

*Suite de la note des Traducteurs.*

plaques de Rayer, parce qu'elles sont le plus souvent isolées, sans ictère, ni raies palmaires? Les objections faites à la nature xanthomateuse des altérations observées chez les glycosuriques n'ont pas plus de valeur.

Quoi d'étonnant que, chez des sujets glycosuriques, les éléments éruptifs du xanthome rapidement produits soient plus irritatifs, accompagnés de phénomènes subjectifs plus accentués que dans le xanthome non sucré, à évolution lente et chronique?

Quant à l'objection latérale de BARLOW, que la coloration jaune du xanthome ne lui est pas exclusive, nous ne comprenons véritablement pas la portée que lui attache cet auteur distingué, surtout en raison des exemples qu'il propose — relatifs à des *naevi flavescents*, qui ne sont pas rares au cuir chevelu — nous en avons déposé au Musée de l'hôpital Saint-Louis en 1882, n° 798, un très bel exemple dont la coloration est « orangée, xanthomateuse ». Mais quel rapport ces faits ont-ils avec la maladie xanthomateuse en général, et avec le xanthome sucré temporaire en particulier? En sommes-nous à caractériser une affection exclusivement par sa couleur? Et si le xanthome a été appelé ainsi en raison de cette couleur, est-ce à dire que celle-ci constitue son seul caractère? Nous ne croyons pas devoir insister.

La valeur des contestations cliniques présentées par ces différents auteurs est toute relative. Si l'on admettait cette manière de raisonner, il n'est pas une affection cutanée qui ne serait démembrée, et l'on arriverait si l'on ne veut tenir compte des anomalies, des atypies et des paratypes, à supprimer les espèces, formes et variétés qui sont constituées précisément pour grouper les faits analogues, et éviter l'émiettement illimité des genres nosologiques. Prenez le lichen, même réduit à sa dernière expression, il n'y a pas une seule des variétés un peu individualisées du type, qui résiste au procédé de discussion que l'on veut appliquer au xanthome. On trouverait certainement beaucoup plus de dissemblances objectives entre la papule typique du lichen de WILSON et ses formes circinées, atrophiques, moniliformes, cornées, etc., qu'entre le xanthome sucré et le xanthome vulgaire.

Mais les objections portées sur le terrain de la clinique ne résistent pas, ainsi que l'a fait remarquer HUTCHINSON, à un examen prolongé, on a cru trouver une base plus solide dans les caractères histologiques.

Lorsqu'on les examine de près, on ne trouve pas plus valables les raisons anatomiques que l'on a données pour séparer le xanthome des diabétiques du xanthome vulgaire; et il y a similitude plus grande entre ce xanthome et le xanthome sucré qu'entre l'espèce vulgaire et le xanthome élastique, xanthome de Balzer par exemple, que personne ne conteste.

Pour fixer les idées sur ce point, nous avons pris trois cas, au hasard, dans les groupes principaux : *xanthome vulgaire*, *xanthome sucré fugace*, *xanthome de Balzer*, et nous donnons le résumé des examens anatomiques de chacun d'eux, fait par DARIER au laboratoire de l'hôpital

*Suite de la note des Traducteurs.*

Saint-Louis; leur lecture suffira, sans que nous ayons besoin de les commenter.

Premier cas. — *Xanthome tuberculeux commun typique*; — grosses papules jaunes sur le côté de l'extension des membres; rien aux paupières; — pas de glycosurie.

Lésions classiques du xanthome : infiltration cellulaire dans le derme à distribution surtout périvasculaire; les cellules infiltrantes sont grandes, anguleuses, ressemblent à des cellules connectives plutôt qu'à des éléments lymphoïdes; leur caractère principal est d'être remplies de granulations graisseuses (noires par l'acide osmique). Il y a en outre une véritable poussière de granulations graisseuses libres entre les cellules, et entre les faisceaux conjonctifs. — L'épiderme est sain. — Pas de lésion du tissu élastique, qui n'est représenté dans le nodule xanthomateux que par des fibres grêles.

Deuxième cas. — *Xanthome diabétique*. Le malade nous a été présenté par DARIER avant tout examen histologique clinique, et notre diagnostic a été : *xanthome glycosurique*. Le malade avait une seule tumeur du volume d'une noix, au coude, partout ailleurs, notamment sur le dos des articulations phalangiennes et aux genoux, papules. — Pièce du Musée de Saint-Louis, n° 1393. — Le malade a été très amélioré, presque guéri par le régime antiglycosurique, puis perdu de vue.

La tumeur du coude, excisée, a la même structure qu'une papule enlevée sur le genou. Infiltration cellulaire très abondante, à distribution nettement périvasculaire; absence de toute lésion du tissu élastique. Structure très analogue à celle du cas numéro 1; les cellules sont grandes, souvent allongées ou anguleuses, remplies de fines granulations très probablement graisseuses (l'acide osmique n'a malheureusement pas été employé dans ce cas; mais l'aspect granuleux des cellules est identique à celui qu'on constate sur les préparations sans acide osmique du numéro 1).

Troisième cas. — *Xanthome élastique* (Cas de Chauffard, voy. plus loin l'exposé *in extenso*). — Pas de glycosurie.

Ici les lésions semblent à première vue entièrement différentes : l'altération porte essentiellement sur le tissu élastique qui forme dans le derme, au niveau des plaques, des pelotons abondants et très riches. Ces pelotons sont confluent en nappes, par places, et entourent volontiers les follicules pilosébacés; ils sont formés de fibres élastiques beaucoup plus grosses que normalement, et en outre cassées, fragmentées, parfois clivées dans leur longueur, parfois boursoufflées. Cette lésion a été bien décrite par BALZER qui a reconnu les mêmes faits sur les préparations de DARIER, et a déclaré que ce cas (Chauffard, Darier) était encore plus net que le sien. Entre ces fibres élastiques et à côté d'elles, pas d'infiltration cellulaire. Cherchant des cellules analogues à celles que l'on considère comme caractéristiques du xanthome, DARIER en a rencontré quelques-unes, c'est-à-dire quelques rares cellules con-



*Suite de la note des Traducteurs.*

nectives infiltrées de graisse sur le pourtour de la plaque xanthélas-mique, et notamment dans le corps papillaire. Pas de lésions de l'épiderme, des vaisseaux ni des nerfs.

Au surplus, l'anatomie et la pathogénie du xanthome, les limites dans lesquelles il convient de le maintenir, sont encore trop incertaines pour autoriser une sévérité absolue dans la nomenclature des affections qui évoluent autour de ce type clinique. Il faut encore un peu plus de temps; il faut des observations nouvelles, pour établir la jurisprudence sur ce point; il sera toujours temps de déclasser les espèces illégitimes, quand on sera en mesure de le faire en connaissance ferme de cause.

Parmi les points à l'étude, nous devons signaler les rapports que la maladie xanthomateuse paraît pouvoir affecter avec d'autres altérations que celle du foie, et avec d'autres dyscrasies que la glycosurie.

Le foie peut être intact dans le xanthome; et à côté de la glycosurie, l'alcoolisme, le paludisme, la syphilis, l'« arthritisme », la lèpre, etc., auront à être examinés à ce point de vue: Cf. JONATHAN HUTCHINSON, Clin. rep. on x. palpeb., and on its signif. or a symptom., *Med. chir. Transact.*, 1871.

Le malade présenté par M. A. CHAUFFARD à la Société médicale des hôpitaux le 11 octobre 1889, n'était pas glycosurique (au moins au moment où on l'a examiné) et il présentait, cependant, une variété *atypique* de xanthome, et même *paratypique par la localisation*, et tout à fait assimilable au cas de xanthome des glycosuriques par mainte particularité d'évolution et d'aspect.

L'observation de ce fait nous semble si importante pour l'histoire du xanthome que nous la reproduisons ici en entier malgré son étendue, textuellement, avec les remarques de l'auteur, et la discussion qui suivit sa communication :

« Homme de trente-cinq ans, maçon, robuste de constitution.

A vingt-trois ans, fièvre typhoïde; à vingt-quatre ans, pendant qu'il faisait son service militaire à la Nouvelle-Calédonie, hématurie assez abondante, accident qui s'est renouvelé à plusieurs reprises, à vingt-six, trente et un et trente-trois ans. Cet été encore, il a été soigné à l'Hôtel-Dieu pour une hématurie, et l'on a porté le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac, ou peut-être du duodénum. J'ajoute immédiatement que ces hématuries à répétition, accompagnées de douleurs épigastriques violentes, et survenant chez un sujet nettement alcoolique, me paraissent n'avoir aucune connexité avec son xanthélasma; il s'agit probablement là d'une gastrite ulcéreuse alcoolique.

Vers 1878, pendant son séjour à la Nouvelle-Calédonie, L... a présenté deux autres incidents pathologiques : des accès de fièvre paludéenne, soignés et guéris par la quinine, et un ictère, qui semble avoir duré assez longtemps, sans que notre malade puisse donner de grands détails sur ses caractères et son évolution.

En 1880, L... est libéré et revient en France; et c'est peu après, dit-il, qu'il s'est aperçu du début de son affection cutanée. La marche de celle-ci semble

*Suite de la note des Traducteurs.*

avoir été lentement progressive, et voici ce que j'ai pu constater, soit actuellement, soit dans un premier séjour que le malade a fait dans mon service, au mois de février de cette année.

L'éruption xanthomateuse est constituée par une série de groupes éruptifs, parfaitement symétriques, et cantonnés exclusivement au niveau des différents plis de flexion; c'est dire qu'ils occupent la base du cou, les deux creux axillaires, les plis des coudes, la paroi abdominale antérieure, surtout dans sa partie sous-ombilicale, les deux triangles inguinaux, la face inférieure de la verge, la marge de l'anus et les deux creux poplités.

Sont indemnes la région dorso-lombaire, les mains et les pieds, le côté de l'extension des diverses jointures, envahies du côté de la flexion.

Chacun des groupes éruptifs présente une constitution analogue et semble rayonner par une sorte de développement centrifuge.

Le centre du groupe est formé par une agglomération presque confluyente de plaques intra-dermiques, douces au toucher, légèrement saillantes et comme papuleuses, séparées par de petits plis cutanés; leur coloration est assez pâle, beurre frais ou jaune-chamois; le volume des plus grosses plaques ne dépasse guère celui d'une lentille.

A mesure qu'on s'éloigne du centre éruptif, les intervalles de peau saine augmentent d'étendue, et les nodules ou plaques xanthélasmiques diminuent de volume. Dans la zone la plus périphérique, on ne trouve plus qu'un semis de points jaunes miliaires. C'est ce qu'on voit très nettement au-dessous des plis des coudes, sur la face antérieure des avant-bras.

Une disposition très particulière est à noter sur un grand nombre de plaques xanthélasmiques, et surtout au niveau des parois antérieures et postérieures des aisselles, où la xanthomatose déborde assez largement, formant comme un demi-cercle sur la région pectorale, sus et sous-épineuse; beaucoup de plaques jaunes portent à leur centre un petit nodule à peine saillant, gros comme une tête d'épingle et qui se détache, par sa couleur gris cendré, sur le fond chamois qui l'entoure. La région envahie prend ainsi un aspect tatoué, gris sur jaune, qui tranche absolument sur la coloration et l'aspect de la peau restée saine dans le voisinage. La ligne de démarcation du groupe éruptif est du reste bien marquée, surtout dans la région pectorale, et une bande de peau saine assez large sépare les groupes axillaires et sus-claviculaires de chaque côté.

Les plaques xanthomateuses les plus larges se trouvent dans les régions axillaires et inguinales.

Pour en finir avec la distribution actuelle de l'éruption, je dois signaler l'intégrité presque absolue de la face. En février dernier, lors du premier séjour de L... à l'hôpital Broussais, à peine soupçonnait-on à la commissure palpébrale gauche le début d'une petite plaque jaune; aujourd'hui, bien que très peu accusée encore, elle est cependant nettement constatable.

Au niveau du bord libre de la lèvre supérieure et près de la ligne médiane, se voient deux à trois petits nodules jaunes, gros comme des grains de mil.

Si l'on retrouve les deux lèvres, on voit que la muqueuse de leur face profonde est envahie; aussi bien en haut qu'en bas, elle présente dans son tiers moyen un semis intra-muqueux de petits nodules jaunâtres, reposant sur un fond richement vascularisé, parcouru par de nombreux capillaires dilatés et sinueux.

Pas d'autre lésion de la muqueuse bucco-pharyngée.

La muqueuse génitale est normale.

Au mois de février, on constatait en outre un phénomène assez insolite



*Suite de la note des Traducteurs.*

dont aujourd'hui il ne reste plus guère que la trace : la zone périphérique des groupes éruptifs était parcourue par d'assez larges réseaux d'un rose un peu violacé, non saillants, et qui formaient comme une auréole congestive autour des plaques jaunes. Celles-ci semblaient naître et évoluer dans cette sorte de zone d'envahissement.

Ces mêmes bandes rosées, larges souvent de près de 10 centimètres, relient entre eux les différents groupes éruptifs, comme de véritables anastomoses, surtout au-devant du bord antérieur de l'aisselle, à la base du cou et à la face postéro-interne des cuisses, entre les groupes poplités et inguinaux.

Aujourd'hui, les traces de cette hyperhémie périnodulaire ne subsistent plus qu'au niveau des régions pectorales, sur l'expansion antérieure des groupes axillaires. Là encore, les plaques xanthomateuses, jaune avec leur centre grisâtre, reposent sur un fond d'un rose violacé, qui donne à cette région un aspect bigarré tout à fait particulier.

Je signale de plus que, maintenant comme au mois de février, on constate une tuméfaction très nette, indolente et assez ferme, de plusieurs ganglions inguinaux, sous-pectoraux et axillaires.

L'état général de L... n'est pas absolument satisfaisant. Son teint est à la fois pâle et d'un jaune clair, tirant un peu sur le jaune-paille. Les traits sont amaigris et tirés. Son sang contient 4,030,000 globules et est de plus très appauvri en hémoglobine, puisqu'il n'en contient que 55 p. 100 de la teneur normale. L'amaigrissement est assez notable, les plis cutanés sont flasques et faciles à former.

Le pouls est faible et dépressible, et ne donne, au sphygmomètre de Verdin, qu'une tension de 650, au lieu de 750, chiffre moyen normal. Et cependant le cœur semble battre assez énergiquement, et le malade présente des palpitations dès qu'il se fatigue un peu. On entend à la base du cœur un souffle systolique aortique qui, de même que les palpitations, me paraît en rapport avec l'anémie que nous révèle l'examen du sang.

J'ajoute que cette anémie ne me paraît pas dépendre seulement du xanthélasma, car l'examen des poumons montre, surtout au sommet droit, des signes manifestés d'induration pulmonaire.

Les urines sont normales; leur quantité par vingt-quatre heures est environ de 1,508 grammes; leur densité de 1,012; elles sont transparentes, d'un jaune ambré, non sédimenteuses, assez riches en urohématine; leur teneur en urée est, par vingt-quatre heures, de 20 à 22 grammes; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni traces de pigment biliaire.

Tel est l'ensemble des symptômes généraux et locaux que nous constatons chez L... Qu'en pouvons-nous conclure?

Tout d'abord, l'étiologie du processus xanthomateux, ici, comme dans bien des cas, nous échappe complètement. Aucune hérédité.

Notre malade n'a, lui non plus, ni diabète (et nous verrons bientôt l'importance de ce fait), ni manifestations arthritiques. Malgré l'ancienneté du début de son affection, le foie est normal, soit anatomiquement, soit fonctionnellement. Ses dimensions sont physiologiques; il n'y a pas d'ictère, et je ne crois pas qu'il faille attacher grande importance à l'ictère passager qui s'est montré il y a onze ans, deux ans avant l'apparition du xanthome. La production quotidienne d'urée est normale et montre que cette autre grande fonction du foie n'est pas altérée.

Enfin, le pouvoir glycogénique du foie est conservé; l'épreuve de la glycosurie

*Suite de la note des Traducteurs.*

alimentaire, faite à deux reprises avec 200 et 250 grammes de sirop de sucre, n'a donné que des résultats négatifs.

Nous sommes donc en droit d'affirmer qu'il n'y a pas, chez notre sujet, d'insuffisance hépatique.

En étiologie, pas plus qu'en pathogénie, nous ne pouvons donc conclure.

Mais cette conclusion négative a bien son importance, car on sait quelles connexions on a souvent constatées ou voulu établir entre les lésions du foie (très variables du reste dans leur nature et leur degré) et le xanthome. De fait, les deux coexistent souvent, sans qu'on puisse encore en formuler une explication univoque. S'agit-il de deux effets d'une même cause générale, l'arthritisme par exemple? Est-ce la lésion hépatique qui engendre la lésion cutanée? Ou la filiation causale est-elle inverse? Nous l'ignorons.

Il faut au moins retenir, du fait qui précède, qu'un xanthome ancien et largement disséminé peut évoluer sans lésion apparente ni trouble fonctionnel constatable du côté du foie.

Il est encore deux points sur lesquels je voudrais attirer l'attention de la Société.

En constatant l'existence de ces nappes congestives autour des nodules de xanthome, je me suis demandé si la lésion ne serait pas auto-inoculable sur le sujet. J'ai fait, à la face antérieure des deux cuisses, des inoculations pratiquées soit avec le sang des zones rosées hyperhémiques, soit avec le sang des plaques jaunes. Le résultat a été négatif.

Je ne sais si pareille recherche a déjà été faite; je n'en ai trouvé aucune mention dans les travaux les plus récents sur le xanthome. Elle a son importance, car elle ne plaide pas en faveur de la théorie microbienne et infectieuse du xanthélasma.

Il est impossible, en outre, de ne pas saisir une certaine analogie entre le fait que je viens de rapporter et quelques-uns de ceux qui ont été étudiés récemment sous le nom de *xanthome des diabétiques*.

Bien qu'un exemple de cette curieuse variété fût déjà cité dans le mémoire de Gull et Addison, ce n'est guère qu'avec les travaux récents de Malcolm Morris et de Crocker qu'elle a été définitivement introduite et classée dans la science...

Eh bien, chez notre malade, plusieurs de ces particularités peuvent être relevées. Même intégrité, au moins pendant de longues années, des paupières; même prédominance de la dermatose aux coudes et aux genoux, du côté de la flexion il est vrai; même base congestive, très nette il y a quelques mois, encore constatable aujourd'hui sur quelques points; même point grisâtre au centre de certaines plaques xanthomateuses. Dans le cas actuel, par sa régularité d'ordination et de volume, on peut se demander si ce point grisâtre ne correspond pas à des follicules pileux, circonscrits par une sorte de xanthomatose périfolliculaire. Mais c'est là un point à revoir, et que des examens biopsiques permettraient seuls de résoudre.

Enfin, dernière analogie, L... prétend que, depuis quelques mois, son éruption s'atténue et rétrograde en certains points. Or, nous savons que le xanthome vulgaire ne rétrograde pas; que le xanthome des diabétiques, au contraire, peut aboutir à une guérison spontanée.

Voilà donc une série de particularités qui rapprochent notre cas des xanthomes dits diabétiques. Mais notre malade n'a pas de sucre dans les urines, et rien ne permet de supposer qu'il en ait eu ou qu'il doive en avoir; d'au-



*Suite de la note des Traducteurs.*

tant que l'expérience de la glycosurie alimentaire n'a donné chez lui que des résultats négatifs.

Il est vrai que, dans un cas récent, un auteur anglais, Cavafy (*British Journal of Dermat.* — Janvier 1889, p. 76) a cru pouvoir considérer comme relevant du diabète un xanthome survenu chez un sujet non glycosurique, mais dont les urines « auraient contenu » du sucre auparavant.

Nous nous croyons tenu à plus de réserve, d'autant que cette question du xanthome des diabétiques divise, aujourd'hui encore, les auteurs les plus compétents. C'est ainsi que, dans un travail récent, Thomas Barlow (*British Journal of Dermat.* — Novembre 1888, p. 3) considère le titre de xanthome comme peu justifié pour le groupe en question de dermatoses diabétiques.

Sans vouloir prendre position dans le débat, je me contenterai de dire que certains xanthomes peuvent ressembler aux xanthomes des diabétiques, sans qu'il y ait pour cela du sucre dans les urines.

Je ne fais donc suivre le fait qui précède que de conclusions négatives : non-inoculabilité de la lésion cutanée, intégrité anatomique et fonctionnelle du foie, absence de diabète malgré les apparences assez particulières de l'éruption.

Mais tant que nous n'avons pas de notions pathogéniques plus précises, que la nature intime du processus xanthomateux continue à nous rester inconnue, nous sommes bien forcés de demeurer dans la période des constatations empiriques. C'est pourquoi, malgré toutes ses lacunes, j'ai cru devoir présenter à la Société le fait qui précède.

*Discussion.*

M. BALZER. Ce malade ressemble beaucoup à celui dont j'ai relaté l'histoire dans les *Archives de Physiologie*, lorsque j'ai décrit les altérations des fibres élastiques de la peau au niveau des plaques de xanthélasma; les lésions macroscopiques avaient à peu près même aspect et même siège.

M. GÉRIN-ROZE. Les cas de xanthélasma que j'ai eu l'occasion d'observer sont toujours survenus chez des individus déjà en puissance de maladie. Je donne mes soins en ce moment à un ancien syphilitique atteint de xanthélasma des paupières. Cet homme a le foie sain, mais il porte sur la peau des syphilides tuberculeuses non ulcérées. Le xanthélasma se développe rarement chez les gens bien portants.

M. JUHEL-RÉNOY. Je répondrai à M. Gerin-Roze que certainement le xanthélasma peut se présenter chez les gens en parfaite santé, qu'en un mot c'est une simple difformité cutanée. Je citerai à ce propos le fait d'une vieille demoiselle de mes clientes, indemne de toute syphilis, de toute affection hépatique, et qui, depuis trente-cinq ans, porte du xanthélasma des paupières, d'aspect « peau de chamois », suivant l'expression classique.

M. RENDU. Je ne suis pas convaincu que la malade de M. Chauffard n'aura pas plus tard des troubles hépatiques. J'ai eu l'occasion d'observer une malade tourmentée depuis trois mois seulement par des coliques hépatiques et qui, depuis trente ans, portait du xanthélasma. Sans aucun doute, le foie de cette femme était déjà malade avant l'éclosion de la première attaque de coliques hépatiques, et pourtant pendant trente ans qu'elle a porté son xanthélasma, on aurait pu l'examiner et croire à l'intégrité de son foie. N'est-il pas permis de supposer que parfois des troubles latents et méconnus de la fonction hépatique amènent le développement du xanthélasma et que, pour un temps, cette dermatose peut être le seul stigmate d'une altération du

Le diagnostic du xanthome est facile (1) et repose sur les caractères si nets que nous avons indiqués plus haut.

Relativement au pronostic, il faut se rappeler que le xanthome per-

*Fin de la note des Traducteurs sur le xanthome glycosurique.*

foie. Ce n'est là, pour le moment, qu'une hypothèse; mais en tout cas, je crois qu'il faut conserver précieusement les observations semblables à celle de M. Chauffard, sans prendre encore parti.

M. CHAUFFARD. Je ne réponds pas de l'avenir hépatique de mon malade; mais, pour le moment, je puis affirmer que son foie est normal.

M. JUHEL-RÉNOY. Je dirai à M. Rendu que la notion classique d'une relation entre le xanthélasma et les affections du foie me paraît plus que douteuse. Le fait que je rapportais tout à l'heure montre suffisamment qu'il n'y a pas incompatibilité entre le xanthélasma et une bonne santé hépatique. Donc, affirmer que le xanthome laisse sous-entendre un état pathologique latent, c'est émettre une hypothèse que rien ne justifie.

M. MERKLEN. Les lésions cutanées observées chez le malade de M. Chauffard présentent, en effet, certains des caractères du xanthome. Mais elles en diffèrent d'abord par leur localisation, la plupart des nodules présentant à leur centre un poil et paraissant développées au niveau ou autour d'un follicule pileux. En second lieu, les plaques et nodules sont entourés d'un tissu cicatriciel ou, pour mieux dire, de cette atrophie particulière de la peau que l'on observe au niveau des vergetures. Si l'on tend la peau des régions malades, on constate que le derme est très aminci tout autour des nodules et ne reprend ses caractères normaux qu'à une certaine distance. Ce sont là des particularités qui ne se trouvent pas habituellement dans le xanthome.

M. CHAUFFARD. Je reconnais que, par la topographie et les caractères de l'éruption, le cas que je viens de présenter diffère beaucoup du xanthélasma vulgaire. Mais je ne connais pas actuellement, en dermatologie, d'espèce morbide avec laquelle il ait plus d'affinité qu'avec le xanthome. C'est, il me semble, jusqu'à nouvel ordre, la dénomination la plus vraisemblable que l'on puisse donner. Je laisse, du reste, à de plus autorisés que moi le soin de la discuter, et, au besoin, de la réformer.

Voilà le lecteur muni des éléments nécessaires pour avoir un aperçu de l'état actuel de la science sur le xanthome; nous aurions voulu le faire plus brièvement, mais nous avons tenu par-dessus tout à l'éclairer, et à lui soumettre, en termes clairs, l'état réel.

ERNEST BESNIER. — A. DOYON.

(1) Facile, assurément, et le plus habituellement *très facile* dans les cas typiques pour tous ceux qui ont vu une fois la maladie sur nature ou sur dessin; mais cependant tout ce qui est jaune n'est pas du xanthome, et le xanthome peut accessoirement, partiellement, pendant un temps, n'être pas jaune. L'auteur rapportait tout à l'heure la possibilité (?) de la confusion avec le « *milium* »; et on sait, ne fut-ce que par les titres de plusieurs publications de cas de xanthome, que des observateurs ont pris les tumeurs du xanthome pour des *chéloïdes*, des *fibromes*, des *stéatomes*, du « *molluscum* » des *cystadénomes épithéliaux bénins*, etc., etc.

L'urticaire versicolore (*urticaire pigmentaire*) comporte parmi ses