

tance, des cordons ou des brides intérieurs, mais on ne distingue ni pulsations, ni bruissement, en un mot aucun bruit vasculaire.

9° La kéloïde ne paraît pas dépasser la surface interne du derme. Elle ne contracte point, comme le squirrhe, des adhérences avec les parties voisines. Elle reste mobile. Son extension ne se fait que sur les côtés, et toujours dans l'épaisseur de la peau.

10° La *sensibilité* est parfois à peine modifiée. M. Velpeau n'a produit aucune douleur en traversant une kéloïde avec une longue épingle. La petite malade que je vis paraissait ne pas souffrir. L'élève de M. Velpeau n'était point incommodé par sa tumeur. On ne peut concevoir l'insouciance des malades à l'égard de la kéloïde qu'ils portent que par l'absence de la douleur. Mais la tumeur qui se forme est le siège de sensations anormales. C'est d'abord un picotement ou un prurit qui oblige le malade à frotter ou à presser légèrement la saillie qui tend à se développer. Ce sentiment peut se changer en celui d'une cuisson plus ou moins vive ou en des élancements douloureux, pareils à ceux qu'aurait produits un choc électrique (Wilson, p. 326). La douleur ne se fait toutefois sentir que lorsqu'on presse ou qu'on agite la tumeur (Cabot, Guéretin, etc.). Elle est plus vive dans les changements de temps (Michon).

11° Alibert a trouvé la partie atteinte de kéloïde plus chaude que les autres (p. 746). La perspiration cutanée y a été aussi abondante qu'ailleurs (Firmin, p. 10). Les poils qui se trouvent sur la même région, s'atrophient ou tombent (Guéretin, Firmin).

Tels sont les phénomènes locaux qu'a présentés la kéloïde. On ne signale point de symptômes généraux propres à cette maladie. On n'a vu que de simples coïncidences (Firmin, I^o, II^o Obs. etc.), étrangères à l'histoire de la maladie elle-même.

c. — *Marche, durée de la kéloïde.* — La kéloïde a une marche très-lente; elle peut durer vingt et trente ans sans offrir un développement inquiétant. Les malades n'ont souvent con-

sulté les médecins qu'après avoir laissé la tumeur s'accroître pendant six ou sept ans. Cet accroissement, il est vrai, avait été insensible.

Il est cependant quelques influences qui semblent accélérer la marche de cette affection; tel est l'état de grossesse (Vallerand), ou encore l'âge critique (Rayer).

Il a paru que durant la menstruation, après l'exercice pendant les journées très-chaudes, la kéloïde était plus volumineuse, plus tendue, plus sensible. Alibert a aussi noté l'augmentation des picotements et des élancements dans les temps humides et à l'approche des orages.

La kéloïde peut subir dans ses apparences et même sa texture quelques modifications. Elle peut s'aplatir, pâlir et se ramollir légèrement en quelques points. C'est l'annonce d'une tendance vers la résolution.

Il est extrêmement rare que la tumeur se ramollisse au point de faire craindre la suppuration ou l'ulcération. M. Rayer a pu dire : « La kéloïde s'étend, mais ne s'ulcère pas. » Toutefois, dans le cas rapporté par M. Vallerand, la tumeur s'ouvrit à l'intérieur et à l'extérieur de la joue, et forma de petites ulcérations. Ce fait, jusqu'à présent, est exceptionnel.

Il n'en est pas absolument de même à l'égard des kéloïdes cicatricielles, qui, parvenues à un certain degré de développement, peuvent se déprimer au centre, se ramollir et s'ulcérer (Macpherson).

M. Robert Smith, de Dublin, a décrit sous le nom d'*ulcère verruqueux* une maladie des cicatrices fort analogue à la kéloïde. Cette maladie s'étend aux parties voisines, aux os, en atrophie ou en hypertrophie le tissu et le perforé. La nature cancéreuse de cette affection est prouvée par les altérations qui se développent successivement (1).

La kéloïde peut rester très-longtemps inerte et absolument stationnaire. Elle n'empêcha pas, dit Alibert, une jeune personne de se marier et d'avoir deux enfants.

(1) *Dublin quarterly Journ.*, 1856, may. (*Archives*, 4^e série, t. XXIV, p. 219.)

d. — Terminaisons de la kéloïde. — Quoique en général réfractaire à tous les topiques, la kéloïde peut diminuer, s'affaïsser, pâlir et ne laisser à sa place qu'une cicatrice blanchâtre, molle, élastique, recouverte d'un épiderme fin et parsemé des orifices distincts des follicules pileux et sébacés (Alibert, Firmin). Cette heureuse terminaison est très-rare.

La kéloïde qui se dissipe spontanément ne *récidive* pas. Celle au contraire dont le bistouri ou le caustique a voulu faire justice, repullule avec une ténacité et une activité désespérantes. Enlevée à l'état de simple papule ou de plaque mince, la kéloïde se reproduit aussi vivement que si déjà elle avait acquis un grand développement.

Les tumeurs verruqueuses des cicatrices sont peut-être moins aptes à se reproduire que les kéloïdes spontanées (Hawkins); mais il faut toujours s'en défier.

e. — Anatomie pathologique de la kéloïde. — L'examen attentif du tissu kéloïdien prouve que le derme est essentiellement affecté. Cette membrane est devenue plus épaisse et plus dense dans les points malades. Divisée, elle a une apparence fibreuse. M. Cruveillier l'avait depuis longtemps constaté (1). Alibert parle également de fibres serrées, blanchâtres, entrelacées.

Les recherches microscopiques de M. Lebert et celles de M. Burnett ont mis hors de doute la constitution fibro-plastique de la kéloïde. La Thèse de M. Firmin renferme le résumé des observations de M. Lebert.

La pression du tissu malade ne fait suinter aucun liquide contenant des cellules ou des noyaux cancéreux. Ce tissu est composé de fibres très-déliées, réunies en faisceaux droits ou tortueux et ondulés.

Entre ces fibres se trouve une substance granuleuse demi-transparente, d'apparence gélatiniforme. Dans cette matière se trouvent des éléments du tissu fibro-plastique, des cellules pâles, aplaties, allongées, de 0^{mm},015 en moyenne, renfermant

(1) *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. VIII, p. 993.

un noyau ovoïde, aplati, à contours plus nets que ceux des cellules, souvent libres autour des fibres ou des corps fusiformes. Le nucléole de ce noyau est petit, de 0^{mm},002; il n'offre pas l'aspect terne et légèrement opalin du grand nucléole de la cellule cancéreuse.

La tumeur enlevée par le Dr Deway, et examinée par M. Burnett, se composait de faisceaux fibreux et de cellules épithéliales, irrégulières, avec noyaux arrondis ou anguleux (p. 372).

L'épiderme qui recouvre ces tumeurs est mince, un peu plissé. Les follicules pileux et sébacés ne sont plus apparents, bien que leurs orifices soient conservés. Les vaisseaux du corps muqueux sont injectés. Il est probable que l'élément nerveux est lui-même aussi plus développé que dans l'état normal.

Les végétations nées sur les cicatrices ont offert à M. Follin un tissu fibro-celluleux, dans lequel il a constaté la présence d'éléments fibro-plastiques et de fibres. Il a vu en outre des petits corps particuliers de forme elliptique (1).

f. — Physiologie pathologique de la kéloïde. — Il résulte de ce qui précède, que la kéloïde est une hypertrophie de l'un des éléments du derme et une production fibro-plastique. C'est donc une maladie assez simple, considérée au point de vue anatomico-pathologique.

Mais sous quelle influence diathésique se forme-t-elle? La syphilis produit des tumeurs du derme, des tubercules, qui n'ont rien d'analogue avec elle. Les antécédents des sujets n'ont en général rien offert qui ait autorisé la supposition d'un principe vénérien.

M. Bazin ne balance pas à placer la kéloïde parmi les effets de la diathèse scrofuleuse. Mais les faits qui appuient ce sentiment ne sont relatifs qu'à des ressemblances de formes.

Une opinion plus générale est celle qui fait de la kéloïde

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 1849, p. 300.

une des formes du cancer. Alibert croyait cette maladie issue de l'union du cancer et de la dartre. M. Vallerand admet une origine purement cancéreuse. M. Warren suppose quelques variétés de la kéloïde de nature maligne. M. Velpeau trouve beaucoup d'analogie entre la kéloïde et le squirrhe. En effet, ces tumeurs sont dures, compactes, elles repullulent quand on en fait l'extraction. Les douleurs sont variables pour l'une et pour l'autre. L'hérédité peut exercer son influence sur leur développement. Elles peuvent se multiplier comme par l'effet d'une cause générale, d'une véritable diathèse.

Ces motifs tendent à faire assimiler la kéloïde au cancer. Cependant, il faut remarquer que le fait de la récurrence n'est pas la preuve absolue d'une nature cancéreuse, car les productions érectiles y sont également sujettes. L'hérédité ne serait pas non plus un motif suffisant pour admettre une origine cancéreuse, beaucoup d'autres lésions pouvant être également héréditaires.

Mais l'introduction dans le derme d'un tissu qu'il ne présente pas à l'état normal, cette tendance à se répéter, à se multiplier dans diverses régions, cette obstination à se reproduire quand on l'enlève, font de la kéloïde une maladie assez analogue à celles qui sont réellement cancéreuses. Seulement, elle a moins de disposition à envahir et désorganiser les tissus voisins, à porter atteinte à l'existence du malade; elle a même quelquefois guéri spontanément, tandis que le cancer obéit presque toujours à une destinée fatale. La kéloïde résiste quand on veut la détruire; elle réagit et redouble d'énergie, mais ses récurrences sont loin d'être aussi dangereuses que celles du cancer.

f. — Traitement de la kéloïde. — L'expérience a souvent appris que les topiques excitants, résolutifs et astringents, non-seulement demeureraient sans succès, mais encore pouvaient nuire, et que les émoullients s'il y avait de la chaleur, de la rougeur, les sédatifs narcotiques s'il y avait de la douleur, étaient bien préférables.

M. Rayet a conseillé la compression; ce serait un bon moyen si la douleur n'en était pas exaspérée et si la tumeur trouvait d'autre part un appui suffisant.

Le collodion pourrait devenir un agent compressif d'autant plus utile, qu'il garantirait la surface de la kéloïde du frottement et de l'irritation des corps extérieurs.

M. Cabot a prescrit l'application locale de la teinture d'iode étendue et de la poudre-coton (*gun-cotton*), laquelle a rendu les tumeurs blanchâtres et fait disparaître les veines adjacentes.

La cautérisation avec la pâte arsenicale (Alibert, p. 754) ou avec le mélange d'acide sulfurique et de safran ⁽¹⁾ n'a eu que de bien rares succès. Ces succès cependant suffisent pour laisser quelque espérance aux malades qu'on tenterait encore d'opérer; mais cette opération ne serait justifiée que par l'incommodité et la douleur et par la volonté absolue du malade.

L'instrument tranchant a été employé également à l'extraction de la kéloïde, mais les succès définitifs sont l'exception. A ce titre, il faut citer un cas rapporté par M. Michon : à la seconde extirpation, la kéloïde fut détruite sans récurrence ⁽²⁾.

Mais il vaut mieux, en thèse générale, s'abstenir de toute tentative opératoire. L'art ne demeure pas néanmoins inactif. Les altérants généraux, les résolutifs, peuvent être longtemps employés successivement. Il paraît que l'iodure de potassium a eu quelque utilité (Firmin). M. Wilson conseille dix gouttes, trois fois par jour, de liqueur de Donovan ⁽³⁾.

On doit avoir recours à une hygiène convenable, à l'air de la campagne, aux bains de mer, etc.

II. — CANCROÏDE.

Le cancroïde est une tumeur formée d'éléments épithéliaux, qui tend à s'ulcérer et à se propager, et qui récidive si elle a été tardivement ou incomplètement enlevée.

⁽¹⁾ *Gaz. des Hôpit.*, 1845, p. 229.

⁽²⁾ *Cancer cutané*, p. 142.

⁽³⁾ *Diseases of the skin*, p. 311.

Ce genre de tumeurs a été étudié avec soin par M. Lebert (1).

I. L'influence héréditaire en est une cause très-fréquente (2). Les deux sexes y sont exposés. On l'observe rarement avant l'âge de trente ans. Il est fréquent de quarante à soixante-quinze ans. Des causes locales peuvent en déterminer la formation et en précipiter la marche.

II. Le cancroïde parcourt des périodes successives pendant lesquelles on observe les phénomènes suivants :

1° Une petite saillie, dont le doigt reconnaît la dureté et l'adhérence au tissu du derme, se forme en offrant quelque ressemblance avec un rudiment de verrue; sa surface est lisse, quelquefois elle fournit une légère desquamation; examinée de près, on distingue vers sa base un léger développement vasculaire.

2° Au bout d'un temps plus ou moins long, cette petite tumeur s'aplatit et s'élargit; très-rarement elle est allongée et pédiculée. Elle offre une légère rougeur, et sa surface devient inégale, comme gercée ou même fendillée. Sa consistance est toujours assez grande.

3° Peu de temps après que le bouton a pris 1 ou 2 centimètres de largeur, ou même avant, le malade y ressent de la démangeaison, de la douleur, de la chaleur, de la tension; les parties voisines peuvent se tuméfier, et les vaisseaux superficiels qui les parcourent devenir plus apparents.

4° La partie saillante de la tumeur se recouvre d'une croûte mince, grisâtre ou brune, qui résulte de l'union d'un fluide exsudé avec des lamelles épidermiques.

5° Cette croûte enlevée laisse voir une érosion, une ulcération, qui tantôt reste superficielle, tantôt ne tarde pas à se creuser au centre, tandis que ses bords s'élèvent, se renversent et deviennent plus durs.

6° Le fond de l'ulcération présente de petites saillies rou-

(1) *Mémoires de la Soc. de Chirurgie*, t. II, p. 481; — et *Traité des maladies cancéreuses*, p. 594.

(2) Amussat; *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XX, p. 227.

ges, allongées, disposées en groupes, et que l'on considère comme des papilles dermiques.

7° L'ulcération peut gagner en largeur, toujours précédée de l'engorgement et de l'induration des parties de la peau qui vont être envahies.

8° L'ulcération s'étend aussi en profondeur; dans sa progression lente, mais non moins redoutable, elle s'empare du tissu cellulaire, des tissus fibreux; elle pénètre jusqu'aux os, qu'elle ramollit et corrode (1).

9° Les ganglions lymphatiques situés dans le voisinage peuvent s'engorger, même quand la tumeur épithéliale n'a pas envahi les parties sur lesquelles elle repose, ou encore quand elle a été extirpée une ou deux fois. J'ai vu les ganglions, engorgés, indurés, suppurés et en partie détruits, prendre l'aspect de l'ulcère cancéreux le mieux caractérisé (2). Dans ce cas, le malade présente tous les indices de la cachexie propre à la dernière période des affections cancéreuses.

10° Chez quelques sujets, la nécropsie a fait découvrir des tumeurs de la même nature dans le foie, dans les poumons (3).

III. Le cancroïde met plus ou moins de temps à parcourir ces diverses phases. D'après un tableau dressé par M. Lebert, sa durée peut être de six mois à vingt-trois ans. Son cours le plus ordinaire a été de dix-huit mois, deux, trois, six et vingt ans. Sa durée moyenne est de six ans et quelques mois. Il peut rester très-longtemps stationnaire. Il paraît même que dans quelques cas il a pu se flétrir et se résoudre (4). Je crois cette terminaison possible dans les premiers temps de la formation du cancroïde.

IV. L'anatomie pathologique montre que la tumeur épithéliale peut offrir des degrés. Elle n'offre quelquefois qu'un développement épidermique et verruqueux; d'autres fois elle est

(1) Voyez l'Observation d'une tumeur épithéliale du cuir chevelu qui avait détruit une partie des os de la voûte du crâne et mis la dure-mère à découvert. (Rouget; *Bullet. de la Soc. de Biologie*, 1850, p. 121.)

(2) Deux exemples, t. III, p. 345.

(3) Velpeau; *Bullet. de l'Acad. de Méd.*, t. XX, p. 170.

(4) Lebert; *Mémoires de la Soc. de Chirurgie*, t. II, p. 519.