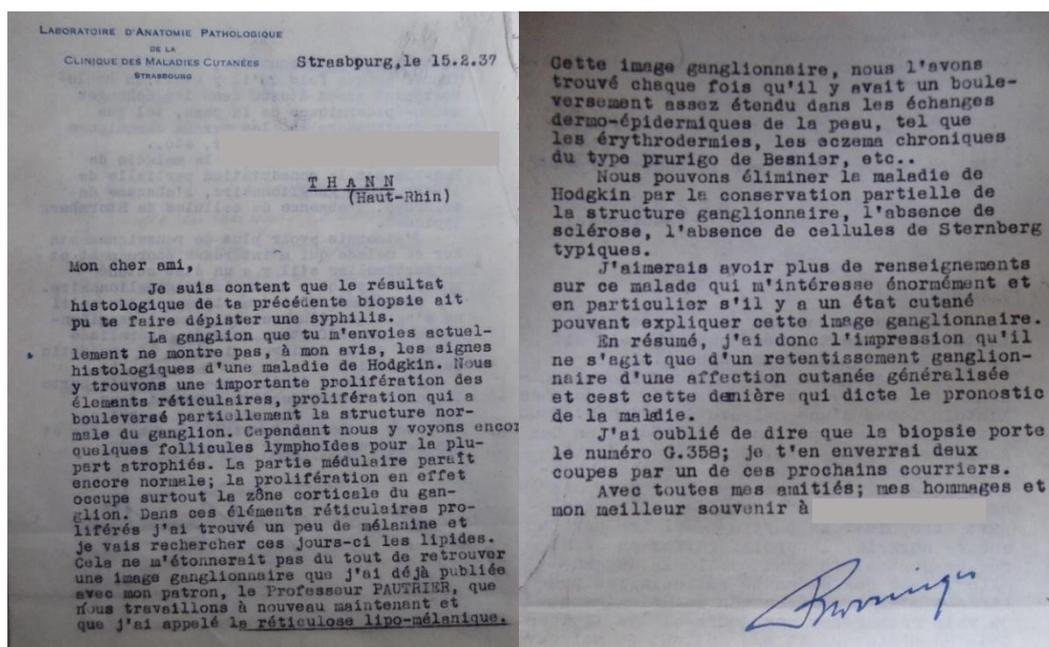


Figure 17 : compte-rendu histologique sous forme de lettre de réponse au médecin adresseur (G358).

14. Diagnostics non dermatologiques et cas expérimentaux

14.1 Diagnostics non dermatologiques

Au sein du laboratoire de dermatologie, était également réalisée l'analyse de pièces non dermatologiques, la plupart étant adressées par des services de chirurgie de l'hôpital civil ou provenant d'autopsies. Nous avons noté 30 cas non dermatologiques au sein des registres.

Parmi les principaux diagnostics, nous avons retenu :

- Pathologies gynécologiques ou obstétricales : analyse histologique de placenta ou d'utérus sans précision, cancer du col ou du corps de l'utérus, ovarite, endométrite, fibrome utérin, grossesse extra-utérine rompue, interruption de grossesse, fausse couche.
- Pathologies de la sphère ORL et stomatologique : adamantinome, amputation de la lèvre.
- Pathologies diverses : cirrhose hépatique, spina bifida, leucémies, myasthénie.
- Autopsie : 5 cas.

14.2. Cas expérimentaux

Nous avons classé dans cette catégorie 38 cas, soit 2% des cas, dont l'intérêt n'était pas de porter un diagnostic clinique chez un patient, mais d'acquérir des connaissances histologiques, physiologiques ou pathologiques. Parmi les situations principales, nous avons retenu : biopsie de cuir chevelu normal (8 cas), biopsie de peau normale (3 cas), biopsie de peau après cryothérapie (3 cas), biopsie d'une IDR à la tuberculine (8 cas), analyse histologique des tissus des cobayes ou lapins inoculés (5 cas).

Partie C : Données de la relecture histologique corrélées aux données cliniques

Nous avons relu les lames histologiques des cas pour lesquels une photographie clinique était jointe au registre, permettant de confirmer ou d'infirmer les diagnostics portés à l'époque. Lorsqu'il s'agissait de cas publiés, principalement au sein du Bulletin de la Société française de Dermatologie, nous avons relevé les caractéristiques cliniques plus détaillées ainsi que les descriptions histologiques, afin de les comparer à notre lecture actuelle.



Figure 18 : Lames histologiques.

1. Lymphomes cutanés ou systémiques.

Le *tableau 1* résume les données histologiques de la relecture des lames classées en tant que lymphome.

Après relecture histologique des 6 cas classés en tant que « mycosis fongoïde » (MF), ce diagnostic n'est envisagé que pour 2 cas : un cas de type tumeur unique du nez (G346) et un au stade de plaques et tumeurs ulcérées généralisées (G425), sous réserve d'une analyse uniquement cytologique et architecturale. Nos arguments principaux en faveur du diagnostic étaient l'épidermotropisme et le pilotropisme. La description histologique de l'époque n'était pas détaillée.

Les cas F177, G432 et H133 correspondaient à une lymphoprolifération cutanée, mais n'ayant pas les caractéristiques actuellement admises de MF. Ainsi, l'infiltrat dermique polymorphe sans épidermotropisme du cas F177, permettait d'évoquer comme hypothèses une hyperplasie lymphoïde réactionnelle B ou un lymphome T CD4+ pléomorphe à petites et moyennes cellules. Nous proposons le diagnostic de lymphome B à grandes cellules ou de type jambe dans le cas G432, devant un infiltrat dermique dense de grandes cellules, de taille variable, en nappes cohésives avec de nombreuses mitoses histologiquement, et une lésion tumorale ulcérée de la jambe. Dans le cas H133, une tumeur unique de l'épaule, avec infiltrat dermique de grands lymphocytes de types centroblastes et de plasmocytes, nous nous orientons vers un lymphome B.

Dans le cas G431, il ne nous a pas été possible de poser un diagnostic, les lames étant altérées, de même que dans le cas F218, classé maladie de Hodgkin.



Figure 19 : Photographies cliniques de mycosis fongoïde.

De gauche à droite et de haut en bas : a (F177) : mycosis fongoïde, un nodule érythémateux unique du menton, sans altération épidermique, depuis 5 semaines ; b (G346) : mycosis fongoïde, tumeur rouge, molle, unique de l'aile du nez ; c (G425) : mycosis fongoïde, nodules et plaques parfois ulcérées sur l'ensemble du corps ; d (G431) : mycosis fongoïde, lésions nodulaires dermiques érythémato-violacées, d'apparition progressive depuis 6 mois, sur l'hémithorax droit, avec adénopathie axillaire satellite ; e (G432) : mycosis fongoïde, développement de lésions tumorales, végétantes puis cratériformes de la cuisse droite, initialement sous cutané, puis évolution épidermique, sur fond de poikilodermie ; f (H 133) : mycosis fongoïde, tumeur unique mamelonnée érythémateuse.

Pour exemple, nous présentons le cas F177 d'une patiente de 56 ans atteinte d'une tumeur unique du menton, bombée, saillante, rouge-bistre, infiltrée, sans altération de l'épiderme. Les hypothèses proposées étaient une angiolupoïde ou une sarcoïde à gros nodule de Boeck. Après analyse histologique, les auteurs avaient finalement conclu à un MF devant un infiltrat massif de cellules rondes, polymorphes, sans épidermotropisme, associé à un infiltrat inflammatoire fait de lymphocytes, plasmocytes, histiocytes, mastocytes ; description

semblable en tous points à notre analyse actuelle. Leur conclusion est celle d'un mycosis fongoïde tumoral d'emblée, à lésion unique, hypothèse renforcée par l'efficacité de la radiothérapie et par les caractéristiques histologiques typiques d'un mycosis fongoïde d'après les auteurs.

L'absence des blocs histologiques ne nous a pas permis de réaliser de nouvelles lames ou de demander des examens immunohistochimiques.

2. Carcinomes

Le *tableau 2* résume les caractéristiques histologiques des cas classés en tant que carcinomes. La concordance entre les diagnostics histologiques et notre relecture était bonne. Nous avons confirmé tous les cas de carcinomes basocellulaires (F223, F197, F364), qui en avaient l'architecture typique avec des massifs de cellules basaloïdes connectés à l'épiderme, ainsi que celui de carcinome spinocellulaire (F468). Nous avons pu préciser les diagnostics d'épithélioma sans information supplémentaire (tumeur sur radiodermite (F270) et épithéliomatose multiple (F237, figure 20)) qui ont pu également être classés en carcinomes épidermoïdes. Nous n'avons pas pu conclure formellement pour le cas G276 d'épithélioma métatypique : devant les nappes de cellules épidermoïdes avec des artéfacts de rétraction, nous avons évoqué soit un carcinome spinocellulaire soit un porocarcinome.

Pour exemple, nous présentons 2 cas de carcinomes basocellulaires, publiés en 1932. Le cas F197 illustre l'intérêt de la biopsie et de l'analyse histologique qui a permis de corriger l'hypothèse clinique erronée devant une présentation atypique : un homme de 47 ans avait une tumeur temporale, ulcérée, indolore, molle, mal limitée, avec un écoulement séropurulent, qui évoquait fortement une lésion bacillaire gommeuse. Le second (F223),

celui d'une femme de 66 ans ayant une tumeur saillante de la pommette droite, lisse, rose vif et infiltrée, illustre une bonne corrélation anatomoclinique puisque l'histopathologie révélait un carcinome basocellulaire pseudokystique, cliniquement suspecté.

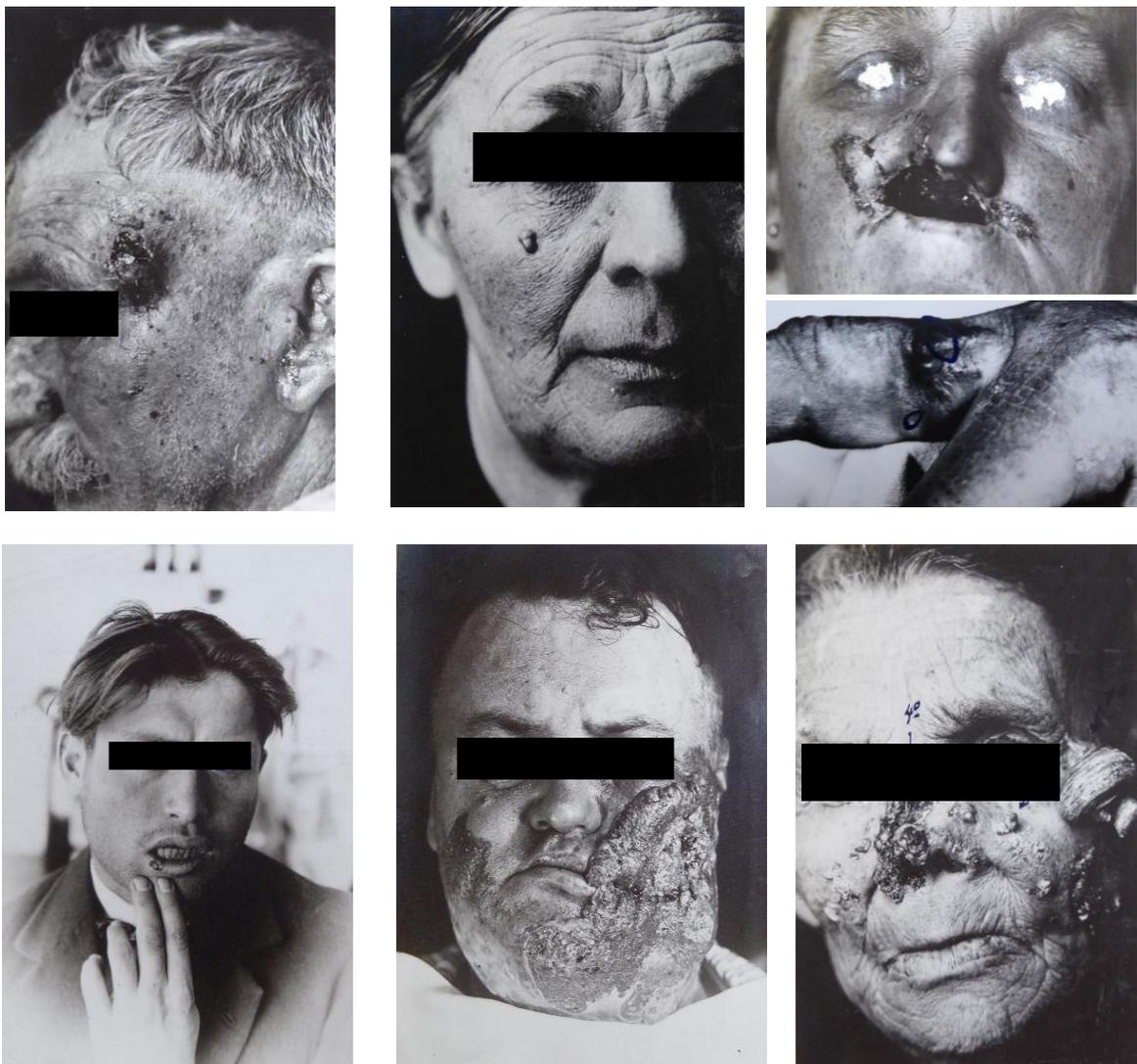


Figure 20 : Photographies cliniques de carcinomes.

De gauche à droite et de haut en bas : a (F197) : épithélioma basocellulaire « pseudogommeux » ; b (F223) : épithélioma basocellulaire « pseudokystique » ; c (F364) : épithélioma basocellulaire coexistant avec un carcinome verruqueux ; d (G276) : épithélioma métatypique ; e (F468) : épithélioma spinocellulaire ; f (F270) : tumeur sur radiodermite sur lupus ; g (F237) : épithéliomatose multiple.

Il est intéressant de remarquer que certaines photographies avaient été anonymisées dans les registres en masquant manuellement les yeux du patient.

3. Autres tumeurs malignes

Le *tableau 3* résume les résultats de la relecture histologique des autres tumeurs malignes.

Nous avons pu relire 4 cas classés comme « maladie de Paget mammaire » (G129, F141, F408 (figure 22), F184), et en avons confirmé le diagnostic, les images histologiques étant typiques, montrant de grandes cellules claires, en ascension au sein de l'épiderme. La lame F141 montrait à la fois la maladie de Paget intra-épidermique et le cancer du sein sous-jacent de type adénocarcinome, illustrant l'association entre maladie de Paget et cancer du sein. Pour exemple, nous citons le cas F141 publié en 1924, présentant le cas d'une femme de 57 ans, consultant pour des lésions érosives du mamelon depuis 7 ans, sans cancer du sein décelé à la palpation avec un diagnostic initial d'eczéma. Une biopsie cutanée avait été demandée en raison de l'évolution chronique et mettait en évidence des cellules « dyskératosiques » arrondies en ascension au sein de l'épiderme, sans invasion dermique. La discussion portait sur le terme de « dyskératose », erroné car il ne s'agit pas d'une kératinisation anormale.

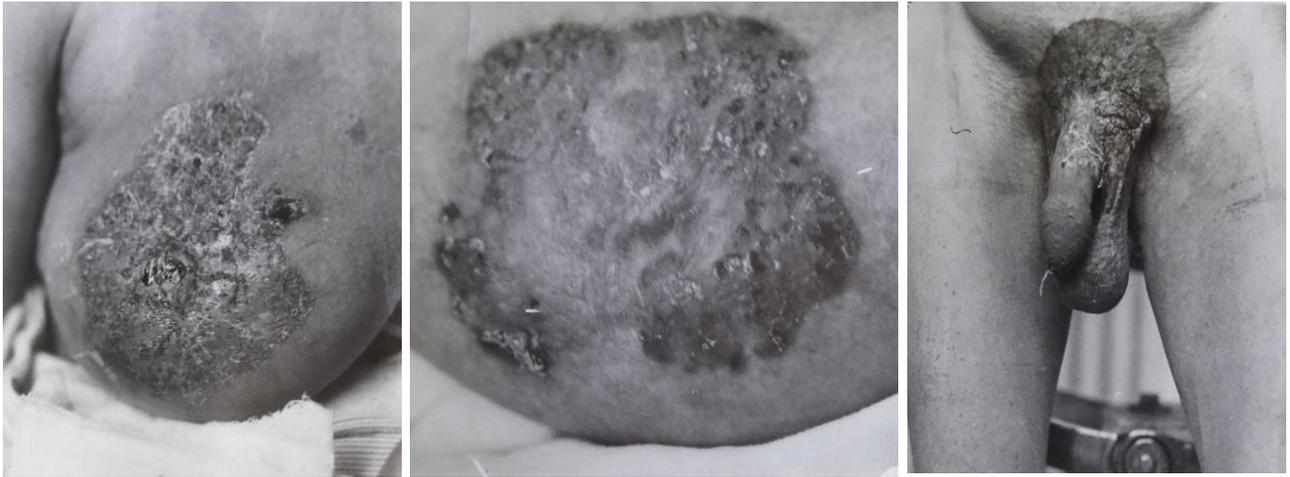


Figure 21 : Photographies cliniques de maladie de Paget.

De gauche à droite : a (F184) : maladie de Paget mammaire ; b (F408) : maladie de Paget mammaire ; c (G129) : Maladie de Paget extra-mammaire inguino-scrotale, sans notion de cancer associé.

Les 3 cas de mélanome (G14, H199 (figure 24), H237) ont également pu être confirmés par notre relecture, mettant en évidence des signes histologiques évidents de mélanome à un stade avancé : thèques de mélanocytes atypiques et ascension pagétoïde au sein de l'épiderme, invasion dermique profonde.



Figure 22 : Photographies cliniques de mélanome.

De gauche à droite : a (G14) : mélanome nodulaire sur SSM ; b (H199) : mélanome nodulaire ; c (H237) : mélanome au stade de métastases cutanées.

La classification des 3 cas de sarcomes (indéterminé G288, de Kaposi G452 et musculaire H206) n'a pas été possible de façon rétrospective, faute d'immunohistochimie et de biologie moléculaire. La lame H206 montrait effectivement une prolifération cellulaire fusiforme pouvant être compatible avec un sarcome mais la localisation et la clinique (lésions bilatérales des mains) n'évoque pas ce diagnostic en première intention. Le cas de *sarcomatose indéterminée* montrait une prolifération dermique de cellules lymphocytaires, notre hypothèse étant alors celle d'un lymphome systémique. Enfin, la lame de sarcome de Kaposi n'était plus exploitable.

Concernant le cas G458, la lame était altérée, mais les renseignements cliniques et biologiques disponibles dans l'article publié sont en faveur du diagnostic de leucémie. Il s'agissait d'un homme de 64 ans hospitalisé pour une altération de l'état général, fébrile, avec polyadénopathie, hépatosplénomégalie et des lésions cutanées sous forme de tumeurs saillantes rouge violacé purpuriques diffuses sur l'ensemble du corps et les muqueuses, ayant conduit au décès en trois mois. L'analyse histologique des lésions cutanées révélait une infiltration de larges plages dermiques et de l'hypoderme par de grandes cellules arrondies séparées les unes des autres, avec de rares mitoses. Initialement le patient avait une leucopénie, puis secondairement un état leucémique avec une blastose sanguine. Il était conclu à une leucémie aigüe myéloïde aleucémique avec une atteinte cutanée leucémique, avec la particularité d'une évolution « subaiguë » différente d'une leucémie aigüe classique.



Figure 23 : Photographies cliniques de sarcomes.

De gauche à droite puis en bas : a (H206) : sarcome musculaire ; b (G458) : leucémie ; c (G288) : sarcomatose indéterminée : Tumeurs multiples du cuir chevelu, dont l'évolution a été fatale ; d (G452) : sarcomatose de Kaposi.

4. Tumeurs bénignes

Le *tableau 4* résume les données histologiques des tumeurs bénignes. Parmi les cas de tumeurs bénignes et nævus, nous avons confirmé le diagnostic de pilomatricome (G128 : épithélioma calcifié de Malherbes, sans photographie clinique), neurofibrome (F298) dans un contexte de maladie de Recklinghausen, ainsi que celui de nævus verruqueux (F251), dont les caractéristiques histologiques étaient typiques. Une lame était ininterprétable (F374), celle du cas de xanthomes éruptifs. Nous avons pu compléter le diagnostic de nævus sébacé (F321), puisque qu'en bordure de lame était visualisé un sébacéome fait de sébocytes immatures, qui concorde avec l'image clinique montrant des nodules exulcérés sur le nævus sébacé. Le cas F158 correspond à celui que Woringer avait publié en 1931, y décrivant le cas d'un homme de 41 ans, ayant une tumeur de la jambe

droite depuis 4 ans, arrondie, lisse, de teinte jaune-bistre, ferme mais mobile. Les hypothèses sont celles d'un xanthome ou d'un histiocytome. L'analyse histologie révélait un infiltrat dermique, séparé de l'épiderme par une bande de collagène sain, à limite nette mais non encapsulé, fait de petites cellules avec un aspect spumeux du protoplasme. Il conclut à une tumeur intermédiaire non encore décrite, entre un xanthome (mais n'en ayant pas les caractéristiques, notamment par l'absence de cellules géantes de Touton) et un fibrome ; et proposa alors le terme d'« histiocytome xanthélasmié » pour définir un sous-type particulier d'histiocytome. Notre relecture confirme effectivement le diagnostic d'histiocytofibrome de forme xanthomisée.

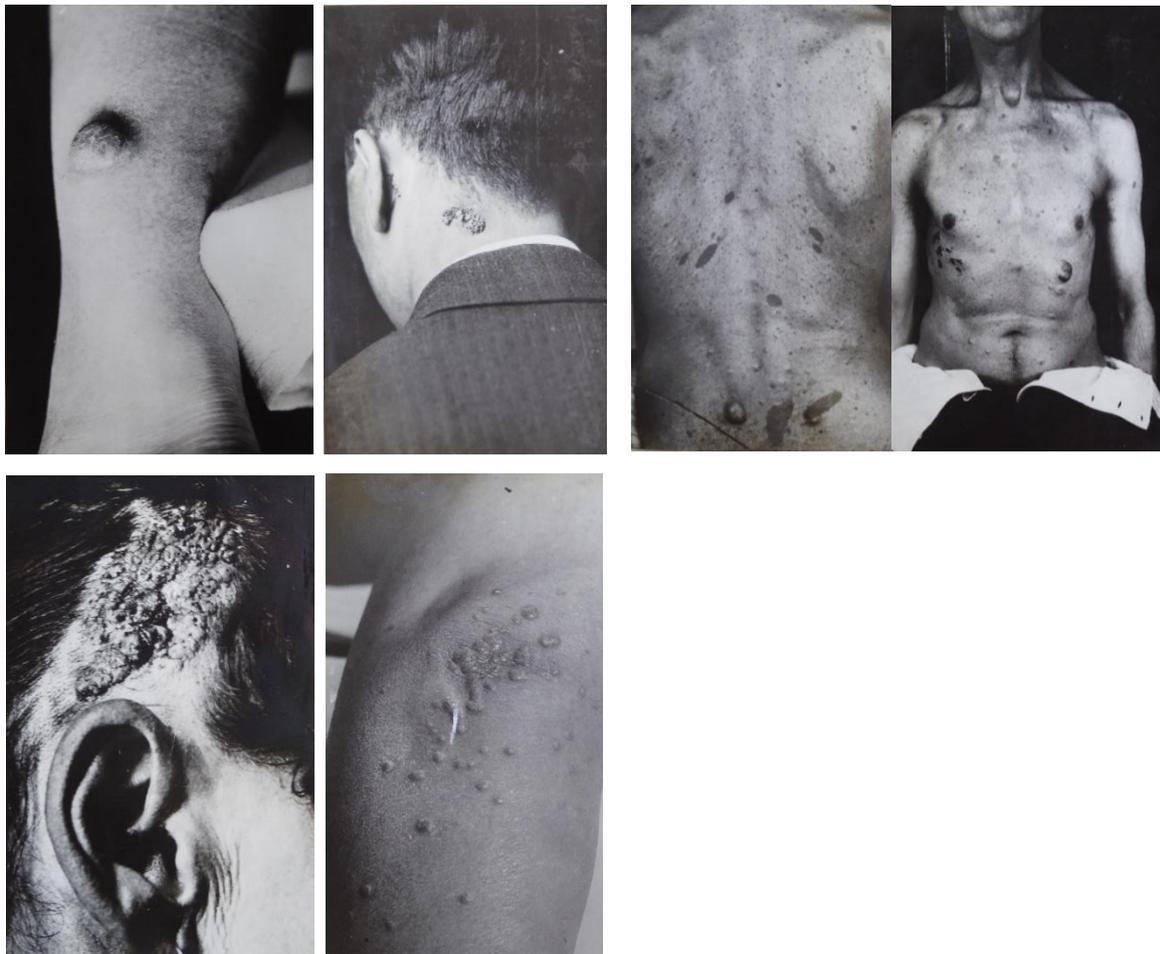


Figure 24: Photographies cliniques de tumeurs bénignes.

De gauche à droite et de haut en bas : a (FF158) : histiocytome xanthélasmié ; b (F251) : naevus verruqueux ; c (F298) : neurofibromatose de Recklinghausen ; d (F321) : naevus sébacé ; e (F374) : xanthomes éruptifs.

5. Dermatoses infectieuses

Le *tableau 5* résume les résultats de la relecture histologique pour les dermatoses infectieuses.

5.1 Tuberculose

Les 4 cas de tuberculose verruqueuse (G73, G77, G95, F210) sont probables, l'hyperkératose et l'infiltrat dermique tuberculoïde (granulomes gigantocellulaires et épithélioïdes nécrosants) étant en faveur de ce diagnostic. La présence de bacille de Koch était signalée à l'époque, mais les lames colorées avec le Ziehl étaient altérées. Deux de ces cas avaient été publiés, ce qui nous permet d'avoir accès au compte-rendu histologique de l'époque (« follicules tuberculeux dermiques de cellules géantes et épithélioïdes »), ce que nous avons constaté lors de notre relecture. L'originalité du cas G73 reposait sur la localisation atypique muqueuse d'une tuberculose verruqueuse par auto-inoculation via les expectorations bacillaires bronchiques du patient, alors que ce mode de contamination provoque habituellement un ulcère tuberculeux. Le cas F210 avait été publié pour illustrer une tuberculose verruqueuse par inoculation externe, et non à partir d'un foyer profond.

De même, les 2 diagnostics d'« ulcère tuberculeux » sont vraisemblables (F339, F135), malgré l'altération des colorations de Ziehl les rendant inexploitable. Le cas F135 était original par sa localisation (ulcères du cuir chevelu), confirmé histologiquement (ulcération épidermique avec un infiltrat tuberculeux, très bacillifère).

Nous avons confirmé le cas F378 en tant que possibles tuberculides ulcéreuses, mais pour le cas F217, nous émettons l'hypothèse d'un érythème induré de Bazin, en raison des signes de vasculite et des thromboses, malgré l'absence d'atteinte hypodermique sur les lames

disponibles. L'infiltrat tuberculeux peu important était en faveur de tuberculides, plutôt qu'une lésion de tuberculose cutanée active de type ulcère tuberculeux.

La mise en évidence d'un infiltrat dermique granulomateux non nécrosant, sans dermite de l'interface, est compatible avec le diagnostic de lupus tuberculeux pour les 2 cas relus (F5, F70).



Figure 25 : Photographies cliniques de tuberculose cutanée.

De gauche à droite et de haut en bas : a (F210) : tuberculose verruqueuse ; b (G77) : tuberculose verruqueuse ; c (G73) : tuberculose verruqueuse ; d (G95) : tuberculose verruqueuse ; e (F135) : ulcère tuberculeux ; f (F339) : ulcère tuberculeux ; g (F217) : tuberculides ulcéreuses ; h (F378) : tuberculides ulcéreuses.

5.2. Syphilis

Les diagnostics de syphilis primaire (F207), secondaire (F134, F362) et gomme syphilitique (F245), semblent validés par l'infiltrat inflammatoire riche en plasmocytes. Au contraire, pour les cas F340 et F344 (tubercules syphilitiques), nous n'avons pas pu confirmer le diagnostic, la lame étant ininterprétable dans un cas et non spécifique dans le second (F344 : nombreux granulomes dermiques à cellules géantes) ; une syphilide granulomateuse n'est pas exclue.



Figure 26 : Photographies cliniques de syphilis.

De gauche à droite et de haut en bas : a (F207) : syphilis primaire ; b (F340) : tubercules syphilitiques ; c (F344) : tubercules syphilitiques ; d (F245) : gomme syphilitique congénitale ; e (F362) : syphilis végétante.

5.3. Infection virale

Nous avons relu 3 cas de « nodules des trayeurs » (F431, F414, F204), dont un était particulièrement représentatif (F431, figure 30), avec un épiderme « soufflé », un effet cytopathogène (kératinocytes clairs et inclusions rouges) et un œdème dermique important. La corrélation anatomoclinique (photographie et publication) nous permet tout de même de conclure au diagnostic de nodules de trayeurs pour le cas F204, malgré une histologie non spécifique, puisque le patient avait une dizaine de lésions vésiculobulleuses hémorragiques, bleues-violacées des mains, contractées alors qu'il trayait ses vaches qui avaient des lésions semblables sur les pis. Enfin, le cas de « corne cutanée » (F299) correspondait finalement à une verrue typique avec un épiderme hyperkératosique et des effets cytopathogènes viraux.

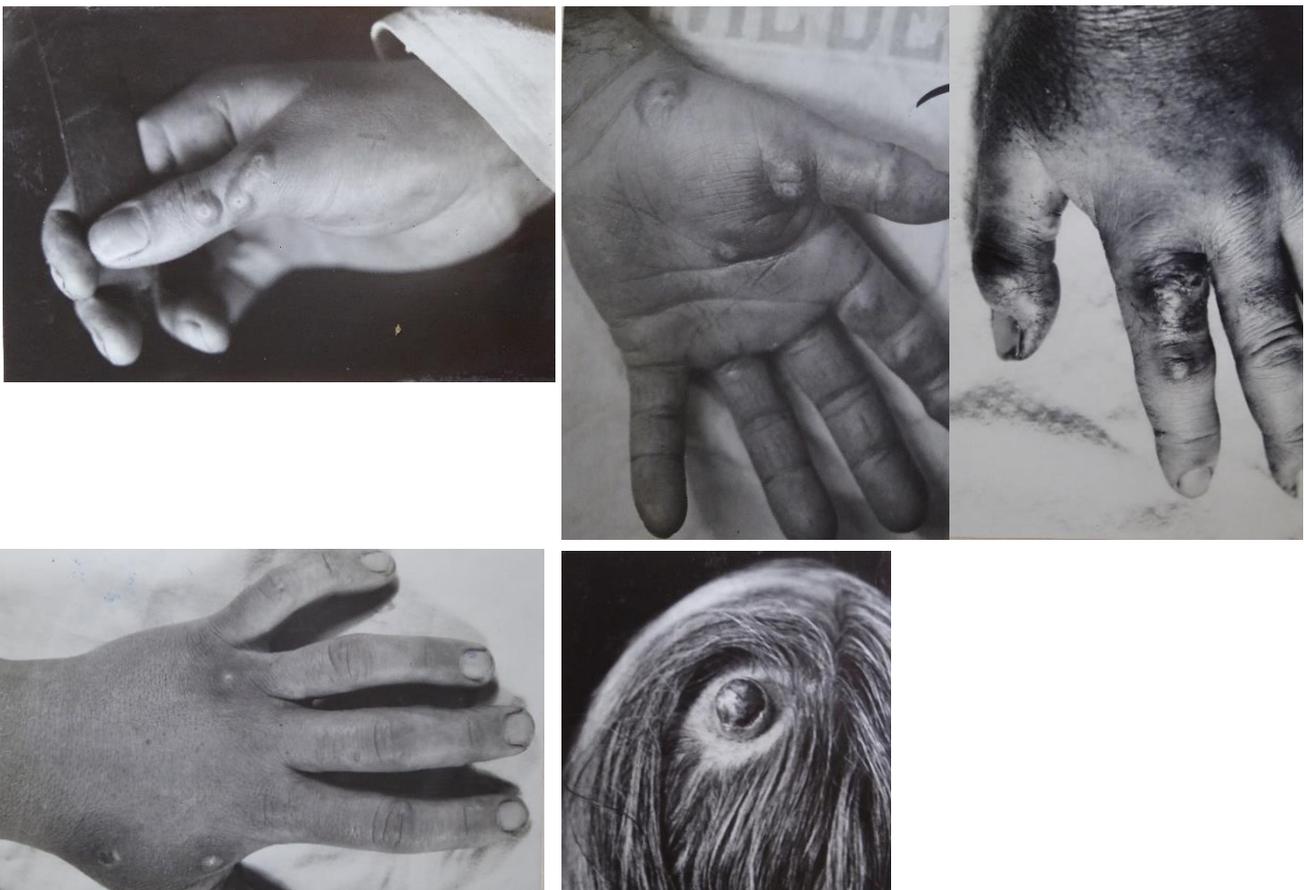


Figure 27 : Photographies cliniques d'infection virale.

De gauche à droite et de haut en bas : a (F204) : nodule des trayeurs ; b (F414) : nodule des trayeurs (2 images) ; c (F431) : paravaccine ; d (F299) : corne cutanée.

6. Dermatoses inflammatoires

Le *tableau 6* résume les données de la relecture histologique pour les dermatoses inflammatoires.

6.1. Dermatose acantholytique

Le cas G242 (figure 32) est une très belle illustration d'une maladie de Darier, intitulée « psorosperme végétante » à l'époque, avec des images d'acantholyse, de dyskératose et de parakératose.

6.2. Maladie des annexes

Les 2 premiers cas (G150 et F376) de pseudopelade de Brocq sont de très bons exemples d'une alopecie cicatricielle très évoluée, comme le montre la disparition totale des follicules pileux associée à une fibrose non inflammatoire, et des axes fibreux verticaux. Le cas F235 pourrait correspondre à un lichen plan pileux : il s'agit bien d'une alopecie cicatricielle, mais on observe une dermatite de l'interface en bordure. Ce diagnostic aurait été à confirmer par la réalisation de nouvelles coupes histologiques. La lecture histologique de la lame de « folliculite décalvante » (F157) (folliculite avec destruction du follicule) corrélée à la clinique (publication décrivant des folliculites du cuir chevelu évoluant vers une alopecie cicatricielle, sans pustules) nous a permis de confirmer ce diagnostic. Pautrier avait proposé le terme descriptif de « folliculite chronique dépilante cicatricielle », puisqu'il manquait les pustules pour évoquer le diagnostic de « folliculite de De Quinquaud ».

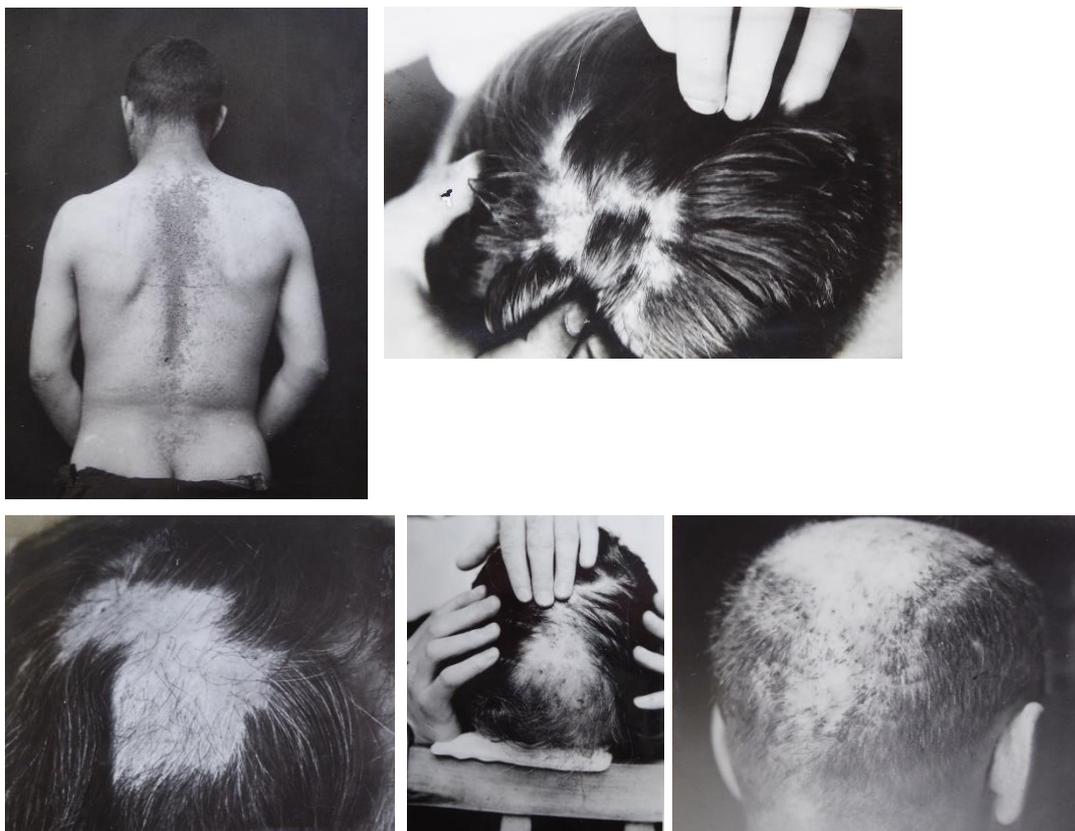


Figure 28 : Photographies cliniques de maladies de Darier et des annexes.

De gauche à droite et de haut en bas : a (G242) : Psorosperose folliculaire végétante ; b (F235) : pseudopelade de Brocq ; c (F376) : pseudopelade de Brocq ; d (G150) : pseudopelade de Brocq ; e (F157) : folliculite décalvante.

6.3. Dermatose bulleuse

Nous avons rejeté le diagnostic de « pemphigus » (F239, figure 34), puisque l'histologie révélait une bulle jonctionnelle, sans acantholyse, associée à un infiltrat dermique de PNN et éosinophiles (PNE). L'hypothèse d'une pemphigoïde est vraisemblable, le terme de pemphigus n'étant pas restrictif à l'époque.

Le cas d'érythème polymorphe (F191, figure 35) était caractéristique, montrant une bulle jonctionnelle avec un œdème du derme superficiel peu inflammatoire, mais la lame de lichen plan bulleux (F373), montrant une bulle jonctionnelle sans dermite de l'interface ne permet pas de conclure.

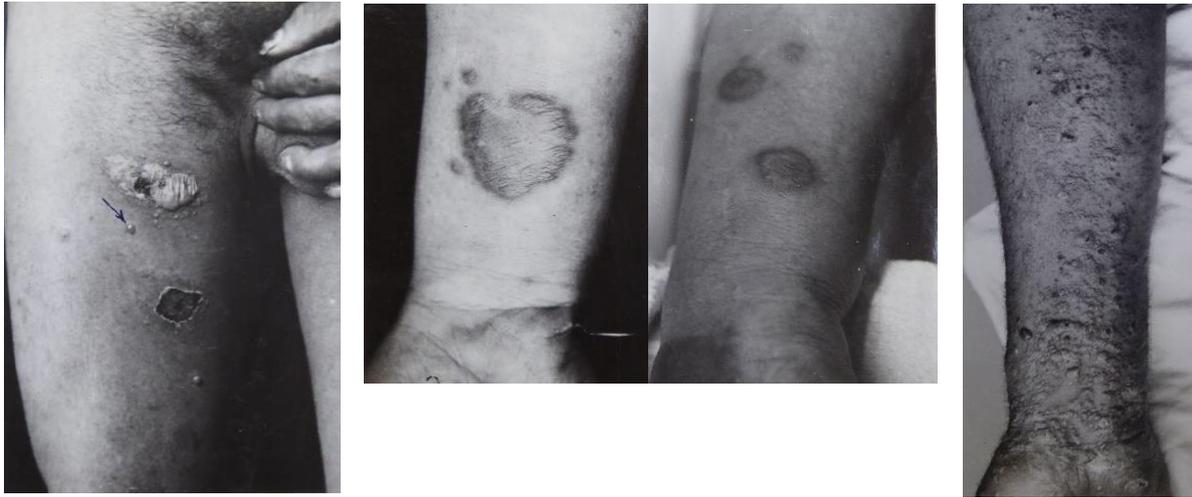


Figure 29 : Photographies cliniques de dermatoses bulleuses.

De gauche à droite : a (F239) : pemphigus subaigu ; b (F191) : érythème polymorphe géant ; c (F373) : lichen plan bulleux.

6.4. Troubles de la kératinisation

Nous avons validé le diagnostic de psoriasis pour les 2 cas relus (figure 37), qui avaient une architecture psoriasiforme typique avec acanthose régulière, parakératose, amincissement de la granuleuse et de la zone suprapapillaire. Nous n'avons pas pu poser de diagnostic précis pour le cas de parakératose psoriasiforme, mais un eczéma nummulaire pourrait être compatible (parakératose, spongiose et vésicules). Nous avons confirmé le diagnostic de pityriasis rubra pilaire (F96) : hyperkératose parakératosique, acanthose non psoriasiforme, derme non inflammatoire.



Figure 30 : Photographies cliniques de psoriasis.

De gauche à droite : a (F214) : psoriasis ; b (G226) : psoriasis zoniforme (2 images).

6.5. Granulomatoses

On trouve 3 cas de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann (F459, G345 (figure 39), G40), dont l'analyse histologique a confirmé la présence de granulomes sarcoïdosiens dermiques, non nécrosants, ce que Pautrier avait également relevé pour le cas G40 notamment : « nappes de cellules épithélioïdes avec quelques cellules géantes, dermiques ». Il s'agissait d'un cas clinique descriptif pour présenter cette entité, et insister sur la nécessité de rechercher une atteinte extra-cutanée (iritis, atteinte pulmonaire). Cliniquement, les lésions étaient typiques, annulaires et lupoïdes.



Figure 31 : Photographies cliniques de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

De gauche à droite : a (F459) : Sarcoïde dermique de Boeck ; b (G40) : Maladie de Besnier-Boeck ; c (G345) : Maladie de Besnier-Boeck.

Les 2 cas de granulomes annulaires (G310 et H130 (figure 41)) ont pu être confirmés par la présence d'un infiltrat dermique histiocytaire, interstitiel, sans disposition palissadique, avec une couronne lymphocytaire périphérique.



Figure 32 : Photographies cliniques de granulomes annulaires.

De gauche à droite : a (G310) : granulome annulaire ; b (H130) : granulome annulaire.

6.6. Autres diagnostics

Pour le cas d'érythème noueux (G239), on note un infiltrat inflammatoire dermique non spécifique sans atteinte hypodermique sur les lames disponibles, ne permettant pas de conclure.

Le cas d'érythème circiné de Darier (G391 : « érythème annulaire centrifuge ») pourrait être compatible avec ce diagnostic, mais l'histologie n'est pas spécifique (infiltrat périvasculaire discret).

Nous avons confirmé les diagnostics d'urticaire pigmentaire (F163 : infiltrat mastocytaire franc), de lichen corné hypertrophique (F260), de prurigo de Hebra (F250) et de sclérodermie en plaques (F249), dont l'aspect histologique est typique d'une morphée (derme fibreux horizontalisé, glandes sudorales refoulées, bouchons cornés). La description clinique du cas publié d'urticaire pigmentaire était tout à fait typique : éruption à type de papules et macules brunâtres, dermiques, sans altération de surface, turgescents à la friction.

Le cas G62 de lupus érythémateux serait en faveur d'un lupus discoïde, et non d'une tuberculose cutanée, alors que des arguments en faveur d'une tuberculose avaient été mis en évidence à l'époque (inoculation au cobaye positive).

Les lames du cas intitulé « péri-artérite noueuse » (H139) ne nous permettent pas d'évoquer ce diagnostic, les anomalies visibles étant non spécifiques : ulcération, absence de panniculite septale avec atteinte vasculaire.

La biopsie de poikilodermie (G255) n'étant pas représentative, ne montrant pas d'atrophie notamment, nous ne pouvons pas conclure. L'aspect clinique est cependant évocateur.



Figure 33 : Autres dermatoses inflammatoires.

De gauche à droite et de haut en bas : a (G255) : poikilodermie ; b (F163) : urticaire pigmentaire ; c (F260) : lichen corné hypertrophique ; d (F250) : prurigo de Hebra ; e (H139) : péri-artérite noueuse ; f (F249) : sclérodemie en plaque et vitiligo.

7. Autres dermatoses

Le *tableau 7* récapitule les données de la relecture histologique des autres dermatoses. Il n'y avait pas d'anomales histologiques visibles pour le nævus anémique, ce qui est concordant avec l'image clinique et est bien l'aspect attendu. Les 3 cas de chéloïdes (F220, F259, F188) ont pu être validés devant un aspect de fibrose dermique caractéristique. Le cas étiqueté vergeture (G259) correspondait cliniquement et histologiquement à une anéto dermie, montrant la disparition des fibres élastiques au centre de la biopsie. Enfin, nous avons confirmé le diagnostic de lymphangiome (F297), histologiquement et cliniquement caractéristique.



Figure 34 : Autres dermatoses.

De gauche à droite et de haut en bas : a (F188) : chéloïde ; b (F220) : chéloïde ; c (F259) : chéloïde sur tatouage ; d (F212) : nævus anémique ; e (F297) : lymphangiome ; f (G259) : vergeture.

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

1. Données générales

Notre travail a permis un recueil exhaustif de l'ensemble des cas histologiques analysés au laboratoire de la Clinique dermatologique de Strasbourg, pendant la période de l'entre-deux-guerres, sous la direction de Lucien-Marie Pautrier. Cela a été possible grâce aux registres et lames histologiques soigneusement conservées et classées par diagnostic.

Le grand nombre de cas recensés (2222), en augmentation au fil des années, illustre le dynamisme du laboratoire et l'intérêt croissant pour la dermatopathologie. La biopsie est ainsi devenue un geste banal en dermatologie, sans être quotidien ni routinier. Cet intérêt pour la dermatopathologie, corrélée à l'examen clinique et photographique a permis les débuts de la méthode anatomoclinique. Pautrier a ainsi repris l'enseignement de Darier, qui, dès 1900, écrivait dans « La pratique dermatologique » qu'« il y a des cas, véritablement nombreux en pratique, où la biopsie s'impose comme un devoir au médecin vis-à-vis de son malade », afin de poser un diagnostic précis, notamment dans le domaine des tumeurs (3, 9). La lecture des registres montre cependant que la décision de biopsie était le plus souvent motivée par l'intérêt scientifique du cas, à visée illustrative et d'approfondissement des connaissances. En effet, les cas les plus détaillés et photographiés, étaient également ceux publiés. Il s'agissait donc avant tout de documenter la pathologie. Le cas F205 d'un psoriasis typique illustre cette démarche, avec le commentaire « beau psoriasis » et « biopsie d'un élément démonstratif ». De même, les données d'activité du service d'hospitalisation de dermatologie de Strasbourg confirment que la majorité des patients n'avaient pas de biopsie : 3 biopsies d'eczéma parmi 103 patients du service entre 1933 et 1939, 2 biopsies de psoriasis parmi 9 cas, aucune biopsie d'ulcère de jambe parmi 21 cas. Les pathologies

courantes étaient ainsi de diagnostic clinique et non histologique. Au contraire, les 3 cas de maladie de Besnier-Boeck, à laquelle Pautrier s'intéressait particulièrement, ont été biopsiées (11).

Les registres d'histologie sont le reflet du dynamisme universitaire et de l'activité d'enseignement du service de dermatologie, puisque de nombreux cas de patients vus à Strasbourg ont fait l'objet d'une publication (environ 5% des cas) dans des journaux nationaux ou internationaux (Annales de dermatologie et de syphiligraphie, Archives of dermatology, Dermatologische Wochenschrift...). Lors des RDS, pluriannuelles, étaient présentés les cas strasbourgeois les plus originaux ou difficiles, suivis de discussions et débats entre les participants, afin de faire évoluer les connaissances, toujours selon la méthode anatomoclinique, puisque les données cliniques et photographiques étaient illustrées par les données histologiques. Enfin, c'est la valeur scientifique de Pautrier et son expertise qui lui ont permis d'organiser la « réunion spéciale » délocalisée à Strasbourg, une fois par an, auxquelles étaient conviés de nombreux éminents médecins dermatologues, sur un thème déterminé. Là encore, les cas de Strasbourg consignés dans les registres histologiques venaient illustrer les présentations.

A la lecture des registres, on a environ 5% des cas analysés qui ne provenaient pas de l'Hôpital Civil de Strasbourg. Il s'agissait le plus souvent d'avis diagnostiques, comme ceux du Dr Kolopp de Metz qui adressait la plupart de ses biopsies. Il demandait alors en retour qu'une lame lui soit envoyée, illustrant également son intérêt pour la dermatopathologie. Ces demandes d'avis provenaient de France (Alsace, Paris), mais également d'autres villes ou pays européens (Bruxelles, Vienne, Lausanne, Sofia, Pologne), voire du monde entier (Etats-Unis, Argentine, Afrique subsaharienne). D'autres cas étaient adressés à visée universitaire,

afin de participer à l'enrichissement des connaissances de pathologies auxquelles Pautrier s'intéressait particulièrement (maladie de Besnier-Boeck, chéloïdes, mycosis fongoïde).

A Strasbourg, dès 1919, l'utilisation de la photographie devient régulière, puisque dans 20% des cas biopsiés (426 cas), la prise d'une photographie du patient était mentionnée, dont un quart, en noir et blanc, étaient insérées dans les registres à partir de 1931, permettant une analyse anatomoclinique. Ces mêmes photographies étaient présentées dans les articles publiés et aux RDS.

2. Répartition des dermatoses

Notre recueil de données révèle que les dermatoses tumorales et infectieuses représentaient plus de la moitié des cas biopsiés à cette époque.

Le premier motif de biopsie était les lésions tumorales (35% des diagnostics, dont 540 tumeurs malignes soit 25% de l'ensemble des diagnostics), fréquemment diagnostiquées à un stade tardif, après des années d'évolution, les patients consultant beaucoup plus tardivement. Nous avons autant de CSC que de CBC biopsiés ; cette répartition était également équivalente pour les motifs d'hospitalisation (11), alors que l'incidence actuelle est de 10 CBC pour un CSC (12). Entre 1933 et 1939, les tumeurs cutanées représentaient environ 5% des motifs d'hospitalisation en dermatologie à Strasbourg, soit 32 cas en 7 ans, dont seulement la moitié ont été biopsiées (11): il ne s'agissait donc pas encore d'un geste systématique devant une tumeur cutanée. Les CSC sont notamment la conséquence des dermatoses inflammatoires chroniques se cancérisant après des années d'évolution comme le lupus vulgaire, évoluant souvent depuis l'enfance, et les radiodermites consécutives au traitement des tuberculoses cutanées ; illustrant le contexte médical de l'entre-deux

guerres. A l'inverse, le mélanome était rarement biopsié : 10 cas diagnostiqués en 20 ans, tous à un stade tardif : nodulaire très épais ou métastatique au moins cutané. Le pronostic sombre et l'évolution métastatique cutanée (30% de récurrence sur la cicatrice d'exérèse), ganglionnaire (18%) et viscérale, fatale en quelques mois étaient connus et avaient été confirmés par une étude menée à la Mayo Clinic publiée en 1932 (13). Les auteurs déduisaient de cette analyse des recommandations de prise en charge par exérèse large (avec marges de 4 cm) plutôt que par radiothérapie des lésions mélaniques suspectes, décrites comme de couleur noire, nodulaires, saignant facilement, c'est-à-dire, ayant toutes les caractéristiques d'un mélanome nodulaire, évolué, de mauvais pronostic. Le dépistage de lésions mélaniques atypiques n'était évidemment pas organisé et la population ne consultait pas pour une lésion plane.

Les dermatoses infectieuses étaient également fréquemment biopsiées (25% de l'ensemble des cas), dont 75% étaient des tuberculoses cutanées, syphilis et autres IST. Le raisonnement diagnostique et la décision de prélèvement cutané étaient orientés vers la recherche d'une cause infectieuse en première hypothèse : la recherche d'antécédents personnels et familiaux infectieux était systématique ; et les examens complémentaires (inoculations animales, sérologies, IDR, colorations spéciales) s'acharnaient à éliminer une étiologie infectieuse, tuberculeuse ou syphilitique. Un travail de thèse mené en 1989 à propos de l'activité du service d'hospitalisation de dermatologie de Strasbourg avant-guerre (11) confirme la grande prévalence des dermatoses infectieuses puisqu'elles représentaient 38% des motifs d'hospitalisation, dont les trois-quarts étaient des syphilis. Cette prédominance de maladies infectieuses était encore plus marquée sous l'occupation allemande (1940-1944) puisque 57% des malades hospitalisés l'étaient pour infection (14), contre 12% en 1984 pour le même service, les cas de tuberculose et de syphilis étant devenus très

minoritaires (environ 1% des diagnostics). Nous notons cependant que seuls 20% des patients atteints de dermatose infectieuse avaient une biopsie (10% pour la syphilis et 50% pour la tuberculose) ; il ne s'agissait donc pas d'un geste systématique ni indispensable au diagnostic.

3. Quelques diagnostics remarquables

3.1. Lymphome et mycosis fongoïde.

Le mycosis fongoïde (MF) a été décrit par Alibert (1768-1837) en 1812, sous le nom de pian fongoïde. Il distinguait deux stades, un premier maculeux suivi de l'apparition de tubercules disséminés, semblables à des champignons. C'est Bazin (1807-1878) qui donna une description plus complète en détaillant trois stades consécutifs d'une maladie chronique : taches rosées hyperhémiques, puis plaques saillantes, rouge sombre, et prurigineuses, et enfin apparition d'excroissances verruqueuses ou molluscoïdes associées à des signes généraux suivies du décès du patient (3). Les premières descriptions histologiques datent de 1868 par Ranvier, qui signalent la présence de cellules au sein du derme, identiques à celles présentes dans les ganglions. Darier a décrit en 1890 des « petits abcès intra-épidermiques » de lymphocytes regroupés au sein de l'épiderme, après migration depuis le derme superficiel, comme des « nids cellulaires », terme repris par Pautrier lors de la Réunion spéciale de Strasbourg en 1937 sur les granulomatoses. Par la suite, le terme de « micro-abcès » lui sera attribué alors qu'il ne l'a lui-même jamais employé (6).

La réunion spéciale de Strasbourg de mai 1937 sur les « granulomatoses » a permis une mise au point sur l'état des connaissances dans les années 30. Le terme de MF correspondait à un terme général, rassemblant un continuum de pathologies entre le « granulome fongoïde » et

le « sarcome fongoïde ». Histologiquement, ces 2 entités se différencient en tous points de vue : hyperplasie de cellules du système réticuloendothélial au sein du derme, associé à un infiltrat inflammatoire polymorphe, parfois granulomateux pour le granulome fongoïde, versus une prolifération néoplasique désorganisée d'un seul type de cellules réticuloendothéliales, détruisant les annexes et l'épiderme. Le MF est donc considéré comme une maladie lymphadénique (= maligne) du système réticuloendothélial dermique, s'étendant de façon exceptionnelle aux autres organes lymphatiques. Ainsi, même en cas de polyadénopathie associée à un MF évolué, l'analyse histologique montre le plus souvent une hyperplasie lymphoïde réactionnelle et non un envahissement tumoral (15). La lecture des articles portant sur les cas de MF permet de distinguer les deux types de MF individualisés à l'époque : les infiltrats lymphocytaires du derme superficiel avec margination des lymphocytes le long de l'épiderme et nids intra-épidermiques, considérés comme pathognomoniques du MF non tumoral et les proliférations lymphocytaires dermiques sans épidermotropisme (MF tumoral) (16, 17).

Dans la période de l'entre-deux-guerres, le diagnostic de MF a été posé chez 39 patients, malgré le polymorphisme lésionnel (éruption de plaques disséminées, tumeurs uniques ou multiples). Notre analyse histologique a confirmé l'impression clinique de pathologies variées. En effet, parmi les 6 lames de MF relues, nous n'avons confirmé le diagnostic de MF que 2 fois, montrant qu'on désignait toute une série de probables lymphomes sous le terme unique de MF. La confrontation anatomo-clinique des données nous a permis d'évoquer plusieurs hypothèses : lymphome B à grandes cellules, lymphome de type jambe, hyperplasie lymphoïde réactionnelle B ou lymphome T CD4+ pléomorphe. Il n'était cependant pas possible de poser un diagnostic de certitude, en l'absence des blocs

histologiques qui nous auraient permis de réaliser des études immunohistochimiques ou de biologie moléculaire et ainsi de distinguer les lymphoproliférations T et B.

3.2. Tuberculose

Parmi les formes de tuberculose cutanée, on distingue :

- Le lupus tuberculeux ou vulgaire (plaque d'extension centrifuge, jaune, violacée, atrophique et squameuse) : forme pauci-bacillaire dont le foyer tuberculeux profond est très inconstant. Selon l'immunité du sujet et la virulence bactérienne sont décrits plusieurs types cliniques : lupus tumidus (pseudo-tumoral), lupus vorax (ulcéromutilant), lupus post-exanthématique, lupus papulonodulaire.
- Les formes secondaires dues à une dissémination ou une ré-inoculation du bacille tuberculeux : tuberculose verruqueuse, scrofuloderme (par contiguïté d'un foyer osseux ou ganglionnaire), gomme et ulcère tuberculeux (ou tuberculose orificielle). Ces formes sont bacillaires.
- Les tuberculides (tuberculides papulonécrotiques, lichen scrofulosorum, érythème induré de Bazin) dont l'origine est controversée : elles seraient dues à une réaction immune liée au relargage d'antigènes tuberculeux d'un foyer profond, méconnu le plus souvent. La culture et la coloration de Ziehl sont négatives.

Dans nos registres, la biopsie était utilisée à visée de diagnostic histologique (diagnostic positif et du sous-type de tuberculose) et bactériologique avec la coloration de Ziehl à la recherche de bacille de Koch (BK).

Cette dichotomie entre forme bacillaire virulente avec foyer tuberculeux viscéral et forme non bacillaire plus indolente sans foyer profond retrouvé, était déjà bien connue à l'époque ; puisque la découverte d'une forme bacillaire motivait la réalisation la recherche d'un foyer

profond de tuberculose (18, 19, 20). Néanmoins, de nombreux cas cliniques étaient publiés pour illustrer le polymorphisme clinique ainsi que la difficulté de classer l'ensemble des lésions cliniques en tuberculose primaire, secondaire ou tuberculides. Par exemple, nous avons relevé le cas d'un patient atteint d'un lupus tuberculeux typique du visage, mais bacillaire et sans foyer tuberculeux profond diagnostiqué (21) ; celui d'une patiente ayant une lésion de lupus tuberculeux du cuir chevelu alopeciant et bacillaire (22) ; ou encore celui d'un homme de 34 ans atteint de lupus scléropapillomateux (forme de lupus tuberculeux, indolente) évoluant depuis 17 ans, dont la clinique est proche de la tuberculose verruqueuse mais l'histologie et l'évolution sont en faveur d'un lupus tuberculeux (23).

La notion d'inoculation interne ou externe était également connue pour la tuberculose verruqueuse : l'inoculation externe avait lieu de façon interhumaine (cas familial de tuberculose (19)), ou professionnel via un contact avec des animaux tuberculeux (bouchers, équarisseurs, (18). L'auto inoculation se faisait via ses propres sécrétions, pulmonaires notamment (18).

Les caractéristiques histologiques des tuberculoses cutanées étaient bien décrites : infiltrat tuberculoïde intense (lupus tuberculeux ou tuberculose verruqueuse) ou discret (tuberculides), avec cellules épithélioïdes, cellules géantes, nécrose, acanthose et hyperkératose (forme verruqueuse), atteinte vasculaire hypodermique (érythème induré de Bazin) (19, 24, 25).

Au cours de la Réunion spéciale de Strasbourg de mai 1934, une mise au point sur la lupoïde miliaire de Boeck a été faite par Pautrier : il était alors admis qu'il s'agit d'une forme de tuberculose dont les arguments en faveur d'une origine infectieuse sont les suivants : infiltrat tuberculeux avec cellules géantes, cellules épithélioïdes et nécrose, avec présence de BK dans certains cas ; antécédents personnels ou familiaux de tuberculose fréquents, IDR

positive, évolution par poussées en faveur d'un ensemencement par voie sanguine. En conclusion, il s'agit de tuberculides, dont l'évolution par poussée est en faveur de la dissémination par voie hématogène. Les synonymes de la lupoïde miliaire sont « acnitis » ou encore « lupus folliculaire disséminé ». (26, 27). Aujourd'hui, on a complètement extrait la lupoïde miliaire de la tuberculose, dont elle ne partage que le granulome nécrosant à la biopsie.

L'étiologie tuberculeuse ou non n'était pas évidente pour les cas intitulés « lupus érythémateux ». Les lésions décrites évoquaient volontiers des lésions de lupus aigu, subaigu ou chronique (lésions érythématosquameuses, polycycliques, à centre atrophique, du visage et des oreilles, voire disséminées dans les formes exanthématiques). La recherche d'une tuberculose était systématique mais inconstamment positive. Les antécédents personnels de tuberculose ou les autres lésions de tuberculose cutanée associées (28, 29) étaient des arguments en faveur d'une étiologie infectieuse ; alors que la relecture de la lame G62 serait plutôt en faveur d'un lupus discoïde, au sens actuel du terme. Pour ce patient, les auteurs ne décrivaient pas d'infiltrat tuberculoïde, l'IDR était négative mais l'inoculation au cobaye fut positive, illustrant la recherche permanente du micro-organisme causal, qui est supposé être virulent, étant donné l'évolution fatale. (30). Il existait donc une certaine confusion au sein des cas étiquetés « lupus érythémateux », certains étant probablement des formes cutanées de tuberculose, alors que d'autres correspondaient à d'authentiques lupus érythémateux.

Les lésions de tuberculose étaient régulièrement mais non systématiquement biopsiées à cette époque, principalement afin d'en comprendre les mécanismes physiopathologiques (biopsie réalisée chez 50% des cas de tuberculose hospitalisés (11)). L'évolution était très prolongée (plusieurs dizaines d'années), permettant d'illustrer les complications et notamment le développement de carcinomes épidermoïdes (21 cas, soit 10% des

tuberculoses) soit sur la lésion directement, soit sur radiodermite, un des traitements de l'époque de la tuberculose cutanée.

3.3. Epidémiologie de la syphilis

Les cas biopsiés de syphilis représentaient 21% des dermatoses infectieuses et 5 % de l'ensemble des cas histologiques. Nous avons cependant noté que le nombre de cas décroît rapidement au fil des années : les années 1920 et 1921 concentrent le tiers des cas (environ 20 cas par an étaient biopsiés), alors qu'entre 1922 et 1938, il n'y avait plus qu'1 à 6 cas par an. La séance spéciale de 1933 sous la présidence de Pautrier, consacrée à l'épidémiologie de la syphilis montrait une évolution similaire, et avançait des hypothèses explicatives, à Strasbourg, mais également pour l'ensemble des villes des invités. Il s'agissait à cette époque d'un problème de santé publique, comme le prouvait l'existence des centres antivénériens dédiés. Les sources de ces données provenaient de l'activité du service de dermatologie, des dispensaires antivénériens et des casernes militaires ou maritimes. Le mode de transmission par voie sexuelle était bien connu. Le nombre de cas traités au sein de la Clinique Dermatologique est passé de 482 en 1921 à 173 en 1925, avant de connaître une nouvelle hausse du nombre de cas vers 1930. Plusieurs hypothèses explicatives sont proposées : l'arrivée de travailleurs étrangers polonais ou tchécoslovaques, l'augmentation de la prostitution libre (par opposition à la prostitution officielle), le contexte économique défavorable et le chômage. Les facteurs identifiés de diminution de l'incidence de la syphilis sont : les contrôles sanitaires et dépistages des prostituées officielles, la fermeture et les contrôles des « bars et maisons de thé louches », la propagande sur l'abstinence et la lutte contre les « pommades prophylactiques » inefficaces, le traitement gratuit et obligatoire (au Danemark) (31).

3.4. Maladie de Besnier-Boeck-Schaumann

Le terme de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann proposé par Pautrier, date de mai 1934, lors de la réunion spéciale de Strasbourg sur le thème des sarcoïdes. Besnier avait décrit le lupus pernio en 1889 (lésions du visage violacées, lie-de-vin, parcourues de varicosités) associé à des arthrites migratrices. Boeck est à l'origine de la description histologique des lésions, à petits ou gros nodules ou en placards diffus, avec la présence de « cellules géantes sarcomateuses », d'où le terme de sarcoïdes. L'origine tuberculeuse était suspectée à cette époque. Besnier décrivait déjà l'association, chez certains patients, à une atteinte ganglionnaire, oculaire ou ORL. Schaumann et Pautrier, ont développé la thèse d'une maladie systémique, « réticulo-endothéliose » touchant, non seulement la peau, mais aussi de nombreux organes (poumons, ganglions lymphatiques, articulations, œil), dont il faut rechercher l'atteinte pour envisager ce diagnostic (3). Lors de cette session en mai 1934 à Strasbourg, Pautrier décrivit les cas de 5 patients pour caractériser cette nouvelle entité. Les patientes avaient une éruption, faite de nodules dermiques rouge jaunâtre, lupoïde à la vitropression, avec quelques télangiectasies, ou de lésions annulaires. L'histologie était commune pour toutes les patientes : infiltrat de cellules épithélioïdes, couronne lymphocytaire, sans nécrose ni cellules géantes. L'inoculation au cobaye ne provoquait pas de tuberculose. L'IDR était variable, le plus souvent négative. La radiographie du thorax montrait des adénopathies hilaires. Pautrier avance ainsi la thèse d'une maladie systémique (réticulo-endothéliose), d'origine non tuberculeuse (absence d'antécédents de tuberculose ; nombreux cas scandinaves où la prévalence de la tuberculose est moindre ; histologiquement : absence de BK ou de nécrose ; IDR fréquemment négative), alors que d'autres médecins, notamment Schaumann, soutenaient la thèse d'une origine infectieuse. Finalement, au terme de la séance spéciale, le terme retenu est celui de maladie de Besnier-

Boeck (ou lymphogranulomatose bénigne de Schaumann, ou sarcoïdes dermiques à gros nodules associés à des lésions pulmonaires et ganglionnaires) (32).

Au fil des années, Pautrier publia dans les Bulletins de la Société française de Dermatologie tous les cas de cette entité vus à Strasbourg, afin d'en faire une description précise et de l'individualiser. Il a ainsi décrit précisément les lésions cliniques cutanées qui doivent faire rechercher l'atteinte d'autres organes (iritis, atteinte pulmonaire avec la présence de granulations thoraciques et/ou d'adénopathies hilaires à la radiographie, atteinte osseuse ou articulaire, adénopathies périphériques notamment épitrochléennes) pour envisager ce diagnostic (33, 34, 35). Tous ces cas lui permettront d'individualiser cette entité et de publier en 1940 son livre intitulé : « une nouvelle grande réticulo-endothéliose : la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann », dans lequel il décrit toutes les atteintes systémiques de la sarcoïdose.

Notre relecture histologique de 3 cas de maladie de Besnier-Boeck, parmi les 19 cas recensés entre 1931 et 1939, a permis de valider ces cas, confirmés par la présence de granulomes sarcoïdosiens, non nécrosant, validant ainsi le travail de Pautrier.

3.5. Dermatoses bulleuses

Avant les années 1880, un seul terme désignait toutes les maladies bulleuses : le pemphigus, qui correspondait à une nébuleuse de maladies, dont la dermatite herpétiforme (DH) de Duhring et la dermatite polymorphe de Brocq. Duhring décrit sa DH en 1884 à l'aide de 4 signes pathognomoniques : férocité du prurit, lésions polymorphes, état général conservé, évolution chronique par poussées. La lésion élémentaire était une vésicule millimétrique, à peine visible. Pour Brocq, la DH décrite par Duhring regroupait 3 cadres et la désignait sous

le nom de dermatite polymorphe prurigineuse chronique : l'herpes gestationis au cours de la grossesse, une forme chronique et une forme aigue proche de l'érythème polymorphe.

Ce n'est que dans les années 40, grâce aux travaux histologiques de Civatte, que les mécanismes physiopathologiques des maladies bulleuses commencèrent à être étudiés. Il individualisa les pemphigus vrais (bulle par acantholyse), la dermatite de Duhring (bulle sous-épidermique) et l'érythème polymorphe (bulle par nécrose de l'épiderme). En 1953, Lever différençia le pemphigus aigu malin (grave et rapidement mortel avec atteinte des muqueuses et fièvre) dont l'image histologique est une bulle par acantholyse, et le pemphigus vulgaire chronique dont la bulle est sous-épidermique, pour lesquels il propose le terme de « pemphigoïde bulleuse ». La séparation entre la dermatite herpétiforme de Duhring et le syndrome de pemphigoïde bulleuse de Brocq-Lever ne sera admis qu'en 1973, lors d'une réunion de la Société Française de Dermatologie. C'est finalement l'apport des techniques d'immunologie qui permettra d'individualiser l'ensemble des dermatoses bulleuses auto-immunes dans les années 60-70 (3).

La lame relue, correspondant au cas de « pemphigus foliacé », confirme la méconnaissance des mécanismes physiopathologiques à l'origine de la formation des bulles, puisque ce cas n'est pas un pemphigus mais une dermatose bulleuse jonctionnelle, probablement une pemphigoïde (bulle jonctionnelle avec infiltrat de polynucléaires éosinophiles); la photographie clinique étant concordante avec cette hypothèse, de même que les données précisées dans l'article publié (prurit précédant l'éruption, absence d'atteinte muqueuse, hyperéosinophilie à 4000/mm³, évolution chronique) (36). Nous n'avions évidemment pas la possibilité de réaliser une étude en immunofluorescence directe pour confirmer définitivement le diagnostic. La notion de bulle flasque ou tendue n'est jamais précisée dans

les descriptions cliniques, ce qui est également en faveur de la méconnaissance du niveau de clivage.

Etonnamment, les cas publiés n'étaient pas accompagnés de biopsie, contrairement à tous les autres travaux (37). Une certaine dichotomie parmi les dermatoses bulleuses était tout de même connue, puisque les pemphigus « vrais » et aigus, étaient connus pour être une pathologie mortelle à brève échéance, avec fièvre, bulles diffuses et atteinte muqueuse. Au contraire, la maladie de Duhring-Brocq était connue pour être une dermatose chronique évoluant par poussées prurigineuses (3, 38, 39, 40).

Les données du service d'hospitalisation de dermatologie confirment que la biopsie n'était pas systématique : parmi 21 cas hospitalisés entre 1933 et 1939, seul un tiers des patients ont eu une biopsie : 3 pemphigus biopsiés sur 5, 1 maladie de Duhring-Brocq sur 8 et 3 érythèmes polymorphes sur 9 (11).

3.6. Troubles du tissu conjonctif

3.6.1. Chéloïdes et cicatrices

La chéloïde est une lésion cutanée d'apparition spontanée ou post-traumatique retardée s'étendant au-delà des limites de la cicatrice initiale. L'histologie permet de porter le diagnostic avec certitude, montrant une masse fibreuse dermique dense, formant des nodules, avec des cellules fibroblastiques. Le collagène apparaît modifié, orangé, hyalinisé, permettant de les différencier de la cicatrice hypertrophique, qui correspond à un mode de cicatrisation pathologique et qui apparaît dans le mois suivant le traumatisme, ne dépasse pas la lésion initiale, et tend à régresser (41).

La première description de chéloïde date de 1790 par Retz, sous le nom de « dartre graisseuse », puis Alibert, en 1808, nomma cette affection « cancroïde » puis « kéloïde »

(pince ou griffe en grec) pour éviter toute confusion avec le cancer. Les premières caractérisations histologiques ont été réalisées par Kaposi à Vienne, décrivant des épais faisceaux de fibres formant le corps de la chéloïde. Ces fibres provenant de cellules fusiformes, nombreuses dans les formes jeunes de chéloïdes et rares à un stade plus tardif (3, 42).

Pautrier et Woringer se sont également intéressés à l'étude histologique des chéloïdes, publiant notamment un article original en 1931 sur le sujet. Leur exposé reposait sur une série de 6 cas analysés à Strasbourg, entre 1930 et 1931, de chéloïdes post-opératoires retardées, post-traumatiques ou spontanées, recensés dans les registres. Cette étude a permis d'en décrire les caractéristiques histologiques fines. Au faible grossissement, ils notaient que la masse fibreuse de la chéloïde apparaissait plus pâle que le tissu conjonctif périphérique. Elle est constituée de fibres et faisceaux grêles de collagène, d'orientation irrégulière, associés de nombreuses cellules (fibrocytes, mastocytes). L'histologie est identique quelle que soit l'étiologie de la chéloïde. En conclusion, il s'agit d'une néoformation conjonctivo-vasculaire, formée de tissu conjonctif jeune et cellulaire, définie comme une tumeur hyperplasique dont les facteurs déclenchants (généraux ou locaux) sont encore à préciser. L'hypothèse physiopathologique proposée était celle d'une hypercalcémie par hyperparathyroïdie, comme dans les troubles du tissu conjonctif (8).

3.6.2. Sclérodermies

Parmi les dermatoses du tissu conjonctif, deux situations étaient identifiées : les sclérodermies (sclérodactylies et morphées) dont l'étiologie suspectée était celle d'un trouble du métabolisme phosphocalcique (par hyperparathyroïdie principalement), et les états sclérodermiformes secondaires (notamment à la maladie de Pick-Herxheimer), sans

troubles phosphocalciques décelés. (43). La distinction entre sclérodermies localisées et systémiques n'était pas précisée.

Pour illustrer les connaissances cliniques, physiopathologiques et histologiques à propos des sclérodermies, nous présentons un cas publié en 1937, celui d'une femme de 47 ans, consultant pour un prurit vulvaire avec un aspect blanchâtre scléreux vulvaire en faveur d'un lichen scléreux génital (kraurosis). Elle avait également des plaques du tronc, blanches nacrées, porcelainées, brillantes, scléreuses, émiettées en bordure, non prurigineuses. Le diagnostic posé était celui d'une « white spot disease », considérée comme une sclérodermie en goutte, mais s'opposant aux sclérodermies vraies par sa faible étendue et l'absence de troubles phosphocalciques associés, et dont l'étiologie n'est pas connue. L'analyse histologique révélait une atrophie épidermique, dépigmentée, avec un aspect homogène du collagène mais très localisé (et donc différent du lichen scléreux d'après les auteurs) et une disparition des annexes et des vaisseaux dermiques. Les auteurs concluent que l'atteinte vulvaire (non biopsiée) serait une atteinte muqueuse de la white spot disease, d'autant que l'association de lésions sclérodermiques localisées cutanées et d'un kraurosis vulvae a déjà été rapportée.

L'histologie typique des sclérodermies était bien connue : épiderme atrophique avec horizontalisation de la jonction dermo-hypodermique, tissu conjonctif dermique condensé, sans aucune annexe (44).

Concernant les connaissances étiopathogéniques, comme les autres troubles du tissu conjonctif, une anomalie du bilan phosphocalcique était recherchée ainsi que le trouble endocrinien causal, thyroïdien, parathyroïdien ou ovarien (44).

3.6.3. Dermatite chronique de Pick-Herxheimer

Il est intéressant de noter que de nombreux cas (17 au sein des registres) de dermatite chronique de Pick-Herxheimer était recensés, correspondant à notre actuelle acrodermatite chronique atrophiante, forme cutanée tardive de borréliose. Le tableau clinique avait été décrit en 1883 par Buchwald (45). Pautrier lui-même s'étonnait de cette particularité géographique en Alsace chaque fois qu'il présentait un nouveau cas aux RDS (46, 47, 48), alors qu'il n'en avait vu aucun à Paris. Les cas publiés sont descriptifs. Il s'agissait d'un tableau érythromélique dont la sémiologie était la suivante : lésions initiales érythémateuses, aux membres inférieurs le plus souvent, puis apparition secondaire et retardée (quelques mois à années plus tard) d'une induration/sclérose cutanée, brune ou rouge violacée, atrophique, avec un réseau veineux anormalement apparent. Une étiologie infectieuse n'était notamment jamais évoquée. L'hypothèse avancée est celle d'une cause neurologique via le système nerveux sympathique. Cette entité était classée parmi les troubles du tissu conjonctif, au même plan que les sclérodermies et l'anétodermie (49). La sémiologie fine était donc déjà nettement individualisée et très précisément décrite dès le début du XX^{ème} siècle, mais l'intégration de l'ensemble des manifestations cliniques de la borréliose de Lyme et la découverte de l'agent causal ne date que des années 80 (50), La répartition géographique particulière était donc déjà remarquée mais aucune cause environnementale n'avait été avancée.

3.7. Lichénification circonscrite nodulaire chronique

La lichénification circonscrite nodulaire chronique, également nommée « prurigo nodularis » ou « lichen ruber obtusus corné », différente du lichen plan, est une entité se présentant sous la forme de multiples papules et nodules, arrondis, nettement limités, squameux en surface, voire cornés, prurigineux. S'aidant de l'histologie, Pautrier s'est intéressé à la physiopathologie de cette dermatose. Il a ainsi analysé une série de 11 biopsies, toutes lues

à Strasbourg en 1934, dont certaines avaient été adressées de l'étranger pour compléter sa propre série de cas (51). Il avait noté l'existence de nombreux nerfs dermiques (hyperplasie nerveuse majeure) au niveau des papules de prurigo, et absents des zones saines, associés à une hyperkératose et acanthose, lui permettant de proposer l'hypothèse d'une lésion induite, et secondaire au grattage : c'est l'hyperplasie nerveuse qui est à l'origine de la sensation de prurit, qui conduit alors au grattage, provoquant les lésions cliniques. La disparition des lésions après l'arrêt du grattage le conforte dans cette hypothèse. L'absence de dermite de l'interface différencie cette entité du lichen plan. Les registres sont encore une fois le reflet de l'activité universitaire de la Clinique dermatologique de Strasbourg puisque les cas constituant cette étude y étaient consignés.

3.8. Maladie de Paget mammaire

La maladie de Paget, initialement décrite en 1874 par Sir James Paget (52), est une affection périmamelonnaire maligne caractérisée par la prolifération intra-épidermique de cellules de Toker, associée, dans la quasi-totalité des cas, à un adénocarcinome mammaire. Avec 19 cas diagnostiqués, notre analyse des registres d'histopathologie confirme la connaissance de cette entité. Cinq cas avaient été présentés lors de RDS suggérant la nécessité d'informer la communauté des dermatologues d'évoquer ce diagnostic devant une lésion eczématiforme, chronique et résistante aux thérapeutiques habituelles ; en effet, le diagnostic initial était régulièrement celui d'un eczéma, alors que le diagnostic nécessite de réaliser une biopsie. La lecture des cas publiés rend compte de la connaissance de l'association à un cancer mammaire sous-jacent, parfois au stade métastatique ganglionnaire, qui était systématiquement recherché, au moins par la palpation, ou lors de l'ablation chirurgicale du sein (53, 54). L'aspect histologique était également bien connu et indispensable pour porter le diagnostic, avec la présence de « cellules de Paget », qualifiées de « dyskératosiques », de

forme globoïde, séparées des autres cellules par desmolyse, au sein de l'épiderme, avec quelques mitoses. Le terme de dyskératosique était déjà considéré comme erroné par Pautrier, qui soutient qu'il ne s'agit pas d'une kératinisation anormale mais de cellules malpighiennes isolées en ascension pagétoïde, correspondant à un cancer intra-épidermique (55). Selon Darier, la maladie de Paget doit être classée en tant que lésion précancéreuse, comme la maladie de Bowen, précédant le cancer du sein (55).

3.9. Réticulose lipomélanique

Les 10 cas de réticulose lipomélanique recensés dans les registres, entre 1929 et 1938, ont servis de support clinique et histologique pour décrire cette entité par Pautrier et Woringer. L'analyse systématique des adénopathies constatées lors de dermatoses étendues a permis de mettre en évidence un aspect histologique particulier des ganglions hypertrophiés, quelle que soit la dermatose sous-jacente (eczéma, prurigo, mycosis fongoïde) : persistance des follicules lymphoïdes au centre des ganglions, sinus ganglionnaires engorgés de cellules polymorphes non lymphomateuses et prolifération de cellules réticulaires au protoplasme clair (= « réticulose »), avec des dépôts de pigments mélaniques et graisseux, en périphérie des ganglions (56). Les auteurs concluent à un nouveau tableau clinicopathologique associant une polyadénopathie non lymphomateuse, dans un contexte de dermatose étendue, qu'ils nomment « réticulose lipomélanique », actuellement connue sous le terme de lymphadénopathie dermopathique.

4. Points forts et limites de notre étude

Nous avons effectué un recueil exhaustif des cas dermatologiques biopsiés dans l'entre-deux guerres, permettant d'avoir un aperçu des dermatoses à cette époque et d'essayer de déterminer les circonstances et motivations pour effectuer une biopsie. La biopsie cutanée n'y était pas encore un acte quotidien et sa réalisation était principalement motivée par l'intérêt pour le cas, à visée illustrative. Il ne s'agissait donc pas encore de la démarche anatomoclinique, où le patient est au centre de la réflexion diagnostique et thérapeutique. La biopsie était surtout réservée aux cas les plus intéressants, destinés à être publiés et donc à enrichir les connaissances en dermatologie et dermatopathologie.

La conservation soigneuse des registres, l'excellent état et le classement par diagnostic et non chronologiquement des lames histologiques, a rendu possible cette étude presque 100 ans plus tard. Nous avons cependant été limités par certaines lames ininterprétables, principalement par l'altération du milieu de montage (lames de verre jaunies) ou des colorations, et par l'absence des blocs histologiques, perdus lors des déménagements itératifs.

CINQUIEME PARTIE : CONCLUSIONS

La dermatologie à Strasbourg a connu un essor particulier à la fin de la première guerre mondiale, avec la réorganisation de la faculté de médecine, qui redevient française. Lucien-Marie Pautrier, à son arrivée à Strasbourg en 1919, nommé à la chaire de dermatologie par le doyen Weiss, en sera en grande partie responsable. Dès son arrivée, il crée un enseignement dynamique de la dermatologie, et développe l'activité histologique qu'il exerçait déjà au sein du laboratoire de l'hôpital Saint-Louis dirigé par Louis Brocq, dont il était l'élève. L'objectif de notre travail était d'analyser l'activité du laboratoire d'histopathologie de la Clinique dermatologique de Strasbourg dans la période de l'entre-deux guerres, entre 1919 et 1939, sous la direction de Lucien-Marie Pautrier, le principal lecteur étant Frédéric Woringe, à l'œuvre dès 1929.

A cette fin, nous avons colligé l'ensemble des diagnostics consignés dans les registres du laboratoire, tous conservés dans les archives de la Clinique, ainsi que les caractéristiques cliniques des patients. Nous avons effectué une relecture des lames histologiques des patients pour lesquels une photographie clinique était disponible ; ceci a été possible car ces lames sont toujours conservées au sein de la Clinique, classées par diagnostic, et non chronologiquement. Nous avons ainsi réalisé une confrontation anatomoclinique et comparé les diagnostics de l'époque à une lecture histologique actuelle.

Au cours des vingt ans de cette période, 2222 cas ont été analysés, avec une activité croissante au fil des années, passant de 85 en 1920 à 147 en 1938, avant d'être interrompue par la seconde guerre mondiale en août 1939 et le déménagement de la clinique à Clairvivre.

La moyenne d'âge des patients (40 ans) était relativement jeune. Il y avait plus d'hommes avec un sex-ratio de 1,4. Les lésions tumorales, bénignes ou malignes, étaient les plus fréquentes, soit 34% des diagnostics posés, dont principalement des carcinomes spinocellulaires (20% des tumeurs), des carcinomes basocellulaires (16%) et des carcinomes non précisés (16%). Ces carcinomes spinocellulaires survenaient fréquemment sur des lésions inflammatoires chroniques préexistantes en rapport avec le contexte de l'époque : lupus tuberculeux d'évolution prolongée, radiodermite en traitement du lupus cutané. Au contraire, les mélanomes étaient extrêmement rares, avec dix diagnostics posés en vingt ans, tous à un stade évolué, au stade nodulaire très épais sur SSM étendu, ou de métastases cutanées. Les lymphomes cutanés (39 cas) étaient tous nommés « mycosis fongoïde » malgré des tableaux histologiques variés allant de la tumeur unique à l'érythrodermie. La prévalence des dermatoses infectieuses (syphilis et tuberculose notamment), y était également élevée : 23% des cas biopsiés, soit 504 patients, dont 217 cas de tuberculose principalement cutanée, de type tuberculose verruqueuse, lupus vulgaire, ulcère tuberculeux ou encore tuberculides, 108 cas de syphilis à tous les stades (5%). L'évolution était très prolongée avec une durée moyenne d'évolution de plus de deux ans. Les infections virales (59 cas), mycosiques (42 cas), ou infections sexuellement transmissibles hors syphilis (32 cas) représentaient 6% des patients.

Les autres diagnostics étaient variés : lichen et lichénifications dans 6% des cas, maladies vasculaires (hémangiome, botriomycome, capillarite purpurique, malformations vasculaires) dans 4% des cas, maladies du tissu conjonctif (dont les cicatrices et chéloïdes) dans 5% des cas, troubles de la différenciation épidermique (psoriasis, pityriasis rubra pilaire) dans 3%, granulomatoses dans 3% des cas, maladies des annexes, dont la pelade et l'acné, dans 3%

des cas, dermatoses spongiiformes (eczéma ou érythrodermie) dans 3% des cas, et maladies bulleuses dont les pemphigus et dermatite herpétiforme dans 2%.

L'activité du laboratoire d'histologie était également expérimentale, à visée scientifique et d'enrichissement des connaissances, puisqu'il était réalisé l'analyse de pièces de peau, de cuir chevelu ou de cheveux normaux. Les organes des cobayes et lapins inoculés à partir des prélèvements des patients suspects d'être atteints de tuberculose, étaient également analysés au sein du laboratoire.

La consultation de dermatologie et les différents services de l'hôpital permettaient aussi de recruter des séries de cas, qui ont été publiés par Pautrier et Woringer, notamment les chéloïdes et cicatrices opératoires hypertrophiques (41 cas), les lichénifications circonscrites nodulaires (12 cas quasiment consécutifs) ou les cas de maladie de Besnier-Boeck (19 cas). Enfin, l'activité était ponctuellement extra-dermatologique puisqu'il était réalisé occasionnellement l'analyse de pièces autopsiques ou d'organes internes.

L'analyse des registres illustre le dynamisme universitaire du service de dermatologie de Strasbourg. Nous avons ainsi noté 109 cas présentés, soit 5% des cas analysés, lors des réunions dermatologiques de Strasbourg (RDS) pluriannuelles, ou lors de la « Réunion spéciale », journée de la société française de dermatologie, délocalisée une fois par an à Strasbourg, à partir de 1927. Tous ces cas cliniques étaient présentés oralement, et publiés dans le Bulletin de la Société Française de Dermatologie. Il s'agissait toujours d'une analyse clinique et histologique, illustrant l'intérêt de la confrontation anatomoclinique chère à Pautrier. Il a ainsi contribué à la renommée nationale et internationale de Strasbourg en invitant chaque année l'élite de la dermatologie, et par son importante activité de publication en français, mais aussi en anglais ou allemand. Il acquiert une expertise

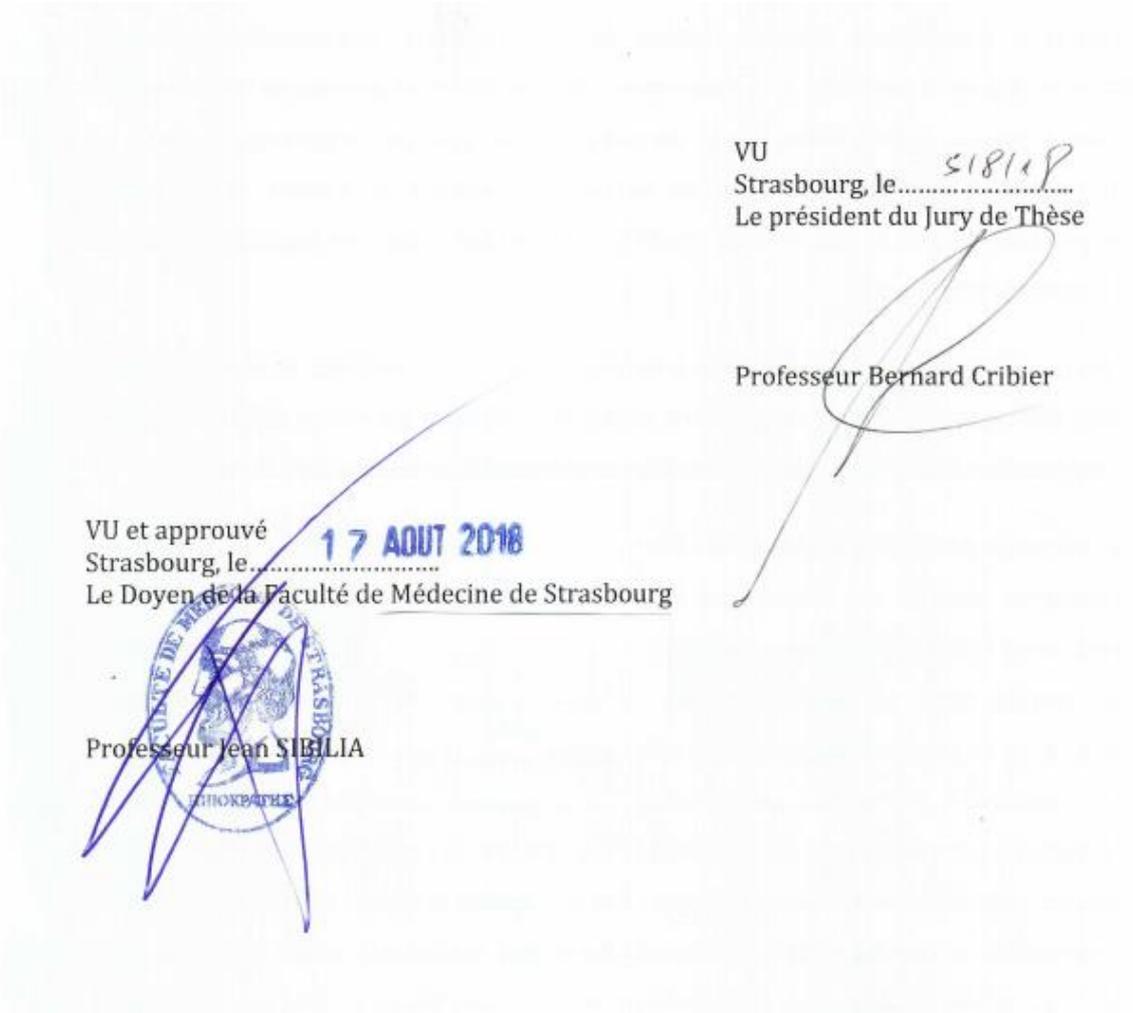
indiscutable, comme le prouvent les nombreux cas consignés dans les registres, qui lui ont été adressés pour avis.

L'analyse chronologique des registres a permis de mettre en évidence le développement progressif de la photographie qui devient d'utilisation courante à partir de 1930 environ ; les photographies étaient associées à la description clinique et conservées dans le registre.

La relecture des lames a permis de corriger certains diagnostics, notamment pour les lymphomes cutanés, qui étaient tous qualifiés de mycosis fongoïde, malgré des tableaux cliniques et histologiques variés ; la distinction entre lymphocytes B et T n'était évidemment pas connue alors. La concordance des diagnostics était bonne pour les carcinomes, mélanomes et tumeurs bénignes, mais n'était pas contributive pour les cas classés en tant que « sarcome » (terme très ambigu avant les définitions actuelles), l'absence des blocs d'origine ne permettant pas de bénéficier de l'ensemble des techniques actuelles. Les cas intitulés « pemphigus » sont pour la plupart des dermatoses bulleuses jonctionnelles de type pemphigoïde, la nosologie étant encore très floue dans le domaine des bulles. Enfin, nous avons pu valider le diagnostic de sarcoïdose pour les cas classés en tant que maladie de Besnier-Boeck, soulignant ainsi le travail de Pautrier.

La biopsie cutanée, inventée par Besnier, et rendue courante par Darier, devient ainsi un geste routinier de l'examen dermatologique, et était utilisée fréquemment à Strasbourg, pour poser un diagnostic précis, pour rectifier une erreur de diagnostic clinique, ou à visée scientifique universitaire. Le laboratoire d'histopathologie a ainsi été le jalon de l'école anatomo-clinique de Strasbourg. Sa présence continue depuis près d'un siècle au sein de la Clinique Dermatologique n'aurait pas été possible sans le travail acharné de Pautrier et de Woringer qui l'ont fondé et enrichi au cours du temps. Les cas analysés entre les deux

guerres, dont les lames existent toujours, témoignent du rayonnement de cette école et constituent une base précieuse pour l'histoire de la médecine.



ANNEXES

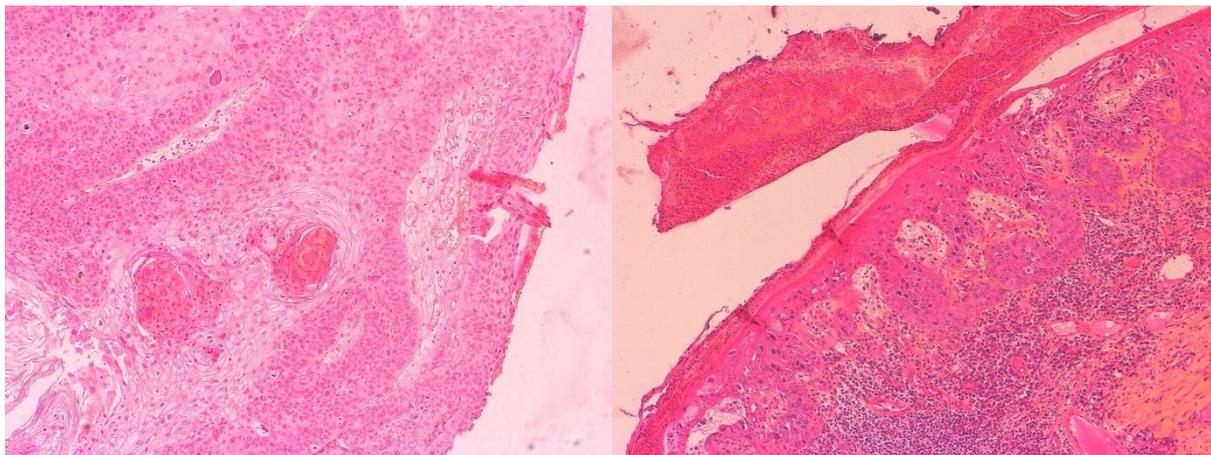


Figure 35 (à gauche) : Photographie histologique de carcinome spinocellulaire x10 (F237).

Figure 36 (à droite) : Photographie histologique : maladie de Paget grossissement x10 (F408).

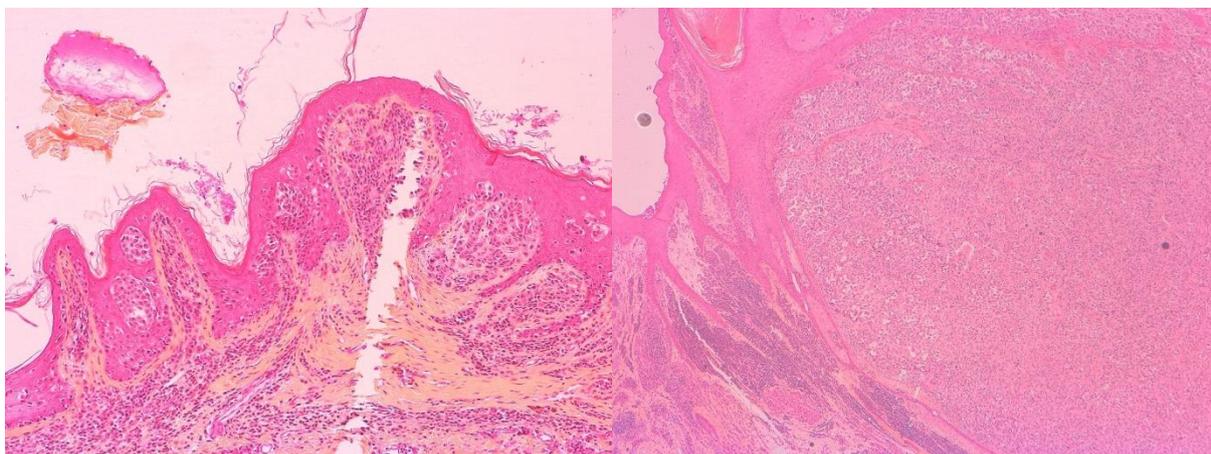


Figure 37: Photographie histologique : a (H199) : mélanome de type SSM latéralement grossissement x10 (H199) ; b (H199) : partie nodulaire x2,5.

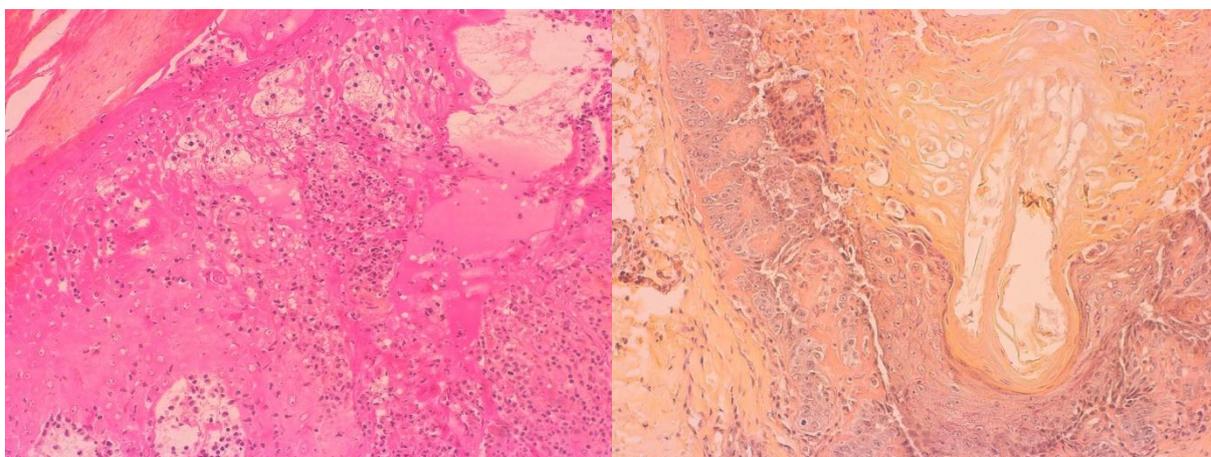


Figure 38 (à gauche) : Photographie histologique : nodule des trayeurs x20 (F431)

Figure 39 (à droite) : Photographie histologique : Maladie de Darier x40 (G242).

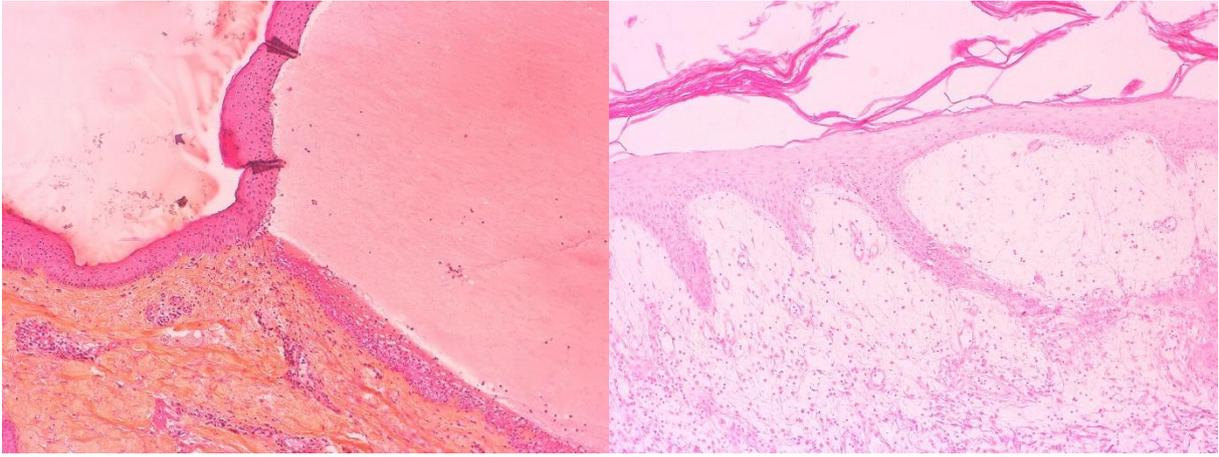


Figure 40 (à gauche) : Photographie histologique : Pemphigus x10 (F239).

Figure 41 (à droite) : Photographie histologique : érythème polymorphe x2,5 (F191).

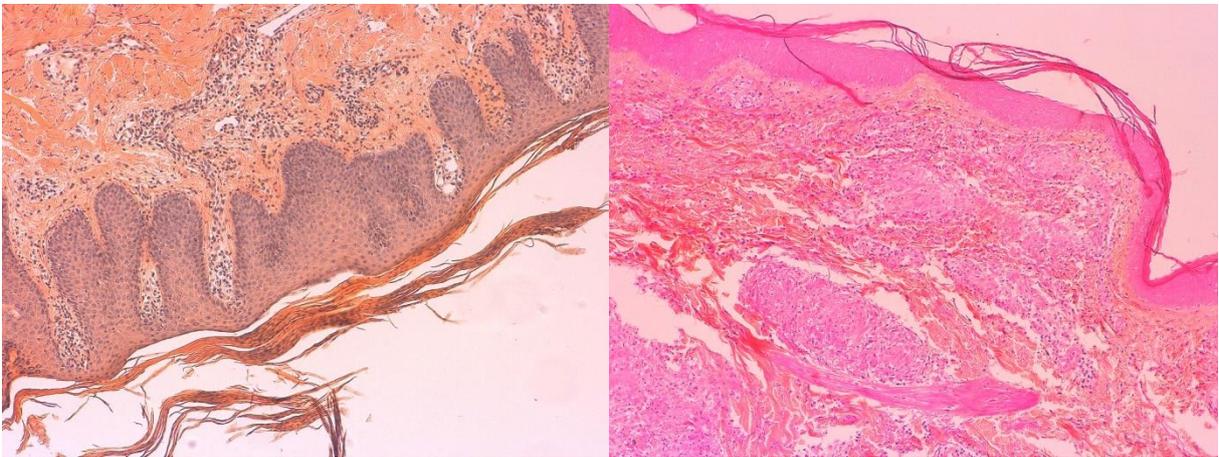


Figure 42 (à gauche) : Photographie histologique : psoriasis x10 (F214).

Figure 43 (à droite) : Photographie histologique : sarcoïdose x10 (G345).

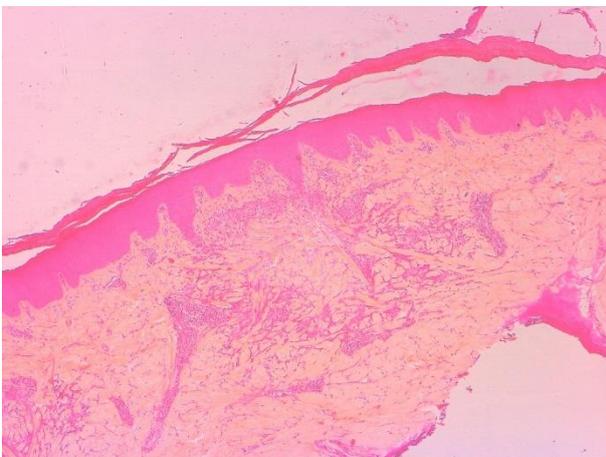


Figure 44 : Photographie histologique : granulome annulaire x2,5 (H130).

Tableau 1 : Lymphomes cutanés et systémiques.

Lame	Année	Sexe/âge	Diagnostic	Données histologiques	Clinique	Diagnostic actuel
F177	1931	F 31	Mycosis fongoïde	Infiltrat dermique de petits lymphocytes, histiocytes, plasmocytes, macrophages à corps tangibles. Rares cellules atypiques et mitoses. Absence de pilotropisme, d'épidermotropisme, d'infiltration des annexes.	Nodule unique du menton.	Hyperplasie lymphoïde réactionnelle B ou lymphome T CD4+ pléomorphe à petites et moyennes cellules.
G346	1936	F 36	Mycosis fongoïde	Infiltrat dermique par de grandes cellules atypiques, margination le long de la membrane basale, pilotropisme, comédons.	Tumeur rouge, molle, unique de l'aile du nez.	MF pilotrope (déjà traité ?)
G425	1937	F	Mycosis fongoïde	Infiltrat dermique par de grandes cellules, avec épidermotropisme, pilotropisme, engainement des annexes, et cellules géantes. Fibrose du derme.	Nodules et plaques parfois ulcérée, généralisés.	MF pilotrope, épidermotrope, syringotrope et granulomateux transformé
G431	1937	F	Mycosis fongoïde	Infiltrat dermique dense par de grandes cellules amassées entre elles.	Nodules dermiques érythématoviolacées, depuis 6 mois, sur l'hémithorax droit.	Pas de diagnostic possible
G432	1937	H	Mycosis fongoïde	Infiltrat dermique dense par de grandes cellules, de taille variable, en nappes cohésives, avec de nombreuses mitoses.	Lésions tumorales, végétantes puis cratériformes de la cuisse droite.	Lymphome B à grandes cellules ou de type jambe
H133	1939	NA	Mycosis fongoïde	Infiltrat dermique périvasculaire et péri-pilaire lymphocytaire, de grands lymphocytes de types centrocytes/centroblastes, mitoses, plasmocytes.	Tumeur mamelonnée, rouge ulcérée de l'épaule, unique.	Lymphome B
F218	1932	H 35	Maladie de Hodgkin	Infiltrat lymphocytaire périfolliculaire, péri-sudoral, granulomateux.	Lésions érythémateuses circonscrites infiltrées, régression spontanée.	Pas de diagnostic possible

Tableau 2 : Carcinomes.

Lame	Année	Sexe/âge	Diagnostic	Données histologiques	Clinique	Diagnostic actuel
F197	1932	H 74	Carcinome basocellulaire	Massifs de cellules basaloïdes rattachées à l'épiderme, fentes de rétraction	Nodule ulcéré temporal, avec issue de sécrétions purulentes.	Carcinome basocellulaire
F223	1932	F 66	Carcinome basocellulaire	Massifs de cellules basaloïdes rattachées à l'épiderme, fentes de rétraction	Papule lisse de la joue.	Carcinome basocellulaire
F364	1933	F	Epithélioma basocellulaire	Architecture typique d'un CBC	Ulcère de toute la lèvre supérieure.	Carcinome basocellulaire
F468	1934	H 25	Carcinome spinocellulaire	Hyperkératose, hypertrophie kératinocytaire avec claires, quelques corps apoptotiques.	Ulcération de la lèvre inférieure.	Carcinome épidermoïde
F237	1932	H 74	Epithéliomatose multiple	Aspect de carcinome épidermoïde à cellules claires	Lésions ulcérées et kératosiques multiples du visage. Cornes.	Carcinome épidermoïde
F 270	1932	H 41	Tumeur sur radiodermite	Tumeur épithéliale cratériforme	Vaste tumeur ulcéro-bourgeonnante de toute la joue	Carcinome épidermoïde ou kérato-acanthome
G276	1936	NA	Epithélioma métatypique	Massifs/nodules de cellules épidermoïdes, disséminés, avec artéfacts de rétraction	Lésion nodulaire du doigt	Carcinome épidermoïde ou porocarcinome

Tableau 3 : Autre tumeurs malignes.

Lame	Année	Sexe/âge	Diagnostic	Données histologiques	Clinique	Diagnostic actuel
F141	1931	F	Maladie de Paget mammaire	Aspect de maladie de Paget intra-épidermique avec adénocarcinome mammaire sous-jacent	Lésions érosives du mamelon	Maladie de Paget mammaire et cancer du sein

F184	1931	F 58	Maladie de Paget	Grandes cellules claires en ascension pagétoïde.	Lésions érosives péri-mamelonnaires.	Maladie de Paget mammaire
F408	1933	F 60	Maladie de Paget	Grandes cellules claires en ascension pagétoïde.	Lésions érosives péri-mamelonnaires.	Maladie de Paget mammaire
G129	1935	H	Maladie de Paget	Cellules claires en ascension épidermique avec invasion dermique.	Lésion érosive, eczématiforme péno-scrotale.	Maladie de Paget extra-mammaire
G14	1934	H	Mélanome	Prolifération mélanocytaire atypique, envahissant tout le derme	Nodule noir sur macule pigmentée étendue.	Mélanome nodulaire très épais
H199	1939	H 59	Mélanome	Mélanome nodulaire épais, développé sur SSM, images de thèques en ascension pagétoïde	Nodule noir sur macule pigmentée étendue.	Mélanome
H237	1939	H 63	Mélanome	Mélanome et métastase dermique de mélanome	Multiplés métastases cutanées en transit du membre inférieur	Mélanome
G288	1936	H	Sarcomatose indéterminée	Prolifération lymphocytaire dermique	Tumeurs multiples du cuir chevelu	Lymphome systémique ?
G452	1937	H	Sarcome de Kaposi	Ininterprétable	Macules et plaques violacées du tronc	Pas de conclusion
H206	1939	H	Sarcome musculaire	Prolifération dermique faite de cellules fusiformes, bien limitée.	Lésions papuleuses des 2 mains.	Pas de conclusion
G458	1937	H 64	Leucémie	Tumeur dermique, non connectée à l'épiderme. Lame non interprétable.	Nombreuses nodules et tumeurs disséminés.	Pas de conclusion

Tableau 4 : Tumeurs bénignes.

Lame	Année	Sexe/âge	Diagnostic	Relecture histologique	Clinique	Diagnostic actuel
F158	1931	NA	Histiocytome xanthélasmié	Acanthose, zone de derme sain, tumeur dermique bien limitée, faite de cellules étoilées histiocytaires, boules de collagène en périphérie	Tumeur jaune-bistre de la jambe	Histiocytofibrome
F251	1932	H 24	Naevus verruqueux	Lésion épidermique papillomateuse	Plaque verruqueuse de la nuque	Naevus verruqueux
F298	1932	H 46	Neurofibrome (Recklinghausen)	Tumeur pédiculée fibreuse	Multiples tumeurs pédiculées du tronc et taches café au lait	Neurofibrome
F321	1932	F46	Naevus sébacé	Lésion faite de nombreuses glandes sébacées bien différenciées. En bordure : tumeur sébacée faite de sébocytes immatures = sébacéome	Nævus sébacé surmonté de nodules ulcérés	Naevus sébacé et sébacéome
F374	1933	F	Xanthomes éruptifs	Interprétable	Nodules regroupés en plaque	Pas de conclusion
G128	1935	NA	Epithélioma calcifié de Malherbes	Cellules matricielles avec zone de transition et cellules fantômes	Non connue	Pilomatricome

Tableau 5 : Dermatoses infectieuses.

Lame	Année	Sexe/âge	Diagnostic initial	Données histologiques	Clinique	Diagnostic actuel
F210	1932	H 11	Tuberculose verruqueuse	Hyperkératose, abcès dermiques à cellules géantes	Plaque kératosique de la fesse	Tuberculose verruqueuse
G73	1934	H 30	Tuberculose verruqueuse	Hyperkératose, infiltrat dermique granulomateux, avec cellules géantes sans nécrose. Absence de BK. Etalement sur lame avec coloration de Ziehl ininterprétable	Plaque kératosique blanchâtre de la muqueuse buccale	Tuberculose verruqueuse
G77	1934	H 46	Tuberculose verruqueuse	Hyperkératose. Granulome gigantomaculaire au contact de l'épiderme, infiltrat inflammatoire polymorphe avec de nombreux plasmocytes et PNE,	Plaque kératosique de la paume de la main	Tuberculose verruqueuse

				nécrose caséuse.		
G95	1935	H 5	Tuberculose verruqueuse	Présence de granulomes infectieux accolés à l'épiderme, abcédés, nombreux PNN.	Plaque kératosique de l'hallux	Tuberculose verruqueuse
F135	1931	H 69	Ulcère tuberculeux	Granulomes infectieux péri-pilaires. Coloration de Ziehl non interprétable	Large ulcération, indolore, à fond rouge vif, entourés d'un halo violacé purpurique du cuir chevelu	Ulcère tuberculeux
F339	1933	H 42	Ulcère tuberculeux	Granulomes dermiques avec nécrose caséuse. Coloration de Ziehl non interprétable	Ulcère de la marge anale	Ulcère tuberculeux
F217	1932	F 23	Tuberculides ulcéreuses	Thromboses capillaires avec phénomènes de vasculite	Lésions ulcéronécrotiques de la jambe	Erythème induré de Bazin ?
F378	1933	F 19	Tuberculides ulcéreuses	Ulcération épidermique. Granulomes tuberculeux	Lésion ulcéronécrotique de la jambe	Tuberculides ulcéreuses
F5	1930	H 11	Lupus vulgaire	Infiltrat dermique granulomateux sans nécrose	Pas de photographie	Lupus vulgaire
F70	1930	H 6	Lupus tuberculeux	Infiltrat dermique granulomateux, sans nécrose	Pas de photographie	Lupus tuberculeux
F207	1932	F 18	Syphilis primaire	Ulcération épidermique. Infiltrat dermique et folliculaire de PNN et PNE	Chancre de la grande lèvre	Syphilis primaire
F340	1933	H 44	Tubercules syphilitiques	Non interprétable	Plaque végétante de la fesse droite	Pas de conclusion diagnostic
F344	1933	H 54	Tubercules syphilitiques	Nombreux granulomes dermiques à cellules géantes	Lésions végétantes pré-auriculaire, d'aspect chéloïdien	Syphilis tertiaire possible mais non certaine
F245	1932	H 8	Gomme syphilitique	Epiderme ulcéré avec présence de nombreux granulomes	Tumeur molle et ulcérée arcade sourcilière	Gomme syphilitique
F134	1931	H 36	Syphilis secondaire	Infiltrat de très nombreux plasmocytes	Papule : pas de photographie	Syphilis secondaire
F362	1933	H 33	Syphilis végétante	Epiderme papillomateux et verruqueux, infiltrat dermique plasmocytaire	Plaque infiltrée et ulcérée de la lèvre supérieure	Syphilis secondaire
F204	1932	H 21	Nodule des trayeurs	Acanthose épidermique. Inflammation dermique superficielle non spécifique.	Papulo-vésicules des doigts	Pas de conclusion
F414	1933	H 40	Nodule des trayeurs	Œdème dermique. Minime effet cytopathogène viral.	Nodules inflammatoires des doigts	Nodule des trayeurs possible, au stade débutant
F431	1933	F 24	Nodule des trayeurs	Epiderme « soufflé ». Effet cytopathogène avec	Pustules des doigts	Nodule des trayeurs

				kératinocytes clairs et inclusions rouges. Œdème dermique.		
F299	1932	F 60	Corne cutanée	Lésion épidermique hyperkératosique avec effet cytopathogène viral	Nodule lisse du cuir chevelu, alopeciant	Verrue

Tableau 6 : Dermatoses inflammatoires.

Lame	Année	Sexe /âge	Diagnostic initial	Données histologiques	Clinique	Diagnostic actuel
G242	1936	H	Psorospermosse folliculaire végétante	Epiderme parakératosique, acantholytique, et dyskératosique avec corps ronds	Lésions crouteuses, confluentes en plaque, du tronc	Maladie de Darier
F235	1932	H 34	Pseudopelade de Brocq	Alopécie cicatricielle avec une dermite de l'interface en bordure de la biopsie autour de quelques follicules pileux, hyperkératose	Alopécie cicatricielle non inflammatoire	Lichen plan pileaire ?
F376	1933	H 58	Pseudopelade de Brocq	Alopécie cicatricielle évoluée : disparition totale des follicules pileux, fibrose non inflammatoire, des axes fibreux verticaux	Alopécie cicatricielle non inflammatoire	Pseudopelade de Brocq
G150	1935	H 35	Pseudopelade de Brocq	Alopécie cicatricielle évoluée : disparition totale des follicules pileux, fibrose non inflammatoire, des axes fibreux verticaux	Alopécie cicatricielle non inflammatoire	Pseudopelade de Brocq
F157	1931	H 48	Folliculite décalvante	Folliculite avec plage de nécrose, infiltrat de PNN et de plasmocytes. Destruction du follicule	Alopécie cicatricielle inflammatoire	Folliculite décalvante
F239	1932	H 42	Pemphigus subaigu	Bulle jonctionnelle, sans acantholyse, infiltrat dermique de PNN et PNE	Bulle flasque de la cuisse et érosion post bulleuse	Pemphigoïde
F191	1931	F	Erythème polymorphe	Œdème papillaire majeur, sans vrai décollement bulleux, peu inflammatoire	Cocarde bulleuses des bras	Erythème polymorphe
F373	1933	H 32	Lichen plan bulleux	Hyperkératose, bulle jonctionnelle, peu d'infiltrat inflammatoire au niveau de l'interface	Lésion papuleuses et vésiculeuses des avant-bras.	Pas de diagnostic
F214	1932	H 15	Psoriasis	Acanthose psoriasiforme, parakératose, exocytose suprapapillaire	Petites plaques érythématosquameuses	Psoriasis

G226	1936	H	Psoriasis	Acanthose psoriasiforme, pustule	Lésions linéaires érythématosquameuses	Psoriasis
G393	1937	H 18	Parakératose psoriasiforme	Parakératose, spongieuse, vésicules, bouchons cornés	Pas de photographie	Pas de conclusion : eczéma nummulaire ? Ni psoriasis, ni pityriasis lichénoïde
F 96	1931	H 4	Pityriasis rubra pilaire	Hyperkératose parakératosique, acanthose non psoriasiforme, derme non inflammatoire	Pas de photographie	Pityriasis rubra pilaire
G255	1936	F 30	Poïkilodermie	Acanthose parfois psoriasiforme, parakératose, vaisseaux dilatés formant des télangiectasies, pas d'atrophie	Troubles pigmentaires	Pas de diagnostic Pas d'argument pour une poïkilodermie
F163	1931	H 2	Urticaire pigmentaire	Infiltrat mastocytaire papillaire	Papules brunes, turgescents à la friction	Mastocytose cutanée
F260	1932	H 52	Liche corné hypertrophique	Acanthose épidermique hyperplasique et hyperkératosique, infiltrat inflammatoire lymphocytaire dermique	Lésions kératosiques des membres inférieurs	Liche corné hypertrophique
F249	1932	H 37	Sclérodémie en plaque	Aspect de lichen scléreux, avec derme fibreux horizontalisé, glandes sudorales refoulées, bouchons cornés	Plaques blanches scléreuses du tronc	Morphée comédonienne
F250	1932	H 18	Prurigo de Hebra	Lichénification : acanthose, non inflammatoire	Papules arrondies, kératosiques	Prurigo
G310	1936	H 29	Granulome annulaire	Un granulome fait d'histiocytes, et d'une couronne lymphocytaire	Papules de l'oreille	Granulome annulaire
H130	1938	H 16	Granulome annulaire	Infiltrat inflammatoire histiocytaire interstitiel entre les fibres de collagène, dermique	Papules annulaires dermiques du doigt	Granulome annulaire
F459	1934	F 55	Sarcoïdes dermiques de Besnier-Boeck	Nombreux granulomes dermiques, avec une couronne lymphocytaire et plasmocytaire.	Petits nodules de la face	Sarcoïdose
G40	1934	F	Maladie de Besnier-Boeck	Granulomes sarcoïdosiques dermiques	Lésions annulaires du front, centre cicatriciel, liséré étroit en bordure, jaunâtre, lupiforme.	Sarcoïdose

G345	1936	F 42	Maladie de Besnier-Boeck	Granulomes sarcoïdosiens dermiques	Plaques des membres inférieurs	Sarcoïdose
G391	1937	H 37	Erythème circiné de Darier	Discret infiltrat inflammatoire périvasculaire non spécifique	Lésion annulaire d'extension centrifuge	Compatible avec un érythème annulaire centrifuge
G239	1936	F 27	Erythème noueux	Infiltrat dermique profond mais sans hypodermite	Lésions infiltrées des 4 membres, douloureuses	Non typique d'un érythème noueux
G62	1934	H 68	Lupus érythémateux	Dermatose de l'interface avec un infiltrat lichénoïde et une agression de la couche basale. Hyperkératose orthokératosique	Lésions érythématosquameuses, kératosiques du visage, du tronc et des membres supérieurs	Compatible avec un lupus érythémateux discoïde
H189	1939	F 66	Péri-artérite noueuse	Ulcération épidermique. Quelques images de vasculite du derme superficiel non spécifique.	Ulcères des 4 membres, creusants	Ulcération non spécifique, pas de conclusion

Tableau 7 : Autres dermatoses.

Lame	Année	Sexe/âge	Diagnostic initial	Données histologiques	Clinique	Diagnostic actuel
F212	1932	F 21	Nævus anémique	Absence d'anomalie histologique	Macule hypopigmentée	Nævus anémique
F188	1931	F 57	Chéloïde	Fibrose dermique	Chéloïde	Chéloïde
F220	1932	H 33	Chéloïde	Fibrose dermique	Chéloïde	Chéloïde
F259	1932	H	Chéloïde	Fibrose dermique	Chéloïde	Chéloïde
G259	1936	F 46	Vergeture	Disparition des fibres élastiques au centre de la biopsie	Papules couleur chair, dépressibles	Anétodermie
F297	1932	H 21	Lymphangiome	Cavités vasculaires papillaires avec thrombus	Vésicules	Lymphangiome

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Mantz J.M., Héran J. Faculté de médecine Université de Strasbourg. Histoire de la médecine à Strasbourg. Strasbourg : Ed la Nuée bleue, 1998. 799 p.
- 2 Laugier P., Ullmo A., Woringer F. Nécrologie L.-M. Pautrier 1876-1959. Ann Dermatol Syphil 1959 ; 86 : 481-85.
- 3 Cribier B, Halioua B, Revuz J, Tilles G. Quelques cas historiques en dermatologie. Springer-Verlag Paris. 2011. 194 p.
- 4 Wallach D. Société française d'histoire de la dermatologie. La dermatologie en France. Toulouse. Ed : Privat [pour] Pierre Fabre dermato-cosmétique, 2002. 827 p.
- 5 Prieto J.G. Necrologia Professeur Lucien Marie Pautrier (1876-1959). Dermatology 1959 ; 119 : 378-80.
- 6 Cribier B. [Strasbourg, capital of mycosis fungoides research from 1919 to 1964]. Hist Sci Medicales 2011 ; 45 : 415-26.
- 7 Audry C. Note sur la pratique des biopsies. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1896; 7 : 349.
- 8 Pautrier L-M. Woringer F. L'Anatomie pathologique des chéloïdes. Ann Dermatol Syphil 1931 ; 61 : 1145-79.
- 9 Darier J (1900) Biopsie in Besnier E, Brocq L, Jacquet L, La pratique dermatologique, t. I, Paris, Masson, p 472-83.
- 10 Bibliothèque nationale de France. Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie (1890). [En ligne]. Disponible sur http://data.bnf.fr/fr/34350448/bulletin_de_la_societe_francaise_de_dermatologie_et_de_syphiligraphie_1890/. Consulté le 02 septembre 2018.
- 11 Caloud A. La clinique dermatologique de Strasbourg il y a 50 ans (1933-1939). Thèse, médecine, Strasbourg, 1989, 219 p.
- 12 Collège National des Enseignants de Dermatologie. Item 149 - Tumeurs cutanées épithéliales et mélaniques : carcinomes cutanés. [En ligne]. Disponible sur http://campus.cerimes.fr/dermatologie/enseignement/dermato_24/site/html/cours.pdf. Consulté le 02 septembre 2018.
- 13 Farrell J. Cutaneous melanoma with special reference to prognosis. Arch Derm Syphilol 1932 ; 26 : 110-24.
- 14 Dallara J.M. L'histoire et les activités de la clinique de Strasbourg sous l'occupation allemande 1940-1944. Thèse, médecine, Strasbourg, 1989, n°217, 131 p.

- 15 Pautrier LM. Considérations générales concernant le classement du mycosis fongoïde. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1937 ; 44 : 1412-1419.
- 16 Pautrier LM. Mycosis fongoïde généralisé, au stade érythrodermique, avec début de formations infiltrées. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1936 ; 43 : 515-20.
- 17 Pautrier LM. Mycosis fongoïde à tumeur primitive unique siégeant au menton. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1932 ; 39 : 297-99.
- 18 Pautrier LM. Cas exceptionnel de tuberculose verruqueuse vraie de face muqueuse de la joue. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1934 ; 41 : 1822-26.
- 19 Lanzenberg P. Tuberculose verruqueuse de la fesse droite. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1932; 39: 890-91.
- 20 Pautrier LM. Ulcères tuberculeux atypiques du cuir chevelu. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1931; 38: 1419-22.
- 21 Pautrier LM. Lupus tuberculeux de la face, lésions ulcéreuses du cuir chevelu, lésions tuberculeuses en placards infiltrés à type de sarcoïdes de la paroi abdominale et du dos. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1924 ; 41 : 47-53.
- 22 Roederer J. Forme anormale de lupus tuberculeux atrophique du cuir chevelu. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1924 ; 41 : 143-145.
- 23 Pautrier LM. Lupus scléreux et papillomateux à localisation multiples : aisselle, fesse, cuisse, pied, avec éléphantiasis de la jambe gauche, et lupus à lupomes isolés du mollet gauche. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1935 ;42 : 1716-22.
- 24 Pautrier LM. Erythème induré de Bazin. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1925; 31: 85-87
- 25 Pautrier LM. Tuberculides ulcéreuses des membres inférieurs. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1932; 39 : 914-20.
- 26 Pautrier LM. La lupoïde miliaire des auteurs français doit être détachée du groupe des sarcoïdes dermiques et rattachée franchement à la tuberculose cutanée. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1934 ; 41 : 1027-54.
- 27 Pautrier LM. Tuberculides de la face, à petits nodules non ulcérés. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1937 ; 44 : 2159-62.
- 28 Elliascheff O. Tuberculides groupées à grandes papules (variété Jadasohn) du membre inférieur droit et lupus érythémateux de la face. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1934 ; 41 : 33-39.
- 29 Pautrier LM. Lupus érythémateux de la face, s'accompagnant de tuberculose ganglionnaire sous-maxillaire. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1935 ; 42 : 1722-24.

- 30 Pautrier LM. Lupus érythémateux exanthématique. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1934; 41 : 1791-98.
- 31 Sous la présidence de Pautrier. Séance spéciale du 14 mai 1933 consacrée à l'épidémiologie de la syphilis. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1933 ; 40 : 898-1045.
- 32 Pautrier LM. Séance spéciale du 13 mai 1934 consacrée à l'étude des sarcoïdes. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1934 ; 41 : 995-1392.
- 33 Pautrier LM. Nouveau cas de maladie de Besnier-Boeck. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1934; 41: 1809-13.
- 34 Pautrier LM. Un nouveau de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1935; 42: 1681-92.
- 35 Pautrier LM. Nouveau cas de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann à manifestations cutanées uniquement localisées sur les membres, avec abondance anormale de cellules géantes dans les lésions ganglionnaires et avec reliquats de tuberculose pulmonaire décelée par la radioscopie. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1937 ; 44 : 225-32.
- 36 Radomir. Pemphigus foliacé. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1937; 44: 601-603.
- 37 Pautrier LM. Eruption bulleuse, succédant à une éruption érythrodermique prurigineuse avec forte éosinophilie sanguine et lésions ganglionnaires, suivie de mort. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1932 ; 39 : 925-29.
- 38 Ullmo A. Laugier. Maladie de Dühring-Brocq à récurrences successives, s'accompagnant d'oscillations fébriles anormales. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1936 ; 43 : 507-11.
- 39 Pautrier LM. Dermatite polymorphe de Dühring-Brocq, variété herpétiforme pure. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1925 ; 32 : 69-73.
- 40 Pautrier LM. Dermatite polymorphe de Dühring-Brocq, à poussées successives, évoluant depuis 23 ans. Essai de traitement par le moranyl. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1935 ; 42 : 553-56.
- 41 Mostinckx S, Vanhooetghem O, Richert B, De La Brassinne M. Chéloïde et cicatrice hypertrophique. Ann Dermatol Venereol 2005 ;132 : 384-7.
- 42 Petit A. Histoire de la chéloïde. Ann Dermatol Venereol 2016 ; 143 :81-95.
- 43 Pautrier LM. White spot disease associé à des lésions à type de "kraurosis vulvae". Bull Soc fr Dermatol Syphil 1937 ; 44 : 232-37.
- 44 Elliascheff O. Sclérodermie en bandes et en plaques avec atrophie musculaire. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1924 ; 41 : 9-14.

- 45 Buchwald A. Ein fall von diffuser idiopathischer Haut-Atrophie. Arch Dermatologie und Syphilis 1883 ; 10 : 553-6
- 46 Pautrier LM. Dermatite chronique atrophiante. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1924 ; 31 : 14-18
- 47 Pautrier LM. Deux nouveaux cas de dermatite chronique atrophiante (57^e et 58^e cas), Bull Soc fr Dermatol Syphil 1936 ; 43 : 497-503.
- 48 Pautrier LM. Dermatite chronique atrophiante (maladie de Pick-Herxheimer) (59^e cas), Bull Soc fr Dermatol Syphil 1937 ; 44 : 216-17.
- 49 Pautrier LM. Dermatite chronique atrophiante (maladie de Pick-Herxheimer). Presse médicale. 39^{ème} année. N°53. 4 juillet 1931. p 1005. (in Ann Dermatol Syphil 1931 ; 61 : 1203-04)
- 50 Burgdorfer W. Lyme disease- a tick-borne spirochetosis? Science 216 1982 ; 1317-9.
- 51 Pautrier LM. Le névrome de la lichénification circonscrite nodulaire chronique (lichen obtusus corné, prurigo nodularis). Ann Dermatol Syphil 1934; 62: 897-919.
- 52 Paget Sir James. On diseases of the mammary areola preceding cancer of the mammary gland. Saint Bartholomew's hospital reports 1874 ; 10 : 87-9.
- 53 Pautrier LM., Woringer F. Nouveau cas de maladie de Paget avec cancer mammaire profond et disposition glandulaire, au niveau de l'épiderme, des cellules de Paget. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1936, 43 : 528-30.
- 54 Pautrier LM. Woringer F. Nouveau cas de maladie de Paget du mamelon avec tumeur profonde. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1936, 43 : 1724.
- 55 Pautrier LM. Maladie de Paget du mamelon. Bull Soc fr Dermatol Syphil 1934, 41: 116-120.
- 56 Pautrier LM., Woringer F. A propos d'un aspect histo-pathologique nouveau du ganglion lymphatique : la réticulose lipo-mélanique accompagnant certaines dermatoses généralisées. Les échanges entre la peau et le ganglion. Ann Dermatol Syphil 1937, 65 : 257-73.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Université

de Strasbourg



Faculté
de médecine

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.

- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ETIRET

Prénom : MARINE

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance
des suites disciplinaires ou pénales que j'encours
en cas de déclaration erronée ou incomplète.*

Signature originale :

A Strasbourg, le 7/08/2018

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.