

HUITIÈME ET NEUVIÈME CLASSE

NÉOPLASMES

TRENTE-HUITIÈME LEÇON

Néoplasmes, généralités. — Division, néoplasmes de bonne nature : néoplasmes du tissu cellulaire : chéloïde, cicatrice (processus de la cicatrice). — Molluscum fibreux. Xanthome, fibrome, lipome, névrome. Dermato-myome. Ostéome.

Les néoplasmes cutanés sont, pour une partie, aussi bien du domaine de la chirurgie que du domaine de la dermatologie ; ils ne sont pas toujours, en effet, limités anatomiquement à la peau et ils réclament alors l'intervention chirurgicale. La dermatologie est redevable d'un progrès notable à l'intérêt actif que, en raison des conditions ci-dessus, la science sœur (la chirurgie), devenue si pratique depuis quelques années, voue à ce domaine spécial de la pathologie. En conséquence, l'exposé complet de la question des néoplasmes n'est pas du ressort précis de la dermatologie, mais bien du domaine de la pathologie générale et de l'anatomie pathologique.

Ces deux parties de la science vous ont fait connaître, — en dehors de la conception ontologique de ces tumeurs depuis longtemps fixée, — les modifications que la théorie du néoplasme elle-même a subies pendant la période où l'on s'efforçait de trouver dans l'état histologique du produit pathologique comparé avec celui des tissus environnants, le caractère d'une néoformation. C'est alors que Virchow édifia sa théorie du néoplasme basée sur la division (prolifération) des corpuscules du tissu cellulaire. Ensuite, par des études d'histologie pathologique et expérimentale, on reconnut que chaque espèce d'éléments de tissu, les épithéliums et les endothéliums, les cellules musculaires, osseuses et cartilagineuses, peut-être même la substance intercellulaire, sont susceptibles d'une prolifération endogène, d'une véritable néoformation, et que celle-ci s'accomplit sous l'influence de l'inflammation, par exemple dans l'épithélium en

présence du catarrhe. A mesure que l'on reconnut tous ces faits, l'histologie pathologique prit un nouvel essor ; la limite précédemment tracée entre l'inflammation, l'hyperplasie et la néoplasie, se trouva effacée plus complètement qu'elle ne l'avait jamais été, et il a bien fallu dès lors se convaincre que le terme « néoplasme » ne doit plus être conservé que comme conception clinique. Quels que soient d'ailleurs ses éléments constitutifs, qu'ils soient semblables à ceux du milieu dans lequel il se trouve (homœoplasie), ou dissemblables (hétéroplasie), le néoplasme représente seulement une formation pathologique qui, par un ensemble de particularités, telles que « contours extérieurs, conformation intérieure et végétation » (Rokitansky), siège, relations avec les tissus environnants et avec le paradigme de l'organe et du tissu affectés, rappelle en quelque sorte un corps étranger enclavé dans les parties.

Si donc, en considération de leur aspect et de leur marche cliniques, nous subdivisons dans la pratique les néoplasmes d'après Rokitansky et Hebra et à présent encore en néoplasmes de bonne nature (VIII^e classe) et néoplasmes de mauvaise nature (IX^e classe), nous aurons ainsi fait une déduction éloignée, mais logique et légitime. Au premier groupe se rattachent les néoplasmes qui peuvent, il est vrai, persister pendant des années, mais qui ordinairement n'exercent localement qu'une action destructive nulle ou peu considérable, et qui, en particulier, n'ont pas une influence nuisible sur l'ensemble de l'organisme ; au second, ceux qui, non seulement détruisent les tissus localement, mais encore exercent (1) une action délétère sur l'organisme entier, ceux-ci formeront le deuxième groupe.

Outre cette classification qui se rapporte aux caractères cliniques qu'il importe de connaître avant tout, il y a encore une distinction à faire entre ces mêmes néoplasmes, d'après leur caractère histologique, distinction de nature à bien éclairer le sujet. Suivant ce caractère histologique, une série de ces néoplasmes est constituée sous le nom de néoplasmes de tissu conjonctif ; une deuxième sous celui de néoplasmes vasculaires ; une troisième de tumeurs de granulation ou granulomes ; une quatrième enfin de tumeurs épithélioïdes, d'où il résulte par conséquent que les deux premiers groupes appartiennent aux formes les plus élevées du tissu, les deux derniers aux tissus d'organisation plus inférieure autrement dit aux tumeurs dites organoïdes.

De plus, le groupe des formes granuleuses se sépare des autres groupes sous le rapport étiologique, puisqu'elles sont — ce qui est un fait sinon avéré du moins probable — l'effet d'une infection locale ou générale par des micro-organismes pathogènes spécifiques et, par conséquent aussi, on pourrait les caractériser comme des maladies

infectieuses chroniques (Neisser), des tumeurs infectieuses (Klebs), des tumeurs infectieuses de granulation (Ziegler).

Enfin il ne faut pas oublier que la dénomination préférée par l'anatomie pathologique de la plupart des formations citées ici comme « tumeurs » n'est entièrement juste, ni dans le sens clinique, ni dans le sens anatomique. Certaines de ces productions forment principalement des tumeurs comme les lipomes; d'autres au contraire n'en présentent qu'à des périodes déterminées de leur développement, tels le xanthome, les syphilides, le mycosis fongoïde; dans d'autres périodes au contraire elles présentent des modifications qui se rapprochent cliniquement et histologiquement des processus inflammatoires, de sorte que dans ce cas la dénomination que leur a donnée Virchow de néoplasmes et de tumeurs inflammatoires est toujours très juste.

Dans le sens indiqué ci-dessus, les formes morbides que l'on doit étudier ici, les néoplasmes, constituent donc un groupe naturellement homogène; et il est rationnel que les élèves et les praticiens connaissent et conservent la signification de ces formes morbides, en ce sens qu'elles représentent des formations de tissu qui se développent à la place et aux dépens du derme normal et ont un caractère destructif; en effet dans leur sphère d'action et grâce à leur végétation, elles détruisent pour ainsi dire et absorbent le derme normal.

Mais en même temps ces formes morbides nous apparaissent comme autant d'individualités pathologiques distinctes quant à leur cause, à leur mode d'évolution, à leur signification et à leur apparition cliniques et anatomiques, en un mot comme autant de processus morbides différents.

Le schème suivant donnera une idée bien claire et bien nette de ces rapports, abstraction faite toutefois de ce que j'ai, en raison de l'importance de leur malignité clinique, placé les sarcomes qui se rapprochent le plus des tumeurs de tissu conjonctif à côté des carcinomes.

Après avoir envisagé de ce point de vue général la multiplicité des propriétés cliniques et histologiques que présentent les maladies de la peau qu'il faut considérer comme des néoplasmes, nous étudierons avec plus d'intérêt et d'une façon plus intelligible quelques-unes d'entre elles.

Classification des néoplasmes de la peau (1).

I. Néoplasmes de tissu conjonctif.	{ Chéloïde. Cicatrice. Molluscum fibreux. Xanthome. Lipome. Névrome. Myome. Ostéome.	} NÉOPLASMES BÉNINS.
II. Néoplasmes vasculaires.	{ Angiome. Lymphangiome.	
III. Granuloses.	{ Rinosclérome. Lupus vulgaire. Tuberculose de la peau. Scrofulodermie. Lèpre. Syphilodermie.	} NÉOPLASMES INFECTIEUX
	IV. Néoplasme épithélioïde.	
		{ Carcinome.

I. — GROUPE

NÉOPLASMES DE TISSU CONJONCTIF

CHÉLOÏDE (2).

Cancer tubéreux (Knollenkrebs) de Fuchs.

Depuis Alibert, on donne ce nom à une tumeur en forme de plaques, de stries ou de tubérosités, ayant de l'analogie avec le tissu de cic-

(1) Nous n'avons pas besoin d'avertir le lecteur que nous n'adoptons ni le principe ni les détails d'une classification qui réunit, sous des titres d'une valeur déterminée, des choses complètement distinctes. L'état de la science n'est ni assez rudimentaire ni assez avancé pour se prêter aujourd'hui à des systèmes de cet ordre.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(2) Sous les noms de *Chéloïde*, puis de *Kéloïde* ALIBERT — *Précis théor. et prat. des maladies de la peau*, in-8°, 1^{re} édit., Paris, 1810,

trice, se développant spontanément dans le derme, sans symptômes inflammatoires, et ne pouvant être déplacée qu'avec la peau; ce néo-

T. II, p. 417; édit. ult. 1822, Les cancroïdes ou kéloïdes, t. II, p. 434 et suiv., — décrit, assez obscurément d'abord, l'affection qui avait été désignée sous le nom de « dartre de graisse », par RETZ — *Traité des mal. de la peau et de celles de l'esprit*, Paris, 1790 — puis plus clairement, et plus scientifiquement, dans la monographie des dermatoses, in 4°, 1833, Dermatoses cancéreuses, Genre II, KÉLOÏDE, KELIS (*Kelos, chéloïde, cancroïde, tubercules durs, cancelli, cancro, cancer blanc, le crabe*) — ALIBERT s'attribue la première description de cette affection; il ne cite pas RETZ, à qui RAYER, *Traité*, t. II, p. 672, a restitué, ainsi qu'il l'a fait pour tant d'autres auteurs, ce qui lui appartient de droit.

Le terme de chéloïde — *χρῆλη, patte de crabe, pince d'écrevisse* — vise surtout les *digitations radiculaires* qu'elle présente, en plusieurs points de sa circonférence, dans son développement typique.

« Ces plaques de loupes, » dit RETZ, « sont singulièrement entrelacées par des filons de la même matière, de différentes grosseurs, qui ressemblent à de grosses cicatrices, et forment plusieurs plis et replis, comme s'il y avait plusieurs cicatrices les unes sur les autres, ou les unes auprès des autres... » — *Loc. cit.*, p. 55, et RAYER, p. 672.

Voici maintenant la description d'ALIBERT, d'après ses deux premières observations; elle est à conserver, malgré le style fleuri de l'auteur, car elle contient la plus grande partie des faits cliniques cardinaux, qui individualisent la chéloïde.

« La première fois que j'observai la kéloïde, c'était chez une femme grande et belle, âgée d'environ trente-six ans. Cette personne portait, entre les deux seins, une excroissance allongée, cylindrique, dont l'étendue était d'environ deux pouces et demi de long sur un pouce de largeur. Cette excroissance était d'une couleur plus rouge que la peau environnante; elle prédominait d'environ une ligne au-dessus du tégument; elle projetait, par ses bords latéraux, deux prolongements bifurqués qui simulaient les pattes d'un crabe. Cette tumeur n'était pas indolente; indépendamment d'un prurit excessif, qui contraignait la malade à se gratter sans cesse, il survenait, dans certaines circonstances atmosphériques, des douleurs pongitives qui dardaient la peau comme par fusées. Plusieurs hommes de l'art furent consultés et prirent cette maladie pour la carcine ordinaire..... »

« Dans le même temps, je fus appelé par une demoiselle qui était actrice du grand Opéra, et qui portait, à la partie supérieure de la région sternale, une espèce de protubérance cordiforme, qu'elle cachait soigneusement avec un médaillon, afin que cette disgrâce de la peau ne fut point aperçue des spectateurs qui se trouvaient au parterre, quand elle chantait. Cette tumeur était dure, ovale, plate, pourtant un peu déprimée dans son milieu, et bombée dans ses parties latérales. Elle avait l'air de s'implanter dans la peau par quatre racines ou prolongements qu'on eût pris pour les quatre pieds d'une tortue. On voyait ramper, à la périphérie de cette excroissance, de très petits vaisseaux sanguins, qui ressemblaient à ces lignes rougeâtres que l'on aperçoit sur la rhubarbe de Chine. La maladie avait débuté par quelques

plasme persiste indéfiniment sans métamorphose ultérieure, ou, dans des cas rares, disparaît spontanément (1).

Suivant la forme qu'elle revêt, la chéloïde se présente sous l'aspect d'un bourrelet à surface unie, comme intercalé dans la peau, nettement limité, faisant au-dessus des parties adjacentes une saillie de 2 à 4 millimètres, d'une consistance ferme et élastique, ressemblant beaucoup à une cicatrice hypertrophique, offrant la forme d'un cordon ou d'un style, ou bien ovale, cylindrique, en forme de biscuit ou d'une plaque épaisse; plus rarement elle constitue une tubérosité arrondie. Quelquefois la partie moyenne est plus saillante, tandis que le bord s'affaisse et représente deux prolongements en forme de rayons marchant en face l'un de l'autre, rappelant les pinces de l'écrevisse; d'où le nom de — *χρῆλη* — pince, que lui a donné Alibert. La chéloïde est blanche ou bien a un reflet rouge, elle est lisse à sa surface, qui est recouverte d'un épiderme mince, ridé, dépourvu de poils ou présentant de rares poils follets, ferme, élastique, et douloureuse à la pression, quelquefois même spontanément.

On trouve la chéloïde tantôt en une strie unique, tantôt sous forme de deux bandes ou d'un nombre beaucoup plus grand, vingt et plus, le plus souvent sur le sternum: dans ce cas, elle est habituellement disposée en deux ou plusieurs trainées parallèles, sur le sein, au lobule de l'oreille, à la face, sur les épaules et le dos, sur les organes géni-

granulations qui lui donnaient l'aspect d'une fraise. » *Monogr. des Dermatoses*, in-4, 1833, p. 460, 461.

Avec BAZIN, nous écrivons Chéloïde, et non pas Kéloïde; le premier de ces termes, seul, est grammaticalement correct, et français.

Depuis sa création par ALIBERT, le terme de chéloïde a été, plusieurs fois, *détourné* de sa véritable adaptation, d'abord par ADDISON en 1854 — *On the Keloid of Alibert, and on the true Keloid, Med. chir. Transact.*, Vol. XXXII — pour désigner la *morphée*, et ensuite par BAZIN, non dans ses *Leçons*, mais dans l'article CHÉLOÏDE du *Dictionnaire encyclopédique des Sc. méd.*, où il appelle la chéloïde vraie *chéloïde rouge*, et la morphée, *chéloïde blanche*. Inutile de dire que ces erreurs sont restées personnelles à leurs auteurs, et que personne, aujourd'hui, ne confond la sclérodermie, en général, ni la morphée, en particulier, avec la chéloïde, bien que, accessoirement, quelques éléments sclérodermiques puissent être *chéloïdiformes*, ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Il est essentiel d'ajouter à la définition de la chéloïde: 1° qu'elle est *extensive*, c'est-à-dire qu'elle dépasse la limite des lésions auxquelles elle succède; 2° qu'elle est *récidivante* au plus haut degré; extirpée ou détruite, elle se reproduit, sur place, avec la plus extrême opiniâtreté.

E. B. — A. D.

taux, etc. (1). On a peu de données positives sur le développement de la chéloïde; on sait qu'une fois qu'elle a fait son apparition, elle peut encore, pendant quelque temps, se développer et s'accroître dans une certaine mesure. Puis, à ce qu'il semble, elle ne se modifie plus du tout et persiste toute la vie, ou bien, mais cela est rare, elle disparaît complètement. Il ne s'y forme jamais d'ulcération, tout au plus y voit-on survenir des excoriations superficielles.

Sur la cause directe de l'apparition de la chéloïde, nous n'avons que de simples présomptions à émettre. On la rencontre chez des personnes de tout âge, de l'un et de l'autre sexe. Mais chez certains sujets les blessures et les irritations les plus insignifiantes déterminent l'apparition de la chéloïde; il en est de même dans certaines familles et chez certaines races éthiopiennes, d'où l'on est amené à supposer l'existence d'une disposition spéciale à la formation chéloïdienne (v. Tschudi). C'est ainsi que nous voyons la chéloïde se montrer autour du canal que l'on perce dans le lobule pour mettre des boucles d'oreilles, autour des piqures de sangsues, des pustules d'acné; j'ai observé une chéloïde grosse comme le poing chez un nègre, dont le corps entier était parsemé de tumeurs de volume variable (2).

(1) La forme de l'élément chéloïdien peut être très variée : ronde ou arrondie, lenticulaire, nodulaire, avec ou sans dépression centrale; allongée en forme de bandelette rectangulaire avec radiations divergentes aux extrémités; en tumeur, quand elle émane d'une région à surface limitée, comme l'oreille, etc.

Si la chéloïde succède à une lésion figurée, elle en prend les dispositions et les limites, pour les dépasser et les abandonner, plus ou moins, dans son cours ultérieur, en prenant toutes les formes ou tous les aspects que l'on peut imaginer.

La couleur varie du rose pâle, rose livide, rouge rose, gris pâle, dans des proportions variées et variables avec l'état de la peau au moment où on l'observe, avec la température extérieure, etc. A moins que la chéloïde ne soit très ancienne, elle est rarement tout à fait décolorée; les points de récurrence sont rosés, et se couvrent rapidement de tégangiectasies de mauvais augure.

Quelquefois unique, la chéloïde peut être multiple, dépasser cent — cas de SCHWIMMER, Das mult. Kel., Viertelj. f. Dermat., 1880 — et même trois cents — cas de TOMMASO DE AMICIS — Congrès de dermatologie de Paris, 1889.

On la trouve disposée irrégulièrement, c'est le cas de la plupart des chéloïdes secondaires, si les lésions qui ont présumé sont, elles-mêmes, asymétriques, ou, au contraire, symétrique ou, pour parler plus exactement, affectant une symétrie relative, si la chéloïde est primitive; mais cela n'est pas une règle.

E. B. — A. D.

(2) La prédisposition chéloïdienne, quelle qu'en soit la nature, ne

La chéloïde que nous avons considérée d'abord comme une tumeur qui se développe spontanément étant, d'autre part, déclarée pouvoir apparaître à la suite de blessures, on est naturellement amené à penser, ainsi que certains chirurgiens l'ont déjà admis, qu'elle n'est pas une tumeur d'un genre particulier, mais qu'en réalité elle est simplement une cicatrice hypertrophique. D'autres auteurs, au contraire, ont admis, à côté de la chéloïde vraie, qui naît spontanément, une chéloïde fausse, à laquelle devaient être rattachées les cicatrices provenant de pertes de substance (par brûlure, syphilis, etc.), parce que ces cicatrices s'étaient couvertes de tubérosités et s'étaient développées comme de véritables tumeurs (chéloïde cicatricielle, Dieberg; chéloïde syphilitique, Wilks; tumeur cicatricielle verruqueuse, chéloïde de Hawkin); enfin, nous connaissons encore la chéloïde d'Addison, qui est identique à la sclérodémie (T. II, p. 96) (1).

La constitution anatomique de la chéloïde spontanée a été étudiée par Warren aîné, Alibert, Follin, Schuh, Rokitsansky, Wedl, Lebert, Virchow, etc., et d'une manière particulièrement détaillée, par Langhans et Warren jeune; l'examen anatomique, auquel j'ai moi-même soumis non seulement la chéloïde spontanée, mais aussi la chéloïde cica-

saurait faire doute; quelques sujets sont littéralement chéloïdiens, et font de la chéloïde sous l'action du moindre traumatisme. Nous observons avec soin depuis plusieurs années un jeune sujet aujourd'hui âgé de douze ans, chez qui VIDAL — voy. Musée de Saint-Louis, pièce n° 792 — a observé, et fait mouler quatre chéloïdes du bras, développées à l'âge de trois mois sur les lésions vaccinales. Depuis cette époque, les chéloïdes vaccinales se sont accrues, formant de gros macarons, et se sont ultérieurement déformées en s'étalant. Toutes les tentatives de curation — on n'a pas fait de scarifications — sont restées sans résultat. Vers la neuvième année, il s'est développé, sans lésion préalable appréciée, à l'oreille gauche, une chéloïde en tumeur, volumineuse, deux fois extirpée, et deux fois récidivée.

La question du rôle à attribuer dans ce développement à un état pathologique du système nerveux est complètement à réserver : Voy. le cas de TOMMASO DE AMICIS, chéloïde spontanée multiple; cas très rare observé sur une femme névropathique; — tirage à part in-8°, avec planches, Paris, 1890, et Compte rendu officiel du Congrès de dermatologie, p. 93.

(1) On a vraiment compliqué plus qu'il ne faut la question des diverses espèces de chéloïde, dont la notion demeure quelque peu confuse dans l'esprit général des médecins.

En réalité, il n'y a qu'une chéloïde, laquelle tantôt semble survenir sans lésion préalable, tantôt succède évidemment à une autre altération. Cela peut s'exprimer en disant que, quelquefois primitive, elle est, le plus souvent, consécutive ou secondaire.

La chéloïde primitive ne doit pas être appelée « spontanée » : chez

tricielle, nous apprend qu'il y a trois formes de tumeurs qui sont analogues l'une à l'autre : 1° la *chéloïde (vraie)*, 2° la *cicatrice hypertrophique*, et 3° la *chéloïde cicatricielle*.

Dans la *chéloïde*, sur des coupes fines, on peut déjà à la loupe seule reconnaître une masse de tissu blanchâtre, formée de fibres épaisses disposées parallèlement à l'axe longitudinal de la tumeur et à la surface de la peau, enchâssée dans le chorion; avec le microscope, on peut voir encore au-dessus et au-dessous de cette masse des couches du chorion restées normales, et en particulier des papilles et des prolongements du réseau muqueux complètement intacts. En certains endroits, ces faisceaux de fibres horizontales sont traversés par des fibres qui remontent en diagonale (Langhans). A l'intérieur du corps de la *chéloïde*, et autour des vaisseaux comprimés par les épais faisceaux de fibres qui les enveloppent comme une gaine, il n'y a que peu de noyaux et peu de cellules fusiformes à noyau; il y en a, au contraire, beaucoup

les *chéloïdiens*, elle naît à la suite de contusions, de pressions; alors même (ce qui est peu probable) que son développement local se ferait sans cause déterminante, le terme de *primitive* est suffisant pour *spécifier* le cas, désigner l'*espèce* de *chéloïde*, sans rien préjuger de ce que nous ignorons encore. A plus forte raison rejetons-nous le qualificatif de « vraie » — *chéloïde vraie*, *Kelis genuina*, ALIBERT.

La *chéloïde consécutive*, secondaire, est la *chéloïde commune*, succédant, non pas comme on l'a dit, à une cicatrice, mais à une *lésion* de nature très diverse; dans les *chéloïdes acnéiques* par exemple, il est aisé de voir que le processus *chéloïdien débute* au cours même de l'évolution acnéique, et ce n'est guère que dans les cicatrices chirurgicales, ou dans celles qui succèdent à l'excision de la *chéloïde*, qu'elle naît véritablement *après* le processus de cicatrice complètement clos.

Enfin, nous rejetons les termes de « fausse *chéloïde* » — *Kelis spuria*, ALIBERT — et de « *chéloïde cicatricielle* », qui prêtent à ambiguïté. Le mot de « fausse *chéloïde*, » ou de cicatrice *chéloïdiforme*, ne serait applicable qu'aux cicatrices *vicieuses*, bridées, élevées, hypertrophiques, lesquelles non seulement se distinguent de la *chéloïde* par les caractères propres du tissu inodulaire, mais encore, cliniquement, par ce fait que la cicatrice vicieuse évolue sur place, *ne dépasse pas les limites de la lésion à laquelle elle succède*. Certaines cicatrices hypertrophiques s'étendent dans le derme au delà de la limite propre de la *saillie cicatricielle* proprement dite, ce que R. W. TAYLOR — A further contribut. to the stud. of molluscum fibrosum; etiology; fibromatous infiltration and its relation to keloïd, *Journ. of cut. and gen. ur. dis.*, 1887, p. 161 — appelle « *patches of fibromatous infiltration* »; mais ces éléments périphériques ne progressent, ni ne s'élèvent, à la manière de la *chéloïde*; leur évolution naturelle, *au cours des années*, est *inverse*.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

dans les parties plus jeunes de la *chéloïde*, et autour des vaisseaux de ses prolongements, de manière à indiquer que les fibres de tissu cellulaire de la *chéloïde* prennent naissance dans ces cellules fusiformes qui entourent les vaisseaux en forme de gaine. La présence des papilles et des prolongements du réseau muqueux montre d'une manière toute spéciale que la *chéloïde*, contrairement au tissu cicatriciel, se produit dans un chorion antérieurement intact et n'est pas par conséquent une formation destinée à réparer une perte de substance.

Dans la *cicatrice hypertrophique*, au contraire, on ne trouve pas une

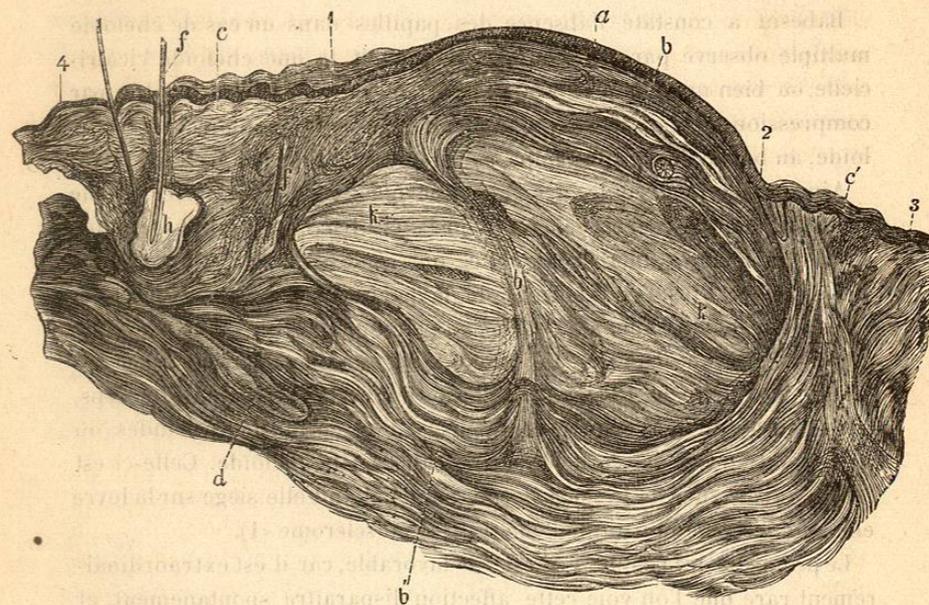


Fig. 44.

Coupe d'une *chéloïde cicatricielle* (développée sur le cou d'un homme à la suite d'une blessure faite par un éclat de verre).

1-2. Cicatrice, l'épiderme *a* s'étend, sans prolongements du réseau muqueux, au-dessus du tissu cicatriciel *b* dépourvu de papilles, dont les faisceaux lâches se relient par un appendice *b'* aux faisceaux cicatriciels profonds *b''*. Entre *b* et *b'* se trouve enclavée la *chéloïde k* formée de fibres grossières et disposées parallèlement à la surface; la *chéloïde* se prolonge vers 2-3 et 1-4 dans la peau qui n'a pas été intéressée par la blessure et qui présente des papilles et des prolongements du réseau muqueux *c c'*. La peau contient des follicules pileux *f* et des glandes sébacées *h* conservées intactes; en *d*, quelques follicules comprimés dans une direction oblique.

seule papille, parce que la cicatrice implique la destruction des couches supérieures du chorion par suppuration, par excision, etc. La cicatrice hypertrophique n'envahit jamais, au delà de l'aire fondamentale de la perte de substance à laquelle elle succède, la peau avoisinante, et elle ne dépasse le niveau de celle-ci que en dedans de la base qu'elle ne peut

pas dépasser. En outre, les fibres conjonctives de la cicatrice forment un réseau irrégulier, et beaucoup plus lâche, qui, dans les cicatrices récentes, contient beaucoup de cellules, tandis que plus tard il présente des fibres plus résistantes et au contraire peu de cellules.

Enfin, dans la *chéloïde cicatricielle* (fig. 44), les papilles manquent au centre; puis, sous une mince couche d'épiderme, on trouve les entrelacements irréguliers du tissu cellulaire de la cicatrice qui entourent la chéloïde reconnaissable à ses faisceaux serrés de fibres, disposés d'une manière délicate et aux papilles de la surface. Il y a donc ici, incontestablement, une combinaison de cicatrice et de chéloïde.

Babesiu a constaté l'absence des papilles dans un cas de chéloïde multiple observé par Schwimmer. Il y avait là une chéloïde cicatricielle ou bien une chéloïde vraie; en ce dernier cas, une atrophie par compression des papilles a pu se manifester peut-être dans cette chéloïde, au bout d'un certain temps, sous l'influence de son développement.

Ainsi que cela découle des faits que nous venons d'exposer, on ne peut donc distinguer la chéloïde de la cicatrice hypertrophique qu'à l'aide de l'examen microscopique, ce qui rend le diagnostic pratique très difficile. Plus l'état normal de la peau des papilles et des follicules est reconnaissable à la surface de la tumeur, plus il est certain que l'on a devant les yeux une chéloïde et non une cicatrice hypertrophique. D'autre part, le siège de la lésion sur certaines régions du corps, par exemple sur le sternum, et sa disposition en plusieurs bandes ou stries, sont encore des caractères particuliers à la chéloïde. Celle-ci est facile à distinguer de la sclérodermie; mais quand elle siège sur la lèvre elle se différencie plus difficilement du rhinosclérome (1).

Le pronostic de la chéloïde n'est pas favorable, car il est extraordinairement rare que l'on voie cette affection disparaître spontanément, et nous ne possédons aucun moyen de la guérir. Si on l'enlève par excision

(1) La différenciation *clinique* de la chéloïde et de la cicatrice hypertrophique a besoin d'être perfectionnée au point de vue des signes directs, et du diagnostic immédiat. Mais l'état stationnaire, le non-envahissement périphérique, l'absence de digitations radiculaires, l'amollissement et l'abaissement de niveau sous l'action du temps, etc., distinguent pratiquement d'une manière suffisante la chéloïde de la cicatrice hypertrophique.

Cela d'autant mieux que, même avec l'aide de la biopsie, on ne peut pas toujours prononcer un jugement temporaire, en raison des obscurités qui diminuent provisoirement la valeur diagnostique de l'examen histologique; Cf. E. SCHWIMMER, *loc. sup. cit.*; VICT. BABESIU, Ein Beitr. z. *Histol. des Keloïds, Viertelj. f. Dermat.*, 1880, Tafel VIII; H. RADCLIFFE CROCKER, *Brit. Med. Journ.*, 1886, p. 544 et *Diseases of the*

ou à l'aide de la cautérisation, elle récidive régulièrement; aussi ne doit-on se décider qu'avec la plus grande réserve à intervenir chirurgicalement.

L'emplâtre hydrargyrique, les badigeonnages d'iode et de glycérine iodée peuvent être employés pour essayer de provoquer la résorption dans les cas où le tissu cellulaire est encore de formation récente. Hardaway prétend avoir obtenu de bons résultats de l'électrolyse.

C'est beaucoup moins contre la difformité qu'elle entraîne que contre les douleurs, parfois intolérables, dont s'accompagne la chéloïde, douleurs qui, dans certains cas, sont intermittentes et paroxystiques, que les malades réclament l'assistance du médecin. On essaiera l'emplâtre de Vigo, l'emplâtre de mélilot saupoudré d'opium, le froid, le chloroforme, les injections sous-cutanées de morphine, de cocaïne ou des pommades avec cette dernière substance, et, dans les cas où les douleurs sont intermittentes, la quinine associée à l'arsenic (1).

skin, loc. sup. cit., p. 484; J. DENERIAZ, de Sion, *Thèse de Berne*, Genève, 1887; WALTER G. SMITH, U. e. Fall v. mult. Chel. (Alibert), *Monatsh. f. prakt. Derm.*, T. VIII, n° 9, 1889.

Rien n'étant impossible, nous ne saurions nier la « disparition spontanée » d'une chéloïde — voy. *loc. sup. cit.*, le cas de TOMMASO DE AMICIS — nous déclarons simplement que nous ne l'avons jamais observée. En tout cas, la permanence est la règle, tellement générale, qu'il n'y a pas à compter sur les exceptions dans la chéloïde commune.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) La médication interne, dans la chéloïde, est à peu près nulle; il est vrai qu'on a peu cherché. En dehors de l'arsenic, que l'on peut toujours essayer, il y a pénurie réelle; les iodiques, les mercuriaux, etc., sont sans action.

Le traitement par les *topiques* est toujours insuffisant; mais il constitue un adjuvant utile — emplâtres mercuriel, résorciné, salicylé à doses variables selon la tolérance particulière; associé à la compression, et *longtemps* continué, il peut être suffisant pour réduire la cicatrice vicieuse, et toutes les pseudo-chéloïdes dont la réduction est spontanée.

À la même série peuvent être ajoutées les *douches sulfureuses chaudes* — Voy. QUINQUAUD, *Réunion des méd. de Saint-Louis*, Déc. 1888, *Tirage à part*, p. 28.

L'électrolyse a été expérimentée par W.-A. HARDAWAY — *Philad. med. Times*, 1886 — et surtout par L. BROCC — *Journ. de méd. de Paris*, 1887 — qui la considère comme l'un des moyens de curation à associer aux autres, ou à faire alterner avec eux, quand l'action de la médication adoptée se ralentit, ou s'épuise.

Nous avons essayé, sans aggravation, mais sans bénéfice, les cautérisations ponctuées, et même la scarification électrocaustique; et toutes