



Johannes Zoon (1902-1958)

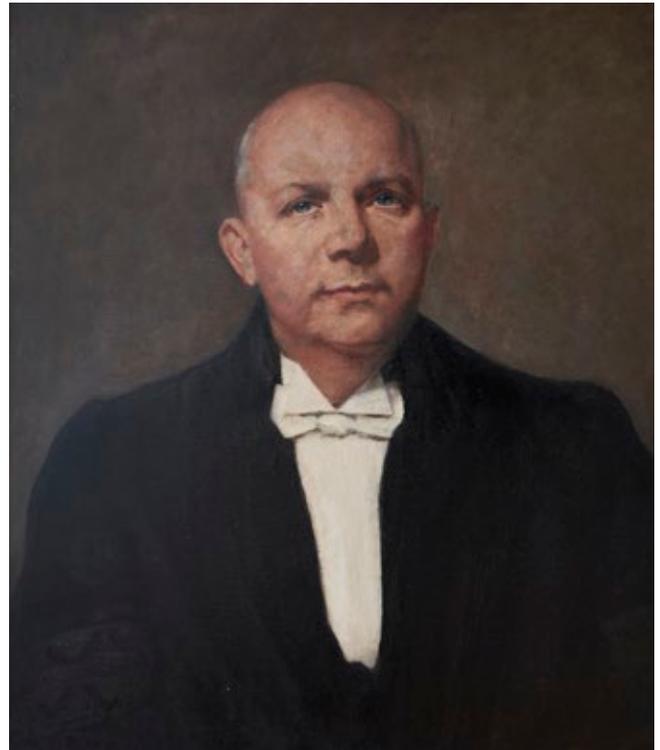
Vigfús Sigurdsson, dermatoloog

Prof. dr. Johannes Jacobus Zoon was de tweede hoogleraar dermatologie in Utrecht. Hij studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Utrecht van 1920-1927. Een jaar later promoveerde hij op een proefschrift over de complimentbindingsreactie bij gonokokkeninfecties. Van 1927 tot 1929 werkte Zoon als assistent op de afdeling dermatologie in Utrecht en daarna tot 1945 als chef de clinique. Nadat professor Van Leeuwen ontslag had genomen, volgde op 27 december 1945 Zoons benoeming tot hoogleraar dermatologie in Utrecht. Op 16 april 1946 hield hij zijn inaugurele rede getiteld *Beschouwingen over Syphilis*.

Het wetenschappelijke werk van Zoon was, in vergelijking met zijn voorganger, meer op huidziekten gericht en minder op specifiek geslachtsziekten. Er verschenen 97 publicaties in de periode van Zoon, waarvan 7 proefschriften. Twee hiervan handelden nog over geslachtsziekten en eentje over röntgenbehandeling. Van de 90 overige publicaties gingen tien over geslachtsziekten, vier over röntgentoepassing, vier over huidtemperatuur en verwante onderwerpen en zeven over allergie.

Zoon was voorzitter van de NVDV in de periode 1946-1951 en werd later tot erelid benoemd. Hij was ook een periode lid van het hoofdbestuur van de KNMG en in 1954 ondervoorzitter van dit orgaan.

In 1957 ging de gezondheidstoestand van Zoon dermate achteruit dat hij zijn werkzaamheden moest neerleggen. Hij overleed op 28 januari 1958 op 55-jarige leeftijd. Zijn opvolger werd prof. dr. L.H. Jansen.



Travail de la clinique dermatologique de l'Université d'Utrecht
Directeur: Prof. Dr J. J. Zoon

Balanoposthite chronique circonscrite bénigne à plasmocytes

(contra érythroplasie de Queyrat)

Par J. J. ZOON

Depuis 1911, on connaît sous le nom d'érythroplasie du gland une affection décrite par *Queyrat*¹. Il s'agit de taches d'une rougeur vive et nettement délimitées, situées au gland et à la face interne du prépuce. Ces efflorescences paraissent érosées, mais ne le sont pas à l'examen histologique. Elles ont un aspect velouté, ne sont pas ou très peu élevées au-dessus de la peau ou de la muqueuse normale qui les entoure. Le derme est légèrement infiltré. La maladie fait peu de symptômes. Les taches sur le gland et à la face interne du prépuce sont souvent superposées. Le coût n'est pas gêné.

Depuis les premières descriptions, l'affection est considérée comme sérieuse. *Queyrat* déjà insiste sur la possibilité d'une dégénérescence carcinomateuse après une période plus ou moins longue. Dans les quatre cas originaux de *Queyrat*, une seule fois une biopsie a été faite, et a montré une parakératose avec «transformation épithéliomateuse». Le diagnostic d'«épithéliome» a été posé dans un second cas sans examen microscopique. Les deux derniers cas n'ont pas non plus été contrôlé histologiquement. *Queyrat* note également que trois de ses malades avaient une anamnèse syphilitique. Il attribue à cette maladie une importance étiologique. L'affection se montre très résistante au traitement local et interne. *Queyrat* compare son érythroplasie à la leucoplasie des muqueuses, qui est elle aussi circonscrite et a une tendance à la dégénérescence maligne. Le rouge vif des efflorescences l'a amené à proposer le nom d'érythroplasie.

*Darier*² estime que la maladie décrite est identique à son «épithéliome papillaire nu».

2 Zoon, Balanoposthite chronique circonscrite bénigne à plasmocytes

En dehors de sa localisation à la verge, l'érythroplasie a été décrite plus tard au scrotum, à la vulve et aux muqueuses buccales et labiales.

Dans la plupart des traités et des publications suivantes, l'érythroplasie est toujours interprétée comme une précancérose ou même comme une forme de néoplasme épidermique, compliqué de bonne heure, dans un certain nombre de cas par des métastases dans les ganglions régionaux (*Sutton*³, *Madden*⁴, *Sulzberger* et *Satenstein*⁵, *Desaux*⁶).

S'en référant à ces opinions autorisées, on a toujours associé au diagnostic clinique d'érythroplasie une idée de malignité menaçante ou évidente et recommandé un traitement radical rapide.

D'après les données de la littérature, on doit admettre que cette forme d'érythroplasie existe certainement. Cependant il existe certainement des affections cliniquement parfaitement semblables qui, même à la longue, ne dégénèrent jamais et dont le substratum anatomopathologique n'est qu'une inflammation chronique du derme. Seul l'examen histologique permet de poser le diagnostic différentiel avec la forme tendant à dégénérer ou même à être maligne d'emblée décrite par *Queyrat*.

Pendant les dernières années nous avons pu observer à la clinique d'Utrecht 8 cas tous semblables. Dans aucun de ces cas la biopsie n'a révélé une atypie précancéreuse quelconque.

Les 3 premiers de ces cas ont été présentés et discutés à la société dermatologique néerlandaise en 1950⁷. On trouvera des renseignements plus précis sur ces 8 malades dans le tableau I.

Les photographies des malades 2 et 3 (fig. 1 et 2) montrent une affection parfaitement semblable à celle présentée dans les traités de dermatologie sous le nom de maladie de *Queyrat*. Il est frappant de remarquer que l'examen histologique donne chez tous nos malades, non seulement en gros, mais dans le détail, le même résultat.

L'épiderme tend à s'atrophier (fig. 3) et est dans beaucoup de cas réduit à quelques couches cellulaires seulement. Dans un seul cas (n° 5) on a trouvé une acanthose modérée (bénigne). En plusieurs endroits, il y a de l'œdème intra- et extracellulaire (type spongieuse). Un certain nombre de cellules montrent une enflure hydropique et un aspect vacuolaire. Elles ressemblent à des cellules dyskératotiques. Les types et les formes cellulaires que l'on rencontre dans la maladie de *Bowen* ne se trouvent pas dans cette affection. On ne voit pas de mitoses. La couche granuleuse fait défaut dans toutes nos coupes, de même que l'hyperkératose. La limite dermo-épidermique est

Fig. 1



Fig. 2

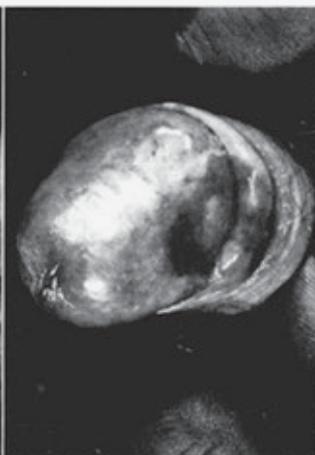


Fig. 3

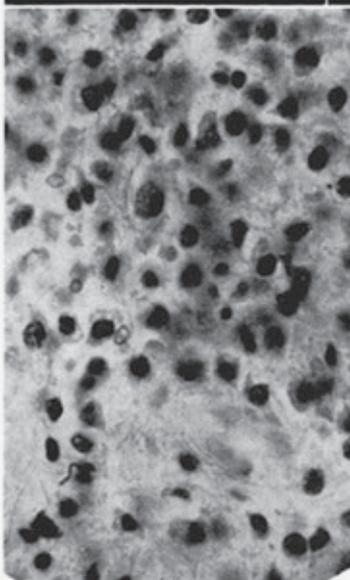


Fig. 4

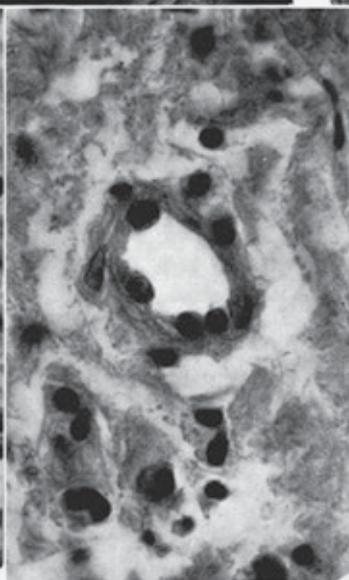


Fig. 5

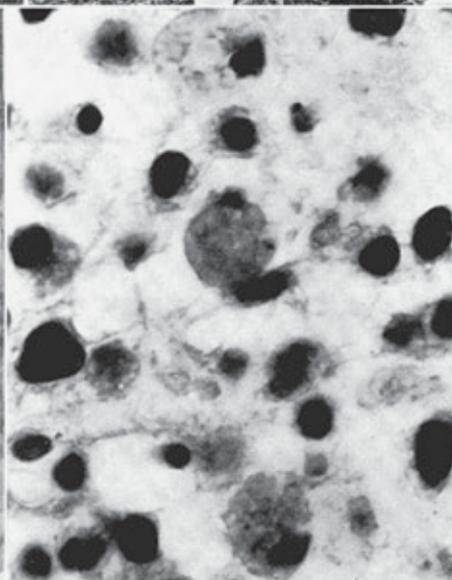


Fig. 6

rectiligne, le corps papillaire du derme avec sa structure finement filamentaire manque également.

Dans le derme, on voit une infiltration inflammatoire, située principalement dans le chorion. Cette zone est assez nettement délimitée du tissu conjonctif sous-jacent qui est de structure plus grossière. La délimitation avec le tissu normal latéral est moins nette. Dans quelques-unes de nos coupes, l'infiltration inflammatoire reste séparée de l'épiderme par un fin liseré de tissu conjonctif libre d'inflammation.

4 Zoon, Balanoposthite chronique circonscrite bénigne à plasmocytes

No. du ma-lade	Age	Profession	Durée de l'affection	Cause dans l'opinion du malade	Anamnèse vénérienne	Localisation
1	60	Chauffeur	12 années	inconnue	—	dorsum glandis penis et sulc. coron.
2	74	Libraire	13 années	inconnue	—	dorsum glandis penis et prépuce
3	58	Forgeron	20 années	inconnue	—	dorsum glandis penis et prépuce
4	64	Tailleur	1 année	inconnue	—	dorsum glandis penis et prépuce
5	25	Charpentier	?	inconnue	—	autour de l'orifice uréthrale
6	24	Militaire	1 année	phimosi léger	—	glans penis et prépuce
7	61	?	?	inconnue	—	glans penis et prépuce
8	67	Monteur	très longtemps	irritation par le smegme	—	face intérieure du prépuce

Les cellules inflammatoires sont uniquement ou du moins en grande majorité des plasmocytes (fig. 4). A côté de ces plasmocytes on trouve quelques «Mastzellen» (principalement le long des vaisseaux et des nerfs), peu de lymphocytes et de cellules éosinophiles et quelques fibroblastes. On voit de très nombreux capillaires dilatés et on est frappé par le fait que leur paroi est en général épaissie (fig. 5). Le tissu conjonctif est œdématisé.

A l'endroit de l'infiltration inflammatoire, le réseau élastique coloré à l'orcéine est peu dense. C'est une conséquence de l'œdème. On ne constate pas de changements dégénératifs. Sur toutes les coupes se trouvent des corpuscules de Russel, qui sont des dérivés des plasmocytes (fig. 6). La réaction au bleu de Berlin est négative.

Conclusion

Dans l'épiderme: pas de signes de malignité visible.

Dans le derme: tissu d'inflammation chronique avec prépondérance de plasmocytes. Pas ou très peu de destruction, pas de tubercules

Hypertrophies ganglionnaires (inguinales et à la base de la verge)	Phimosi	Investigations pour syphilis	Urine et Sédiment	Effet du traitement	Epidermo-réaction avec caoutchouc et ses accélérateurs
0	0	—	s. p.	nul	négative
0	0	—	urobiline et leucocytes	nul	négative
0	0	—	s. p.	nul	négative
0	0	—	s. p.	nul	non-exécutée
0	0	—	s. p.	guéri après röntgencontact 3000 r, 50 KV FH 2 cm, 2 mA	non-exécutée
0	léger	—	s. p.	nul	non-exécutée
0	0	—	?	inconnu	non-exécutée
0	0	—	?	inconnu	non-exécutée

ou de structures tuberculoïdes. Oedème du tissu conjonctif. Fibres élastiques se colorant normalement, capillaires à parois épaissies (ou enflées).

Cette apparence histologique caractéristique nous paraît digne d'attention. Si dans nos cas, nous maintenons le diagnostic clinique de maladie de Queyrat, nous devons constater que le substratum anatomopathologique de l'affection est ici d'abord une inflammation, présentant des caractères typiques avec des modifications épidermiques secondaires (œdème et atrophie) sans signes de malignité.

La présence de plasmocytes dans l'infiltration inflammatoire de la maladie de Queyrat est souvent notée dans la littérature mais nulle part on ne doute du caractère malin de l'affection (*Desaux, Sulzberger et Satenstein, Madden*).

Il n'y a que *Sachs et Sachs*⁸, qui après des recherches poussées sur 9 cas (tous des patients juifs) en arrivent à la conclusion que l'érythroplasie ne doit pas être considérée comme cancéreuse ou précancéreuse. Il s'agirait d'une inflammation primaire du derme,

6 Zoon, Balanoposthite chronique circonscrite bénigne à plasmocytes

peut-être d'une réaction à un agent spécifique. Les auteurs aussi insistent sur la prépondérance des plasmocytes dans l'infiltration inflammatoire et notent le manque de signes de dégénérescence épidermique.

Dans la littérature néerlandaise, *van Schouwen*⁹ cite un cas d'érythroplasie durant depuis des années chez un homme de 49 ans, à antécédents syphilitiques, chez lequel la biopsie n'a révélé aucun signe de malignité, mais bien l'inflammation typique riche en plasmocytes. Ce malade souffrait de toute évidence de la même affection que nous décrivons ici et qui fut aussi observée par *Sachs* et *Sachs*. A notre avis, cependant, l'on n'est pas autorisé, à la suite d'observations telles que celles que nous rapportons ci-dessus, et comme l'ont fait *Sachs* et *Sachs*, à admettre que l'érythroplasie est toujours une simple inflammation. Bien que le travail original de *Queyrat* ne donne que peu d'arguments convainquants en faveur d'une évolution maligne, il est cependant probable que le cancer ou le précancer du gland peuvent se présenter sous la même image clinique comme de petites taches rouges et veloutées.

Seule l'histologie pourra déterminer si l'on doit parler:

a) d'une érythroplasie de *Queyrat* ou l'histologie doit obligatoirement révéler des modifications cancéreuses ou précancéreuses (entre autres semblables à celles du *Bowen* ou du *Paget*),

b) de balanoposthite chronique circonscrite bénigne à plasmocytes, dont nous avons communiqué 8 cas dans cet article.

Donc sous une même image clinique on doit distinguer deux affections: la maladie de *Queyrat* dont le pronostic reste réservé et qui exige une thérapie spéciale, et une forme de balanoposthite sur laquelle nous voulons attirer l'attention, balanoposthite dont l'histologie est caractéristique, l'évolution extrêmement chronique et qui résiste à tous les moyens thérapeutiques y compris la röntgenthérapie.

L'analyse de nos cas ne nous a pas permis de préciser l'étiologie de l'affection. Un seul de nos malades avait un léger phimosis. Dans aucun cas, l'examen clinique ou sérologique ne nous permit de découvrir une syphilis ou une autre maladie vénérienne. Le bacille tuberculeux ne joue certainement aucun rôle étiologique, de même que les irritations externes. Nous ne nous trouvons pas non plus en présence d'une toxidermie. Les malades de *Sachs* et *Sachs* étaient tous juifs, aucun des nôtres ne l'était.

Deux de nos malades n'ont reçu aucun traitement. Cinq ont été

résistants à tous les traitements, y compris la radiothérapie. Un cas a guéri après röntgenthérapie de contact (50 KV, 2 m A, FH 2 cm. 3000 r). Pour plus de détails, voir le tableau.

Résumé

L'auteur présente 8 cas de patients chez lesquels le diagnostic clinique est celui d'érythroplasia glandis de Queyrat. La biopsie n'a révélé dans ces 8 cas qu'une inflammation chronique du derme, consistant principalement en une infiltration de plasmocytes. Aucun signe de dégénérescence maligne de l'épiderme n'a été constaté. L'auteur distingue ce syndrome sous le nom de balanoposthite bénigne à plasmocytes et le sépare de la maladie de Queyrat qui doit être considérée comme un cancer ou une précancérose.

Zusammenfassung

Der Autor berichtet über 8 Fälle, die klinisch alle das Bild der Erythroplasia von Queyrat boten, histologisch jedoch nicht deren präkanzeröse Struktur aufwiesen, sondern nur ein vorwiegend aus Plasmazellen bestehendes entzündliches Infiltrat in der Cutis und keine malignen Veränderungen im Epithel erkennen ließen. Er möchte deshalb dieses Bild als Balanoposthitis chronica circumscripta benigna plasmacellularis vom Morbus Queyrat, der als Kanzerose oder Präkanzerose anzusehen ist, unterscheiden.

Summary

In 8 cases clinically diagnosed as erythroplasia of Queyrat, the author found on histological examination an inflammatory infiltration composed chiefly of plasma cells with no malignant change in the epithelium instead of the usual precancerous lesion. He names this condition balanoposthitis chronica circumscripta plasmacellularis and differentiates it from Morbus Queyrat which is to be considered cancerous or precancerous.

Literaturverzeichnis

¹ Bull. Soc. franç. Dermat. 1911, 378. – ² Précis de Dermatologie 1928. – ³ Diseases of the Skin 1939, 718. – ⁴ J.A.M.A. 105, 420, 1935. – ⁵ Arch. of Dermat. 28, 798, 1933. – ⁶ Traitement des Dermatoses communes 1948, 1242. – ⁷ Nederl. Tijdschr. Geneesk. 94, 1529, 1950. – ⁸ Arch. of Derm. 58, 184, 1948. – ⁹ Nederl. Tijdschr. Geneesk. 82, 4758, 1938.